

GIASI (GRUPO INTERDISCIPLINARIO PARA
EL ABORDAJE DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL)

Violencia sexual en la infancia y adolescencia

Historias de hospital




EduLP

debates

Violencia sexual en la infancia y la adolescencia
Historias de Hospital

Violencia sexual en la infancia y adolescencia

Historias de Hospital

ANAHÍ VIVIANA RUBINSTEIN

MARÍA ROSA LAPERCHIA

DOLORES CECILIA OCAMPO

GISEL RAHMAN

ANABELA HERRERA

MARIELA PAOLA OSABA

SANDRA KARINA BRANCHINI



Violencia sexual en la infancia y adolescencia : historias de Hospital / Rubinstein

Anahí Viviana ... [et al.] ; coordinación general de Rubinstein Anahí Viviana

...

[et al.]. - 1a ed - La Plata : EDULP, 2022.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8475-54-7

1. Abuso Sexual. 2. Infancia. I. Anahí Viviana, Rubinstein II. Anahí Viviana, Rubinstein, coord.

CDD 616.85836

Violencia sexual en la infancia y adolescencia

Historias de Hospital

Anahí Viviana Rubinstein

María Rosa Laperchia

Dolores Cecilia Ocampo

Gisel Rahman

Anabela Herrera

Mariela Paola Osaba

Sandra Karina Branchini



EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (EDULP)

48 N.º 551-599 4º piso / La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina

+54 221 644-7150

edulp.editorial@gmail.com

www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales de las Universidades Nacionales (REUN)

Primera edición, 2022

ISBN 978-987-8475-54-7

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11723

© 2022 - Edulp

Nota aclaratoria sobre la terminología:

En el libro encontrarán que hablamos de abuso sexual infanto juvenil (ASIJ), respetando la cronología y el reconomiento de la utilización del mismo en el cotidiano del ámbito hospitalario propio del encuadre temporal en que fue escrito. La presente publicación fue iniciada a fines del año 2017 y la escritura de sus casos concluida a inicios de 2019, por tal motivo, y queriendo respetar la escritura original que nos convocó a las 7 autoras, decidimos no realizar modificaciones en la terminología en el interior del libro.

Asimismo nos interesa dejar en claro que desde ese momento hasta la fecha hemos avanzado en discusiones respecto a los términos con los que se nombra a las violencias, en especial a la violencia sexual contra las niñas y adolescencias, antes denominada abuso sexual infantil acordando con lo propuesto por Eva Giberti sobre *“se habla erróneamente de abuso sexual infantil. Y es erróneo porque la palabra infantil deja afuera a los responsables del abuso, que son los adultos. De lo que tenemos que hablar es de niños y niñas víctimas o bien de niños y niñas que han sido abusados. Porque de ese modo, queda claro que los chicos son víctimas y que el abuso no es infantil”*¹ evidenciando el abuso del poder que intenta invisibilizar al propio patriarcado.

1 Giberti Eva “Entrevista a Eva Giberti sobre niños y niñas víctimas de abuso sexual” Diario EL POPULAR - 11/09/2016 Noveduc.com

Las autoras queremos expresar que acordamos con la utilización de conceptos más precisos, donde se nombre a las violencias como un ejercicio del poder que en el caso de las violencias sexuales, nada tiene de “infantil” y se explicita que la misma se ejerce contra las niñas y adolescencias.

En este sentido, también expresamos que si bien en gran parte del texto se habla de niñas y niños, consideramos importante realizar una práctica inclusiva y no binaria, donde se reconozcan los derechos de las niñas y adolescencias a su identidad de género y se recupere las voces de las mismas, por cual también acordamos con el uso del término niñas, en lugar de infancias.

Gracias.

Las autoras, Junio 2022

Índice

Prólogo	
<i>Lic. Susana Toporosi</i>	9
Parte 1: Abordaje Interdisciplinario	13
GIASI. Breve reseña y marco histórico	14
¿Por qué escribimos este libro?	17
Definición de ASIJ	19
Legislación actual en la Argentina	25
El abordaje	31
Parte 2: Casos clínicos	53
Caso 1. Juegos de pares. Sexualidad infantil	55
Caso 2. La firme decisión. Embarazo forzado en la niñez y adolescencia	65
Caso 3. En la quinta... Infección de transmisión sexual	71
Caso 4. El silencio que enoja. Incesto	77
Caso 5. El escape. Internación en el ASIJ	87
Caso 6. Madre hay sola. Las madres en el ASIJ	97
Caso 7. Un diagnóstico apresurado. Sospecha de ASIJ	106
Caso 8. Víctima y testigo.	
Declaración de los profesionales en la justicia	110
Caso 9. La puerta indiscreta.	
Cuando un hermano ejerce violencia	121
Caso 10. Mi marido no duerme a mi lado.	

Abuso crónico intrafamiliar	132
Caso 11. Soledad, mi dolor. El impacto de un antecedente de ASIJ en la familia	141
Caso 12. Detrás de las rejas. HPV como indicador de ASIJ	150
Parte 3: Reflexión final	
Reflexión grupal, pensando el trabajo en equipo	156
Bibliografía general	161

Prólogo

¡Qué falta nos hacía en la salud pública un libro como éste!

Un texto que nos introduce desde el primer momento hasta el final en el pensar y el hacer de un equipo interdisciplinario en la plenitud de la madurez de su trayectoria. Trabajadoras sociales, ginecólogas infanto juveniles, pediatras y profesionales de la salud mental, conformadas como equipo de trabajo estable, en interlocución e interacción. Como resultado se aprecia el alto grado de sostén que ofrece la institución a los y las consultantes a través de este equipo. Ese apoyo constante e imprescindible sostiene a su vez, internamente, a cada una de sus integrantes, lo cual es imprescindible para una clínica de alto voltaje como la del abuso sexual en la infancia y adolescencia, que además suele estar atravesada por otros padecimientos, sociales y familiares.

Enclavado en una importante zona de la provincia de Buenos Aires, el Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata es un referente nacional e internacional de la atención en un nivel terciario de complejidad, a niños, niñas, adolescentes y familias. Los profesionales que crearon el **Grupo Interdisciplinario de Abuso Sexual Infantil** (GIASI), en el 2000, para dar respuesta a los numerosos casos de abuso sexual infanto juvenil, hacen gala de la mejor práctica en salud integral.

Los hospitales públicos suelen ser instituciones patriarcales en las cuales el lugar hegemónico de la medicina instituye relaciones de poder asimétricas que se suelen reflejar en la dificultad para democratizar las relaciones entre saberes y disciplinas. Este equipo logra una relación simétrica entre las disciplinas en gran beneficio de cada uno/a de los/as niños/as, adolescentes y de las familias que allí acuden.

Enalteciendo a la salud pública como ámbito de producción de conocimientos, la enorme experiencia que pudieron lograr en estos veinte años ha llevado a las siete autoras a desplegar toda su agudeza para pensar la clínica y las intervenciones interdisciplinarias en doce casos que cubren una gran diversidad de situaciones que suelen recibirse en relación al ASIJ, resultando enormemente enriquecedor para cualquier profesional que trabaje en los diversos ámbitos, no sólo de salud pública.

También resulta un material imperdible para docentes, directivos y profesionales que trabajan en las escuelas, que tantas veces necesitan herramientas para la detección y el posterior acompañamiento de niños, niñas o adolescentes que están atravesando un traumatismo en el interior de sus familias. La escuela es el lugar de confianza en el cual aparecen el relato y los indicios.

Transitamos una época marcada por la profundización mundial de las desigualdades sociales con gran aumento de padecimientos subjetivos y, a la vez, con un acrecentamiento de la violencia, de la indiferencia hacia esos sectores por parte de quienes se apropian de la riqueza colectiva. En este contexto, florecen propuestas biologicistas de atención en salud que recurren a la medicalización de los sufrimientos y a los dispositivos de atención rápida, adaptacionistas, que todo lo protocolizan, en función de optimizar los beneficios del mercado. Muchos servicios de salud, entre ellos, también los que reciben a los sectores más vulnerables en el terreno de lo público, se transforman en lugares expulsivos, que están lejos de ofrecer condiciones para que esos padecimientos puedan ser decodificados y alojados.

Historias de hospital da cuenta de un equipo trabajando en una dirección cuyo mayor desafío consiste en cómo resultar receptivos, mostrando el detalle de las intervenciones, tomándose el tiempo que sea necesario para comprender y hacer, sabiendo que no se pueden apurar los procesos de establecer vínculos de confianza por parte de niño/as y adultos protectores. Esto resulta imprescindible para que se desplieguen las marcas de lo traumático y su posterior procesamiento.

Muchos de los adultos, habitualmente las madres, pero también tías y abuelas, han sufrido abusos sexuales en su infancia nunca aún relatados y menos aún elaborados. Esta problemática que suele estar invisibilizada porque tiene que ver con traumatismos acaecidos en tiempos en que no había quién los escuchara ni alojara, menos les creyera y considerara su denuncia; tiene gran incidencia en los padecimientos actuales de niño/as y adolescentes. Son traídos por las autoras con aportes muy interesantes en las situaciones clínicas que comparten y exponen cómo se juega lo transgeneracional en el abuso sexual.

Por otro lado, las autoras son un equipo de mujeres que realizan una lectura atravesada por las relaciones de poder entre los géneros y la comprensión del abuso sexual como una forma de violencia de género, e instrumentan estrategias de intervención para cortar ese circuito e impedir la revictimización.

En todos estos sentidos, el trabajo que realiza el GIASI al cual se suma ahora la publicación de este libro, constituyen una importante intervención política en el campo de la salud integral pública. Un posicionamiento ético en relación a cómo es ponerse del lado de los que sufren en el sentido de hacerlo visible, y acercarles herramientas con potencia transformadora, siendo esto a la vez desalienante para los y las profesionales que intervienen.

El abuso sexual es un flagelo que provoca un gran daño. Ese niño o niña, cuando llegue a la adolescencia, en principio no tendrá la posibilidad de una exploración libre en el terreno de la sexualidad genital. Algunos de sus inicios estarán marcados por esas vivencias traumatogénicas que habitualmente resultan aterrorizantes, y que

muchas veces tiñen lo que pudiera resultarle placentero, en el terreno de la sexualidad y de los vínculos en general.

A veces el haber sido víctimas de variadas violencias produce como efecto que sobre todo los varones con ideales de masculinidad hegemónica, en una sociedad tan patriarcal, repitan lo traumático sufrido a través de hacerle a otro u otra lo que no les gustó que les hicieran a ellos. Formas diversas de someter a otro/a. Modalidades compulsivas cuando la elaboración no estuvo al alcance ni fue aún posible. Esto redundo en conductas sexuales abusivas de varones adolescentes a hermano/as, hermanastro/ as u otro/as niño/as. Historias de hospital da cuenta de estas problemáticas y ofrece valiosas herramientas para reconocerlas y diferenciarlas de lo que son los juegos sexuales entre pares.

¿Un niño puede contar algo que nunca le pasó o vio? ¿A qué se puede llamar juego y a qué no en el terreno de la sexualidad? Todas estas cuestiones tan importantes tanto para profesionales, como para docentes y padres, se encuentran en este libro.

¡Celebremos la llegada de Historias de hospital! Un material que resulta renovador y que exhibe la potencia de la salud pública como ámbito de creatividad y resistencia ante la mercantilización de la salud.

Una herramienta fundamental de transmisión para la formación y la reflexión crítica de profesionales jóvenes y no tanto.

Susana Toporosi

PARTE 1

Abordaje interdisciplinario

Breve reseña y marco histórico

Desde su origen, el Hospital de Niños Sor María Ludovica representa para la comunidad de la ciudad y alrededores un centro de referencia en relación con la atención pediátrica, cuya transferencia institucional ha descansado en premisas tales como curación, protección y profesionales de excelencia. Estas características condicionan desde el comienzo las expectativas sobre la atención en este hospital público.

Los pacientes residentes de La Plata o provenientes de otras ciudades de la provincia acuden a la institución con el anhelo de obtener la mejor asistencia. Respondiendo a esta demanda social y atendiendo de manera integral aquellas consultas sobre el maltrato infantil, específicamente el Abuso Sexual en la Infancia y Adolescencia, en el año 2001 se formó el GIASI -Grupo Interdisciplinario para el abordaje del Abuso Sexual Infantil- en el Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata. Este equipo profesional se aboca a la atención de situaciones de Sospecha de Abuso Sexual Infantil y Juvenil (SASIJ), y surge para brindar la mejor respuesta posible a la complejidad y gran cantidad de casos que ingresan a los consultorios externos de los distintos Servicios del Hospital, Pediatría, Emergencias, Salud Mental, Servicio Social y Unidad de Ginecología Infanto Juvenil, entre otros.

El Hospital Interzonal de Agudos Sor María Ludovica es una institución de alta complejidad, que forma parte del tercer nivel de atención en la red de Hospitales Provinciales. Se trata de un centro de referencia, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, reconocido como tal a nivel nacional y en los países limítrofes por estar especializado en pediatría. Antes de la existencia del GIASI, los casos de SASIJ eran atendidos de manera independiente por los diferentes servicios con gran dificultad para integrar las disciplinas, no es lo mismo asistir a un niño desde la especificidad de la medicina, de lo social o lo psi sin un ejercicio interdisciplinario. Conformar un grupo de trabajo que involucre varias disciplinas haría posible un trabajo coordinado de elaboración, reflexión y autocrítica. Con el objetivo de ampliar el marco de comprensión del paciente, permitiendo planificar, compartir y acordar nuevas estrategias en beneficio de niños, niñas y adolescentes (NNyA). Era evidente que el enfoque de una sola disciplina resultaba insuficiente, dificultando además un abordaje integral.

Con la convicción de que el abordaje interdisciplinario debía ser la forma de atención, se compartió esta inquietud con distintos ámbitos intra y extrahospitalarios. Tanto el Juzgado de Menores como la Oficina de Asuntos Legales de nuestro hospital, entre otros, consideraban necesaria la conformación de un equipo de trabajo para el abordaje de esta problemática. Los directivos del Hospital de Niños coincidieron y apoyaron la propuesta. Durante 1998 y 1999 se realizaron las primeras entrevistas a las pacientes que concurrían por SASIJ a la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil, juntamente con profesionales de Trabajo Social, lo que posibilitó un abordaje integral y un seguimiento apropiado.

En marzo de 2000, con el apoyo de la Dirección del Hospital de Niños, se concretó un primer encuentro con profesionales de Salud Mental, Servicio Social, Pediatría y Ginecología Infanto Juvenil. Luego, se sumaron al grupo licenciadas en bioquímica y dermatólogas para una mejor pesquisa del registro de infecciones de transmisión

sexual (ITS) y más tarde un cirujano, que fundamentalmente evaluaba los casos de ASIJ en varones. Se establecieron reuniones regulares donde se tuvo como objetivo crear un espacio interdisciplinario de paridad y de relaciones horizontales; situación compleja dentro de una institución hospitalaria. El GIASI, entonces, dio inicio a su actividad reflexionando y discutiendo casos clínicos con la intención de generar nuevos enfoques.

Una vez conformado el grupo, el desafío fue construir una modalidad de abordaje interdisciplinario que se consolidara con el tiempo, las transformaciones del equipo, de la institución y del contexto.

¿POR QUÉ ESCRIBIMOS ESTE LIBRO?

Decidimos escribir este libro para transmitir la experiencia clínica, reconociendo que la temática del ASIJ despierta temores, resistencias y obstáculos que dificultan la atención. Como agentes de salud nos interesa compartir la metodología de trabajo y las diferentes estrategias implementadas, siempre con el objetivo de ofrecer lo mejor al paciente. Asimismo, ampliamos nuestra perspectiva sobre esta problemática, al compartir impresiones diagnósticas con otras disciplinas. Por lo tanto, nos resulta necesario señalar que el trabajo interdisciplinario garantiza un abordaje más productivo tanto para el paciente como para el equipo.

Al escribir los casos clínicos, cada disciplina hizo un aporte vinculado con su especificidad y al mismo tiempo fuimos dialogando para unificar criterios, puesto que esta es nuestra modalidad de trabajo. El abordaje conjunto nos interpela día a día con situaciones en las que nos nutrimos con criterios y conocimientos diversos de nuestros colegas, siempre respetando el saber de cada área. Sin embargo, cuando queremos hablar de lo que sentimos como integrantes de este grupo interdisciplinario, se genera un gran silencio, esa clase de silencio que se instala cuando lo que se quiere expresar es intenso. Resulta complejo contar cómo nos atraviesan los casos, los momentos de angustia, de urgencia, y la inminente necesidad de responder

al paciente y a su familia. Trabajar en ASIJ es una tarea compleja que requiere mantener un equilibrio profesional sin dejarse llevar por las emociones que la situación despierta. Cabe preguntarse, entonces, ¿quién puede atender una situación de ASIJ? Se da por sentado que todo agente de salud debería cumplir con la responsabilidad de la escucha, pero en ocasiones puede expresar su malestar al respecto, decir que “no puedo”, “me hace mal” o “no me gusta”, reacciones que, por supuesto, no liberan de la responsabilidad ética y profesional. Si existe un impedimento personal para atender esta temática, el profesional deberá facilitar una derivación adecuada y encauzar el caso sin desligarse de la intervención inicial. La interdisciplina debe estar presente; cuando no se cuente con un equipo es posible convocar una segunda opinión profesional. Atender una situación de abuso que tiene tantas aristas (social, psicológica, física, y legal) puede resultar abrumador sin un respaldo institucional.

Una mayor visibilización de esta problemática lleva inexorablemente a la búsqueda de respuestas alternativas, a la creación de nuevas estrategias y marca la necesidad creciente de establecer espacios de diálogo entre las disciplinas. En este sentido, la pertenencia al grupo configura espacios de intercambio y encuentro. Los profesionales de la salud que en un principio no consideraban al ASIJ como un diagnóstico clínico dentro del campo de la medicina tienen un rol cada vez más activo tanto en el diagnóstico como el abordaje de los casos. Justamente, este es uno de los motivos que nos impulsan a compartir nuestra experiencia, relatando los desafíos a los cuales nos hemos enfrentado, pero también las fortalezas que hemos logrado en el marco de un equipo estable.

En diciembre de 2017 proyectamos este libro, pues tomamos conciencia del valor de nuestro recorrido, así como de la metodología que nos resulta válida para el abordaje del ASIJ, y en consecuencia reconocemos la importancia de socializar este bagaje de conocimiento.

DEFINICIÓN DE ASIJ

El ASIJ constituye una forma de violencia hacia NNyA que presenta ciertas particularidades tanto por su complejidad como por la invisibilización que ha tenido durante muchos años.

Según la Organización Mundial de la Salud (2020), una de cada cinco mujeres y uno de cada trece hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. El ámbito de la salud, tanto pública como privada, tiene una gran responsabilidad en la detección y abordaje de situaciones de abuso sexual. Esto se debe a que los efectores de salud son uno de los lugares a donde las familias recurren buscando respuestas; además, el abuso sexual es una problemática que afecta la salud integral (biopsicosocial). Debido a diferentes factores este tipo de violencia ha comenzado a tomar relevancia y a ser parte de campañas de difusión, de protocolos de actuación en diferentes organismos estatales en Argentina y que, si bien aún no son suficientes para abarcar la magnitud de la temática, han representado un avance significativo en el abordaje del ASIJ. Volnovich (2013) plantea, en relación con la visibilización del ASIJ, dos negaciones que aún hoy tienen vigencia, aunque sin la misma consistencia que en otros siglos. La primera de ellas se refiere al incesto como fundamento central del ASIJ y la segunda señala que este tipo de violencia no se circunscribe a los sectores menos favorecidos, sino que alcanza a todas las clases

sociales. La modificación en las relaciones familiares y, en especial, los cambios a partir del avance en la conquista de los derechos de la mujer favorecen la visibilización del incesto.

Existen múltiples definiciones de ASIJ y todas ellas han suscitado numerosos debates. En línea con lo propuesto por Baita y Moreno (2015), autores como Ochotorena y Arruebarrena destacan la importancia de tener una definición clara para facilitar la comunicación y tomar mejores decisiones en la intervención. Los prejuicios en relación con el ASIJ, asociados con posiciones ideológicas, podrían afectar la calidad de los abordajes si no se manejaran conceptos claros. En principio, cabe aclarar que:

- El ASIJ es una forma de violencia hacia niñas, niños y adolescentes.
- Constituye un delito.

Una de las definiciones más utilizadas de ASIJ es la de Susanne Sgroi, tal como sostienen Baita y Moreno (2015):

Abuso sexual infantil son todos los actos de naturaleza sexual impuestos por un adulto sobre un niño, que por su condición de tal carece del desarrollo madurativo, emocional y cognitivo para dar consentimiento en la conducta o acción en la cual es involucrado. La habilidad para enredar a un niño en estas actividades se basa en la posición dominante y de poder del adulto en contraposición con la vulnerabilidad y la dependencia del niño.

A continuación desplegaremos los elementos conceptuales que aparecen en esta definición de Suzanne Sgroi:

- 1- “Actos de naturaleza sexual impuestos por un adulto sobre un niño”: Cuando se habla de actos de naturaleza

sexual se hace referencia a múltiples situaciones donde un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor.

Unicef (2016) nombra entre las interacciones abusivas las siguientes:

- Los manoseos, frotamientos, contactos y besos sexuales.
- El coito interfemorales (entre los muslos).
- La penetración sexual o su intento por vía vaginal, anal y bucal aun cuando no se introduzcan objetos.
- El exhibicionismo y el voyeurismo.
- Actitudes intrusivas sexualizadas, como efectuar comentarios lascivos e indagaciones inapropiadas acerca de la intimidad sexual de los NNyA.
- La exhibición de pornografía. En ocasiones, disfrazada como “educación sexual”.
- Instar a que los NNyA tengan sexo entre sí o fotografiarlos en poses sexuales.
- Contactar a un NNyA vía internet, ganando su confianza con el objetivo de obtener beneficios sexuales (grooming).

Estos actos tienen a su vez la particularidad de ser impuestos por un adulto sobre un NNyA. En ocasiones estas situaciones son ejercidas por otros niños o adolescentes. En estos casos debemos evaluar que para que se constituya en una conducta abusiva deberá mediar una asimetría con el agresor ya sea por su edad, tamaño o poder.

2- “(...) que por su condición de tal carece del desarrollo madurativo, emocional y cognitivo para dar consentimiento en la conducta o acción en la cual es involucrado”.

En la definición de Sgroi aparece el término “consentimiento”, un concepto central para pensar el abuso sexual en la infancia y adolescencia. No se puede hablar de ‘consentimiento’ cuando en las situa-

ciones de abuso sexual hay asimetrías de poder, de conocimiento y la gratificación es unilateral.

Resulta absurdo pensar que un niño tiene la capacidad para aceptar este tipo de situaciones, ya que este no cuenta con la posibilidad de comprender, desear y, menos todavía, decidir sobre su participación en un acto con contenido sexual adulto. Entendemos la sexualidad adulta como el acceso a la genitalidad que requiere de la maduración no solo de los órganos sexuales, sino del aparato psíquico e intelectual del sujeto. Los niños atraviesan y portan la sexualidad infantil, descrita por el psicoanálisis, que devendrá en la mencionada sexualidad adulta a su debido momento. Los abusadores suelen tejer estrategias para que el involucramiento parezca consentido; sin embargo, los niños no tienen la capacidad de desear un acto sexual con un adulto. Este es un tema recurrente para trabajar y desandar en el abordaje terapéutico con los NNyA. Entre el abusador y el niño existe una asimetría de poder y esto tiene que ver con la diferencia de edad, conocimientos, roles o fuerza física entre el agresor y la víctima.

Susana Toporosi (2018) señala que la niña o niño “no puede otorgar su consentimiento desde una posición de sujeto”. Cuando la convocatoria es a un/a adolescente, por más que pueda comprender de otro modo la intencionalidad del abusador, constituye un abuso igualmente por no poder negarse, protegerse y/o desligarse de quien la/lo violenta.

3- “La habilidad para enredar a un niño en estas actividades se basa en la posición dominante y de poder del adulto en contraposición con la vulnerabilidad y la dependencia del niño”.

Autoridad y poder serán elementos claves en el ASIJ, dado que la mayoría de estas situaciones se producen en el ámbito familiar y de cuidado del niño, inclusive son perpetradas por adultos de quienes se espera que cumplan un rol de protección. Por consiguiente, si analizamos el ASIJ intrafamiliar, debemos agregar a estos elementos

la cercanía y el cariño que en general existen entre el niño y el familiar. Ningún ámbito queda exento de riesgo, los agresores pueden ser miembros de la familia, conocidos, desconocidos, pueden provenir de cualquier estrato socioeconómico y nivel educativo.

En Argentina no existen datos unificados que informen de manera precisa sobre el abuso sexual hacia NNyA. Los datos disponibles surgen de esfuerzos aislados de programas y organismos que abordan esta temática. Para tener una dimensión de la problemática, podemos indicar que el GIASI recibe en promedio 120 casos por año.

Hay momentos sociohistóricos como el actual, en el cual se favorece la visibilización del maltrato y la violencia en todas sus formas. Esto se debe, entre otros factores, al aporte cultural de movimientos como el feminismo y todos aquellos que bregan por una sexualidad libre e igualitaria. También ha sido importante el incremento de denuncias por abuso, sobre todo aquellas realizadas públicamente por figuras de influencia popular. Otro aporte significativo es la sanción de la ley de la Educación Sexual Integral (ESI), aun cuando haya sido implementada parcialmente en los establecimientos educativos. Todo este contexto implicó un aumento en las denuncias de ASIJ y, por consiguiente, la cantidad de consultas espontáneas en los diferentes servicios de salud pública.

Con el objetivo de caracterizar a la población con la que trabajamos, presentamos los datos que se desprenden de una muestra de nuestros pacientes (Herrera et al. 2015). El 73% concurren acompañados de su madre. En un 73% de las ocasiones el principal motivo de consulta es el relato del niño. El abuso intrafamiliar representó el 69%. Respecto a los agresores correspondió padrastro 23%, padre biológico 21%, tío 16%, primo 12%, abuelo 9%, y 18% otros. En el 86% de los casos los abusadores fueron del sexo masculino. En el 38% de las consultas se refirieron otras situaciones de violencia en la familia y las madres presentaban antecedente de ASIJ en un 26%. En cuanto a las medidas de protección tomadas previamente a la consulta, el 77% de los pacientes que convivían con el abusador dejaron

de hacerlo y el 30% había realizado la denuncia. En relación con la evaluación física, el 75% de los casos no presentó indicadores físicos relacionados con el ASIJ; y se detectaron enfermedades de transmisión sexual sólo en un 10% de las pacientes (Rahman et al. 2015).

Con respecto a los indicadores de ASIJ, a lo largo de nuestra experiencia hemos observado que las clasificaciones, si bien son una guía orientativa, deben utilizarse cuidadosamente en las instancias iniciales de la evaluación física. Con esto nos referimos a que un indicador psicológico, conductual o físico por sí solo no debería ser tomado como signo diagnóstico sin ser contextualizado en relación con su motivo de consulta. Si bien los indicadores funcionan como una especie de alerta y llamado de atención sobre el caso, no todos tienen el mismo peso. No tendrá el mismo valor la presencia de inflamación o enrojecimiento en los genitales de un niño que un análisis de laboratorio bioquímico arroje resultado positivo para gonococo; y aun así ambos casos ameritan una evaluación. Por lo tanto, surge la necesidad de tomarse el tiempo de escuchar y dar lugar a la consulta. Si el paciente llega al hospital, entendemos que algo a alguien le llamó la atención.

LEGISLACIÓN ACTUAL EN LA ARGENTINA

En nuestro país contamos con diferentes herramientas legales para la protección de NNyA ante situaciones de abuso sexual. La Doctrina de la Protección Integral derivada fundamentalmente de la Convención de los Derechos del Niño tiene aprobación ratificada por Argentina en 1990 y cuenta con jerarquía constitucional desde 1994. Esta normativa ubica el interés superior del niño en el centro de las intervenciones sobre los NNyA como sujetos de derecho. A partir de la Convención de los Derechos del Niño se da lugar a la sanción de la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de NNyA y la Ley Provincial 13.298 (Buenos Aires). Esta última establece principalmente la conformación de Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos: organismos descentralizados que desempeñan un rol asistencial para la protección de derechos de NNyA ante situaciones de vulnerabilidad. Con estos organismos articulamos cotidianamente en un marco de intersectorialidad y corresponsabilidad, cuando las situaciones así lo ameritan.

Asimismo, contamos con legislación penal que sanciona los delitos contra la Integridad Sexual (Ley 25.087). Esta se caracteriza por el derecho de las personas a tener capacidad para expresarse válidamente, a una libre y consciente elección sobre el ejercicio de la sexualidad y considera especialmente a aquellos sujetos que por su

edad cronológica o capacidades intelectuales no pueden dar un consentimiento válido. El abuso sexual infantil pasó a ser un delito de instancia pública a partir de fines de octubre de 2018 con la sanción de la Ley 27.455. Esto implica que el Estado debe investigar de oficio cualquier caso de abuso sexual contra NNyA, más allá de quién haga la denuncia ante la ley o independientemente de cómo llegue el paciente a la institución denunciante.

En 2011, la Ley 26.705 conocida como la Ley Piazza –por Roberto Piazza, el diseñador de moda que fue uno de sus impulsores—, reforma el artículo 63 del Código Penal Argentino extendiendo los plazos de prescripción del abuso sexual, al establecer que han de computarse desde la mayoría de edad del denunciante. En 2015, se sancionó la Ley 27.206 a partir de la cual “se suspende la prescripción mientras la víctima sea menor de edad y hasta que habiendo cumplido la mayoría de edad formule por sí la denuncia o ratifique la formulada por sus representantes legales durante su minoría de edad”. Luego, en 2018, se modificó dicha ley de “Respeto a los tiempos de las víctimas” por la imprescriptibilidad de los delitos de abuso sexual en la infancia, por ende, la víctima puede denunciar sin límite de tiempo.

En 2017 se promulgó la Ley 27.352, que modifica el artículo 119 del Código Penal y se refiere a la tipificación del abuso sexual y busca acotar la interpretación de los jueces al respecto.

¿Por qué resulta importante conocer la legislación?

Al ser agentes del Estado, en nuestras manos descansa la responsabilidad de garantizar el acceso a los derechos de NNyA. Muchas veces sucede que contamos con leyes de avanzada, pero quienes ocupan lugares estratégicos tanto a nivel asistencial como judicial las desconocen u ofrecen resistencias.

La Doctrina de Protección Integral nos insta a pensar al NNyA, tomando en cuenta su palabra y sus necesidades; a las familias como

espacio central en sus vidas y al Estado como garante de la promoción y protección de sus derechos. “El derecho puede ser una herramienta para el cambio social en tanto podamos reivindicar su dimensión política, y en cuanto los actores que lo utilicen también sean transformados en su propia subjetividad, puesto que este nuevo paradigma presupone otras relaciones intergeneracionales” (Belaunzarán; Bianco; Lambusta. 2015).

Rol del sistema de salud

El sistema de salud tiene un rol activo y protagónico en la detección y atención de situaciones de violencia sexual en NNyA, diseñándose para ello un protocolo destinado a la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales desde el Ministerio de Salud y Presidencia de la Nación. Esta herramienta brinda procedimientos a los fines de facilitar el abordaje de este tipo de violencia.

De acuerdo con el protocolo, las situaciones de violencia sexual hacia NNyA requieren, por su complejidad, un abordaje interdisciplinario y articulación con otros organismos y sectores involucrados para la construcción de estrategias de intervención y el armado de la red de acompañamiento.

En relación con el Equipo de Salud es importante contar con procedimientos de contención tanto por la complejidad que revisten este tipo de situaciones, como por el impacto que produce en quienes intervienen en ellas.

En cuanto a la experiencia del grupo interdisciplinario (GIASI) que funciona en el Hospital de Niños Sor María Ludovica, la atención de la demanda por casos de ASIJ se realiza ajustándose a las normas y protocolos institucionales vigentes a nivel provincial y nacional. A los efectos de ordenar el proceso de intervención, distinguiremos tres momentos principales:

- Escucha y primeras intervenciones

- Obligaciones legales y denuncia
- Seguimiento y articulación.

En cualquier área del equipo interdisciplinario se preguntará (en caso de que corresponda) si la denuncia fue realizada. Esto nos posicionará de un mejor modo en relación con las acciones de protección que se puedan llevar a cabo. En el caso de que se haya efectuado, es importante contar con una copia de la denuncia.

Según un artículo publicado por el GIASI, el 30 % de NNyA que consultaron por Sospecha de Abuso Sexual en la Infancia y Adolescencia habían realizado la denuncia antes de llegar a nuestro hospital. En caso contrario, indagamos en los motivos de ello y, a partir de esa información, trabajamos para que se efectivice.

¿Cuál es la importancia de que la denuncia esté hecha?

La denuncia debe concretarse porque permite dar protección a la víctima y sancionar el delito. En caso de que el abusador sea conviviente, nos moviliza la convicción de apartarlo del ámbito familiar para proteger al NNyA de su amenaza.

En este sentido, es importante que el niño tenga conciencia del valor de su testimonio y que, a partir de este, se tomarán medidas. Por otro lado, es crucial que no se diluyan las primeras medidas de protección, una vez que la situación de ASIJ haya sido expuesta. Para que la denuncia funcione de manera reparadora, debe ser parte de un trabajo integral con los adultos protectores. La decisión de denunciar es compleja, más aún si tenemos en cuenta que en el 75% de los casos el abusador es un familiar directo. Por todo esto, no podemos pretender que estas acciones se realicen siempre desde un primer momento y sin titubeos de por medio.

En muchas situaciones los NNyA no fueron escuchados de forma adecuada, o bien las faltas cometidas por los adultos a cargo no fueron sancionadas a su debido tiempo.

Sin embargo, si la denuncia no se realizó, orientamos desde el equipo para su realización, informando sobre los lugares donde debe dirigirse el denunciante, sus derechos, el curso que debe seguir el trámite y la importancia de acudir acompañados. En La Plata, como en muchas ciudades del país, contamos con la Dirección Departamental de Investigaciones (DDI), donde funciona un gabinete especializado en abuso sexual; hacia este ámbito direccionamos las denuncias. En última instancia, si la familia no realizara la denuncia, es responsabilidad del equipo de salud o de quienes tomen conocimiento de la SASIJ efectivizarla.

Como lo indica la Ley 26.061, en su artículo 9, “los adultos que tienen a cargo la responsabilidad parental y quienes se desempeñan en organismos asistenciales, educativos y de salud del ámbito público o privado no solamente deben comunicar al Organismo de Niñez la situación de abuso para que puedan tomarse las medidas de protección necesarias, sino que además tienen la obligación legal de realizar la denuncia penal” (Berlinerblau, 2016).

Si bien el Departamento de Legales de nuestro hospital siempre asesoró y acompañó las intervenciones del equipo del GIASI, recientemente se ha incorporado una profesional de esta área a las reuniones del grupo.

¿Cómo realiza la denuncia el equipo de salud?

La denuncia se realiza a través de la presentación de un informe interdisciplinario en la DDI de La Plata. Consideramos importante el resguardo de los profesionales, por ello procuramos realizar presentaciones en conjunto y con el aval institucional desde el Departamento de Legales y de la Dirección del Hospital. Al mismo tiempo, el informe interdisciplinario como denuncia propicia la mirada integral sobre la situación, en contraste con lo que suele solicitar la justicia penal que solo remite a la evaluación física; es importante aclarar que

la ausencia de signos físicos no invalida el diagnóstico de ASIJ. Entonces, se nos plantea el siguiente interrogante, ¿cómo articular desde el ámbito de la salud con la justicia penal? Partimos de afirmar que parte del cuidado de la salud del NNyA consiste en brindarle seguridad y garantizar el cese de la violencia. Por eso, si bien nuestra función no es pericial, acompañamos a los niños y su familia en parte del proceso judicial con la información surgida de nuestra intervención. En consecuencia, muchas veces somos convocados como testigos a sede policial o a juicio oral, pues nuestro aporte resulta pertinente para el avance de la investigación.

Como señalamos en el apartado anterior, las situaciones de ASIJ son mayoritariamente intrafamiliares, de ahí que la intervención de los Juzgados de Familia resulte necesaria cuando se deben establecer ciertas medidas, por ejemplo, la suspensión del régimen de comunicación. Desde el GIASI hemos observado, coincidiendo con la bibliografía, que uno de los principales agresores es el padre biológico, padrastro o parejas de la madre, lo cual suele dificultar la articulación con la justicia en la toma de decisiones, debido a la complejidad del vínculo para la protección del NNyA.

Consideramos la interdisciplina como vector de encuentro e intercambio entre diversos saberes, la forma de definir los problemas y sus métodos de investigación. Entendemos esta dinámica como una interacción genuina entre profesionales de diversas disciplinas, a partir de la cual se producen nuevas respuestas, si cada uno sostiene la convicción de que con el otro hallará modos diferentes de comprender y caminos siempre renovados de resolución. Ante una dificultad o pregunta se abre la posibilidad de diálogo, de investigar sobre ello o, como sucede en algunos casos, de crear un nuevo modo de intervención.

Entonces, ¿qué requiere la interdisciplina? Como condición básica y esencial, cada profesional debe dominar su especialidad y aceptar que desde esta se considera sólo una perspectiva de abordaje sobre el sujeto niño. Al trabajar con NNyA, ya sea desde la práctica psicológica, social o la práctica clínica de todas aquellas disciplinas intervinientes, se torna necesario tener presente que cada acción conlleva la responsabilidad de tomar la palabra del niño en su condición de sujeto.

¿Cómo llegan los pacientes al GIASI?

En la actualidad, los casos llegan al GIASI por consultorio externo de Pediatría, Emergencias, Ginecología Infante Juvenil, Salud Mental o

Servicio Social. Los pacientes ingresan al grupo en forma espontánea o derivados desde diferentes instituciones, comisarías, escuelas, ámbitos legales. Con el transcurrir de la práctica se nos presentó la necesidad de definir la urgencia en la evaluación por las distintas disciplinas y esta quedó definida en función de la situación de riesgo inminente para el NNyA: cuadro clínico, convivencia con el abusador, amenazas, desprotección. Asimismo, tuvimos casos donde la urgencia subjetiva, sea del paciente o del profesional que deriva, no siempre se vinculaba con la urgencia médica. En relación con la urgencia del profesional, él podría estar apremiado para que su paciente reciba pronta asistencia o sea internado, sin tener que ver con la urgencia médica a la que nos referimos. En cambio, cuando la urgencia subjetiva surge del lado del paciente, esta se atenderá de acuerdo con las particularidades de esa demanda, respondiendo con los recursos necesarios.

En la actualidad es recurrente la inquietud de la sociedad por el presunto aumento de los casos de ASIJ, desde nuestra experiencia podemos señalar que este incremento estaría relacionado con múltiples factores:

- El aumento de la visibilización y, por ende, de denuncias.
- La creciente concientización sobre esta problemática por parte de la comunidad a partir de la lucha por los derechos de NNyA, la influencia del movimiento feminista, y los avances en perspectiva de género juegan un rol importante en el incremento de las cifras estadísticas.

Abordaje Ginecológico

Nuestra experiencia con el examen físico

Ante la sospecha de ASIJ la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil suele ser uno de los espacios por donde ingresan las pacientes. En ocasiones por una cuestión meramente clínica: síntomas o signos fi-

sicos o, lo que es habitual, la evaluación genital se solicita para observar lesiones que confirmen la sospecha de ASIJ.

Vale aclarar que se trata de una oportunidad para explicar que la ausencia de lesiones físicas no invalida el diagnóstico de ASIJ y será necesario un abordaje conjunto con otras disciplinas para conseguirlo. No todos los abusos dejan marcas en el cuerpo y para nosotros como equipo el mero relato del NNyA es un indicador de ASIJ. Asimismo, la consulta médica por sospecha de ASIJ es una oportunidad para develar situaciones de violencia.

El examen físico es una parte de la evaluación en el ASIJ y muy pocas veces se trata de una emergencia médica. Generalmente se plantea como urgencia por el familiar acompañante o un tercero que puede ser otro profesional de salud. El diagnóstico genera preocupación y angustia que, en la mayoría de los casos, no se sabe canalizar, y en muchas situaciones se entiende equivocadamente que, si el examen es normal, el NNyA no fue abusado. Elegir el momento de la evaluación depende de lo relatado y la disposición de la paciente; es importante explicar el por qué debe realizarse, detallando en qué consiste, y que no implicará un daño para la paciente. No reincidimos en el procedimiento, si otro profesional ya lo ha hecho para no revictimizar; excepto que el NNoA presente sintomatología genital. En el caso de un abuso reciente (dentro de las 72 horas), se debe evaluar a fin de tomar las decisiones médicas necesarias en el tiempo oportuno.

En nuestro hospital, actualmente, los casos de ASIJ en varones son evaluados por el profesional de clínica pediátrica que recibe al paciente, aunque no forme parte del GIASI. Ante lesiones específicas, habitualmente son derivados a los Servicios de Dermatología y Gastroenterología Pediátrica.

Las posibles consecuencias de no abordar un caso de ASIJ desde la clínica médica abarcan desde la no detección de lesiones, infecciones, embarazos o cualquier otra complicación clínica que pueda desencadenarse por el hecho de que el cuerpo de un NNyA estuvo sometido a un maltrato.

Como lo hacemos en cada consulta de ginecología infanto juvenil, tratamos de generar un espacio de confianza que resulte cómodo. Los gestos, la empatía, la comunicación verbal y la solvencia en el examen son muy útiles en la consulta. Escuchamos al adulto acompañante y a la niña, tratando de comprender la situación, pero procurando reservar los detalles del relato para la entrevista en Salud Mental. Explicamos a la paciente y su madre en qué consiste la evaluación genital y cómo esta forma parte del examen físico. En ocasiones, cuando la paciente se presenta reticente, se buscan diversas estrategias para que comprenda la importancia de ser revisada en beneficio de su salud y así continuar con los protocolos médicos necesarios. Primero, realizamos el examen general y luego el correspondiente a la región genital. Para revisar a la niña, acompañada por un adulto de su confianza, le pedimos que se coloque en decúbito dorsal (boca arriba) con las piernas flexionadas en posición de rana; en contadas ocasiones, en posición genupectoral (boca abajo con las rodillas flexionadas). Ante la sintomatología y lo relatado, se evaluará la necesidad de tomar muestras para el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual. Siempre es importante recopilar los datos minuciosamente en la historia clínica.

La paciente asiste a la consulta junto con su madre u otro adulto, ante la sospecha de que ha sido víctima de un abuso sexual, por lo tanto, tienen la expectativa de que el examen físico defina si el ASIJ sucedió o no. Antes de realizar la evaluación tratamos de aclarar sus limitaciones, explicamos que con escasa frecuencia encontramos indicios físicos y que lo más importante es el relato de la niña. Si el examen físico resulta normal, se refuerza que la niña no ha sufrido ningún daño evidente, pero de ningún modo se descarta el diagnóstico de ASIJ.

El abordaje interdisciplinario es vital para seguir trabajando sobre lo expuesto en la consulta. A partir de las reuniones del grupo, llegamos a la conclusión de que muchas pacientes, a las que solicitábamos la evaluación por otras disciplinas del GIASI, no continuaban con el seguimiento ante la tranquilidad de una evaluación física normal. Por ende, al recibir una consulta de un hecho crónico, un relato de

ASIJ referido como un tocamiento o en el cual la sintomatología genital no fuera lo que motivó la consulta, decidimos diferir la evaluación luego de la entrevista con las otras disciplinas. De esta forma, podemos coordinar, junto con el equipo, la necesidad y el momento de la evaluación de acuerdo con lo trabajado.

La evaluación clínica es un acto médico que resulta ineludible si atendemos a la salud integral del NNyA, tal como lo plantean las leyes que lo amparan. En este marco, la variable tiempo tendrá que ser tomada en cuenta, acorde con la gravedad de la presentación.

¿Por qué la mayoría de las veces no encontramos nada en el examen físico?

El tipo de contacto sexual más frecuente en el ASIJ no es la penetración vaginal ni anal, sino otras conductas que no suelen generar lesiones físicas esto es, los roces, tocamientos, sexo oral, la exhibición de pornografía, fotografiar al menor, filmarlo, fomentar conductas sexuales entre los niños, la masturbación, etc. Asimismo, si se produjeran lesiones genitales, estas suelen sanar de manera rápida y, a menudo, completamente.

Varios estudios han demostrado que el diagnóstico de ASIJ habitualmente no se basa en evidencia física, además la escasa frecuencia de infecciones de transmisión sexual en la niñez fortalece la importancia del relato como elemento principal para el diagnóstico, de ahí que la posibilidad de ASIJ no se descarte en los casos que no presenten signos físicos.

La clasificación de los hallazgos físicos

La clasificación más utilizada es la de David Muram que describe cuatro categorías en función de la probabilidad de corresponder-

se con un abuso sexual (en Adams et al, 1992). Debe considerarse que existen actualizaciones y modificaciones, la última es la de Joyce Adams et al (2018). Estas clasificaciones son sólo una herramienta para el médico que evalúa pacientes víctimas de abuso sexual.

Clasificación de hallazgos médicos en niñas con sospecha de abuso sexual

- **Clase I:** Examen genital y perianal normales. Sin signos físicos de abuso sexual.
- **Clase II:** Hallazgos inespecíficos de abuso sexual. Signos físicos que podrían estar causados por abuso sexual o por otras causas:

Vulvitis o eritema vulvar, lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal, fisuras en la piel o abrasiones en la horquilla vulvar, coalescencia de labios menores, presencia de secreción o flujo vaginal, condiloma en niña menor de dos años. Borde himeneal irregular, muesca del himen que no comprometa la totalidad del ancho del himen (hendidura o escotadura). En la zona anal: presencia de hiperpigmentación o eritema perianal, congestión venosa, fisuras anales, apéndices cutáneos perianales, disminución de los pliegues perianales, dilatación anal con materia fecal en la ampolla rectal.

- **Clase III:** Hallazgos específicos de abuso sexual. Presencia de uno o más signos sugestivos de abuso sexual:

Desgarros recientes o cicatrizales del himen, aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad, desgarro de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos, como laceraciones o equimosis en la vulva. Presencia de gérmenes de transmisión sexual (*Herpes*, *Chlamydia Trachomatis*, condilomas en niñas mayores de dos años). En la zona anal: desgarros superficiales o profundos, cicatrices, laxitud del esfínter anal, presencia de condilomas o de otros

gérmenes de transmisión sexual, dilatación anal mayor de 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.

Clase IV: Hallazgos de certeza de abuso sexual. Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la niña. Embarazo. Evidencia del uso de la fuerza brusca o traumatismo penetrante, tal como la laceración del himen hasta la base o “hendidura completa”. Cultivo positivo para *Neisseria gonorrhoeae*. Serología positiva para Sífilis o para VIH (descartada la transmisión vertical). Abuso sexual con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el abuso. Confesión del supuesto agresor de los hechos que describe.

Esta tabla enumera los hallazgos médicos y de laboratorio; sin embargo, la mayoría de los niños que son evaluados por sospecha de abuso sexual no tienen signos de lesión o infección.

De acuerdo con nuestra experiencia (Rahman; Ocampo; Rubinstein; Risso, 2015), sobre 1.034 pacientes, el 3,6% de las niñas evaluadas presentaron hallazgos de certeza y 19,9% hallazgos inespecíficos, mientras en un 4,1% se diagnosticaron infecciones de transmisión sexual. Por lo tanto, el testimonio del NNyA, contar con su historia al momento del abordaje, es una pieza clave y resulta fundamental transmitir que la evaluación clínica constituye un momento más del proceso diagnóstico, abriendo así el trabajo al resto de las disciplinas intervinientes.

Es claro que la historia del NNyA es la parte más importante de cualquier evaluación por sospecha de abuso sexual infantil.

Abordaje por Salud Mental

¿Qué hacemos como psicoterapeutas ante el ASIJ? En principio, más allá de la función para la cual hayamos sido convocados, ya sea como evaluadores o en nuestra tarea asistencial, lo primero que hacemos es atender NNyA en todas sus áreas. Dando lugar a que puedan surgir otro tipo de ansiedades o preocupaciones propias de la etapa vital, o

de los sucesos que el mismo se encuentre atravesando en otros aspectos de su vida.

Asimismo, se mantienen entrevistas con el grupo familiar cercano y, en algunos casos, se dan pautas concretas para el acompañamiento en el devenir cotidiano. Por ejemplo, no seguir preguntando sobre lo sucedido, dar lugar a las manifestaciones espontáneas que pueden ser verbales, gráficas, o lúdicas, estar atentos a los posibles cambios de conducta, etc.

Por otra parte, cuando estamos frente a un caso concreto de abuso sexual infantil, también se nos plantea el interrogante sobre ¿cómo interrumpimos ese destino que en algunos casos tiende a ser repetido generación tras generación? Los antecedentes de ASIJ intrafamiliar suelen estar presentes, habiendo sido secretos familiares de situaciones no denunciadas, y algunas veces develados recién por la generación que consulta en la actualidad. Se tratará, entonces, de intervenir, demarcando lo traumático, y desnaturalizando lo abusivo en la historia familiar. Dar lugar a la palabra con el fin de tramitar y elaborar lo traumático para evitar su repetición y sus consecuencias, ya que “el trauma puede o no entrar en el discurso” (Donzis, L. 2004). El dispositivo analítico habilita un espacio entre el niño y el psicólogo, sentando las bases para que se establezca un vínculo transferencial. Para que esto suceda, el mismo tendrá que suponerle al profesional un saber “la transferencia consiste en la atribución de saber al Otro, en la suposición de que el Otro es un sujeto que sabe” (Evans, D. 2005. Pág. 232.) y “en cuanto el sujeto que se supone que sabe existe en algún lado(..) Hay transferencia” (Evans, D. 2005. Pág. 232).

Dando lugar así que en ese dispositivo surjan tanto las repeticiones de lo que el niño no comprende, los excesos de amor, los hostiles, que devinieron finalmente traumáticos o no. Es aquí donde entendemos que aparece el padecer del sujeto (niño), habiendo podido o no inscribir ese trauma en el discurso.

¿Cuál sería entonces la meta de todo psicoanálisis con un niño? La finalidad será que aquellas escenas que devinieron traumáticas,

puedan elaborarse. Pues antes de esta elaboración, el sujeto no suele reproducir como recuerdo sino como acto: repite sin llegar a saber qué es lo que repetía. De esta manera recuerdo, comprensión y elaboración hacen a la trama de un análisis mediando la palabra.

En nuestra práctica clínica, los niños pequeños “suelen” repetir en juegos experiencias para comprender y elaborar. La elaboración mediante el juego, es uno de los recursos que el niño tiene mucho más disponible a temprana edad.

¿Entonces qué hacemos? Propiciar que esta inscripción suceda, ya que donde hay elaboración, no hay repetición, desanudándose el síntoma (ambas temáticas serán desarrolladas con mayor profundidad en los casos clínicos que siguen a continuación).

Por otro lado, una gran (y no siempre consciente) dificultad se nos presenta en el momento de preservar los recursos personales y mantener la distancia óptima, y así garantizar la neutralidad y abstinencia (Laplanche, J; Pontalis, B, 1993) como reglas necesarias para habilitar y sostener un espacio analítico, y para no llegar a caer en una implicancia que nos conmueva al punto de no dejarnos operar en nuestra función.

Al respecto Freud (1985) señaló que es de suma importancia dirigir la cura de forma tal que el paciente encuentre el mínimo de satisfacciones sustitutivas de sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de “no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle” (Laplanche, J; Pontalis, B, 1993). La neutralidad, por su parte requiere del analista imparcialidad en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo.

El maltrato a niños conmueva a quien escucha, por eso se debe redoblar la apuesta por la subjetividad del paciente. A modo de ejemplo pondremos este breve relato clínico:

Nos encontrábamos manteniendo una primera entrevista con José de 5 años, había sido derivado por maltrato y ASIJ crónico por parte de su padre biológico, quien se encontraba detenido desde hacía un mes. José en la consulta dibujaba personas con sangre, resaltaba ésta en fibra roja, mientras refería que su preocupación actual era “extraño a mi papá que está preso...”. Ante esta respuesta “no esperada” por el analista quien recibía la consulta por incesto, fue el paciente quien marcó el camino modificando el motivo de consulta inicial, dado que extrañar a este padre parecía ser en este primer tiempo más angustiante que el maltrato mismo.

Y que, a partir de la posibilidad de hablar de este padre, con lo bueno y con lo malo según el imaginario de un niño de 5 años, sería posible dar lugar a la palabra, para que así emerja lo traumático en los tiempos del inconsciente.

Recibir en consulta casos de ASIJ suele generar resistencias y rechazo. Incluso muchos de nosotros en la práctica privada, antes de pertenecer al GIASI desistíamos de atender este tipo de casos en forma aislada, por la necesidad del sostén institucional, del imprescindible abordaje interdisciplinario y los aspectos legales que implica la temática.

Consideramos que un tratamiento psi² no es lo mismo que una evaluación psicológica. Por lo tanto, las entrevistas iniciales que mantenemos con los pacientes provenientes del grupo interdisciplinario cumplen con los requisitos de la evaluación. En este sentido, es vital tener formación en niños y conocer sobre su desarrollo evolutivo y psicosexual esperable.

2 Psi: alude e incluye tanto abordaje psicológico y/o psiquiátrico.

¿Qué evaluamos?

El objeto de nuestra evaluación es aquello que subyace detrás al abuso: cuál es el relato, el estado psíquico del paciente al momento de la consulta, cuáles son los recursos del niño, cuál es el síntoma, si existiera, y cuáles serán las estrategias terapéuticas por seguir a corto plazo.

También se plantea la necesidad, o no, de ofrecer un tratamiento psi en ese momento. Así como realizar el acompañamiento al grupo familiar a fin de llevar adelante las medidas de protección para el niño, supervisando la adherencia a los tratamientos e intervenciones indicadas.

Nuestro método de evaluación consiste en entrevistas clínicas con los niños y con los adultos a cargo, no tomamos test ni cuestionarios, tampoco consideramos el dibujo del niño como si fuera una prueba para la pericia dado que no somos peritos, y entendemos al dibujo como equivalente de la palabra. Para nosotros el dibujo quiere decir algo, algo tomado en el marco de un sujeto, que nos está ofreciendo pistas que pueden guiarnos en la clínica y en su historia personal. Nunca un dibujo en forma aislada puede ser tomado como indicador diagnóstico de patología psi. El niño suele relatar algo acerca de lo que dibuja, y cualquier imagen sin su palabra o correlato gestual, no tiene valor significativo.

El material presente en el consultorio son lápices y hojas, además en algunas oportunidades, con niños más pequeños una caja de juegos que aparecen disponibles cuando la entrevista lo requiere. En cuanto al modo de entrevistar, es abierto, favoreciendo el despliegue de las preocupaciones actuales tanto de los adultos, como del paciente.

En todo momento mantenemos una mirada desde la clínica asistencial, con la convicción que no estamos en función de decir si las cosas pasaron o no, y cómo sucedieron. Saberlo quizá sea útil para informarlo, ya que como agentes de salud es nuestra función la detección, prevención, atención y notificación de toda situación de maltrato.

De haber sucedido el ASIJ ¿cómo fue vivido por el NNy/oA
¿Cómo lo transitó?

Lo que nos convoca es el sentir del niño y su necesidad de ser escuchado o bien la presencia de ciertos indicadores que dan cuenta del sufrimiento.

Aunque quisiéramos, no sería posible anticipar todo el devenir de la atención psi de un NNoA. Generalizar nos conduce a la falta de compromiso, dado que cada caso presentará sus particularidades. Por eso nuestro hacer como agentes de salud en el marco de un hospital público, consiste en intervenir para cortar ese círculo de violencia, evitando así la revictimización.

Por otra parte, ¿podría un psicólogo que ofició las veces de acompañante, de evaluador, de ordenador de esa realidad, tomar en tratamiento como analista al niño víctima de abuso sexual? En algunos casos sí, el mismo terapeuta se encargará del tratamiento por razones técnicas, tales como la transferencia. Pero esto sería posible, una vez despejadas las coordenadas de la evaluación inicial durante la cual se pone en orden el escenario familiar que rodea al paciente y se suele ser indicativo actuando a modo de guía de los circuitos que el Protocolo de Atención del Maltrato Infantil despliega para garantizar la protección del niño, y su entorno. Es importante en este punto diferenciar el rol de evaluador, del de analista.

No consideramos que el ASIJ es un síntoma en sí mismo, más bien es un acontecimiento que produce un impacto en el psiquismo, del cual evaluaremos la necesidad de proseguir o no un tratamiento.

De todos modos, no siempre suelen presentarse síntomas que respondan a una clínica psicopatológica. De ser requerido un tratamiento o abordaje psi posterior a la evaluación, este se deriva a otro espacio psicoterapéutico y, de no ser posible, se implementan estrategias que resignifiquen el espacio donde se evaluó.

La evaluación inicial se lleva a cabo con un dispositivo de abordaje psicoanalítico, en el sentido que se rige por la ética del psicoanálisis. Compartiendo la posición de Inés Sotelo (2009) respecto del

desempeño del psicoanalista ante la urgencia. Esto se produce si la urgencia del caso lo amerita y se dan pautas puntuales de intervención en función de proteger al niño para sancionar el maltrato y/o trabajar con instituciones escolares o la justicia.

Asimismo, nos encontramos con diferentes abordajes dentro del mismo hospital que ameritan una participación mucho más activa y concreta por parte del psicólogo con el objetivo de determinar si el niño necesita en este momento puntual un tratamiento psicológico; o se debe orientar y/o acompañar a los adultos para realizar todas las intervenciones requeridas. No obstante, no todos los niños que hayan vivido una situación de ASIJ necesitarán tratamiento al momento de la consulta inicial en el hospital.

En las entrevistas diagnósticas de ASIJ, se debe interrogar a la angustia, más allá de aliviar el sufrimiento. De esta forma, con el afán de aliviar el dolor o la angustia, a veces no escuchamos al niño, quien habla una vez y luego calla. Se debe prestar especial atención a no volverse funcional, adaptando el ambiente familiar al caso, o tranquilizar demasiado al niño al punto tal de terminar acallando la angustia.

Suele ocurrir que, una vez realizado el primer relato, el niño calle o niegue lo que ha contado, ya sea por el efecto desorganizador y angustiante en el medio familiar, en el cual pueden existir también las amenazas del agresor, ya sea por el efecto mismo de haber relatado catárticamente, produciéndose en él calma ante lo ocurrido. De todos modos, decimos que la angustia siempre es motor, porque el malestar que ella conlleva en sus múltiples manifestaciones logra, entre otras cosas, traer al paciente (familia, escuela, NNyA) a la consulta, propiciando así el inicio de un espacio psi.

Por otra parte, el psicólogo debe afrontar la difícil tarea de acompañar al grupo familiar ante la incertidumbre, la duda, el malestar, el miedo o la angustia que despierte el caso. Luego del develamiento del ASIJ, ocurren situaciones críticas, a veces entra en crisis la familia, hay enojos y desmentidas. Incluso, en esta situación el niño es protagonista, pues la responsabilidad recae sobre el sujeto-niño, quien a

partir de su relato cambió la vida familiar. En este marco, se genera la expectativa de que el analista de niños lo sepa todo y pueda responder sobre el presente y el futuro de los sujetos que analiza. En muchos casos, esta suposición es vivida por el psicólogo como una demanda a la que no puede responder, aunque quisiera.

En el abordaje que se realiza desde nuestro hospital, se considera apropiado abordar dicha temática en dupla, principalmente las primeras entrevistas que son de evaluación diagnóstica y demandarán mucho más de estrategias de contención emocional y organización de pautas a seguir. En algunos casos, éstas se realizan en conjunto con Servicio Social, con la intención de despejar cuestiones relativas a la seguridad e integridad del niño.

La necesidad de que el hecho, comprobado o sospechado, quede inscripto para la justicia en una denuncia formal; es parte del objetivo de estas entrevistas conjuntas.

Abordaje por Servicio Social

La intervención del trabajo social en situaciones de violencia sexual contra NNyA en un hospital pediátrico, supone un análisis desde diversas aristas.

La primera, vinculada con el lugar que ocupa la infancia y la adolescencia en la sociedad y en las familias, teniendo en cuenta que estos obedecen a un devenir histórico determinado por un sistema económico, político y cultural.

En segundo lugar, debemos tener presente que la violencia sexual hacia NNyA es ejercida, en general, por un miembro de la familia o un responsable del cuidado y, en menor medida, se relaciona con situaciones de explotación sexual ligadas a la trata de personas, fenómenos como el *grooming*³ o situaciones de violación en el espacio público.

3 Entendemos como *grooming* a todas las conductas o acciones de ciberacoso que realice un adulto para ganarse la confianza de un NNoA a través de medios digitales, con el objetivo de obtener beneficios sexuales.

La complejidad de la violencia sexual en la infancia y la adolescencia está intrínsecamente asociada con las relaciones de poder existentes en nuestra sociedad, cuyas primeras víctimas son los grupos más vulnerables (NNyA, mujeres adultas y minorías).

Por lo general, son niñas y adolescentes mujeres quienes se acercan al Servicio Social del hospital demandando atención por situaciones de abuso sexual o sospecha de abuso sexual. En la mayoría de los casos, han sido violentadas sexualmente por su padre, padrastro y, en menor medida, otro familiar del sexo masculino.

También se reciben consultas en las que las víctimas son varones. En muy pocos casos, ha sido una mujer quien ejerció la violencia sexual.

Si bien es posible pensar que estos datos obedecen a un subregistro, dado que por diversos factores pueden ser más difíciles de detectar este tipo de situaciones, el dato es contundente y nos señala una desigualdad en el ejercicio de la violencia sexual entre los géneros.

La sociedad capitalista y patriarcal es condición de posibilidad para relaciones de poder que se sostienen en distintas formas de violencia y, a su vez, reproducen esa misma situación de desigualdad.

Rita Segato (2003) así lo explica: “El patriarcado es entendido, así, como perteneciendo al estrato simbólico y, en lenguaje psicoanalítico, como la estructura inconsciente que conduce los afectos y distribuye valores entre los personajes del escenario social. La posición del patriarca es, por lo tanto, una posición en el campo simbólico, que se transpone en significantes variables en el curso de las interacciones sociales. Por esta razón, el patriarcado es al mismo tiempo norma y proyecto de autorreproducción (...). El patriarcado es así no solamente la organización de los status relativos de los miembros del grupo familiar de todas las culturas y de todas las épocas documentadas, sino la propia organización del campo simbólico en esta larga prehistoria de la humanidad de la cual nuestro tiempo todavía forma parte. Una estructura que fija y retiene los símbolos por detrás de la inmensa variedad de los tipos de organización familiar y de uniones conyugales”.

Segato estudia el fenómeno de la violación, para lo cual analiza la tensión entre contrato (esfera de la ley) y *status* (esfera de la costumbre). Las relaciones de género, justamente, se encuentran regidas por el *status* y se realizan a expensas de la subordinación del otro.

La violación forma parte de una estructura de subordinación que es anterior a cualquier escena que la dramatice y le dé concreción, con esto nos referimos a que ya está implícita, incluso antes de ejecutarse sobre el cuerpo de la víctima.

Si bien la autora se refiere específicamente a la violación y no al abuso sexual crónico, resulta interesante su análisis, porque nos permite vislumbrar las estructuras subyacentes a ese modo de violencia sexual. Al mismo tiempo, nos abre la posibilidad de indagar sobre los vínculos de estas estructuras con la violencia sexual ejercida hacia NNyA.

En concordancia con este análisis, en la intervención del Servicio Social del hospital procuramos evitar posturas moralizadoras o patologizantes sobre las familias que consultan y recomendamos tener presente el origen de estos vínculos que se materializan en la vida cotidiana de las personas.

Asimismo, será necesario considerar la autonomía relativa de esos vínculos y la posibilidad de un abordaje que permita las transformaciones necesarias para que cese la violencia y se inicie un camino de reparación.

En este sentido, habrá que evaluar cada situación en particular, teniendo en cuenta los entrecruzamientos de diferentes condiciones que configuran la singularidad.

Trabajamos sobre las condiciones concretas de vida de cada familia, considerando su clase social, sus creencias, su lugar de nacimiento y residencia, sus vínculos familiares y sociales, su momento del ciclo vital, su situación de salud y muchas otras variables. Articulamos estas coordenadas con las políticas públicas en curso con el Poder Judicial.

El objetivo, entonces, será el cese de la violencia, la protección y la reparación, para ello, es fundamental en primer lugar una correcta

evaluación disciplinar e interdisciplinaria. En este punto, cabe destacar la importancia de la capacitación permanente y el debate en equipo interdisciplinario.

En segundo lugar, es imprescindible el compromiso ético con el NNyA, pues requiere una actitud proactiva que procure el acceso a una atención integral, ocupándonos de activar los mecanismos de protección, e intentando que estos se sostengan, incluso en las adversidades a las que se enfrentan los niños y el adulto protector en estos procesos.

La entrevista social como herramienta central en el abordaje del ASIJ

La entrevista inicial en Servicio Social constituye un primer acercamiento a la familia. En general se realiza con el adulto que acompaña en la consulta, intentando resguardar al NNyA de volver a escuchar un relato que ya se explicitó en distintas ocasiones.

Sin embargo, esta estrategia no es la regla, hay situaciones en las que no es posible y otras en las que resulta muy importante la presencia del NNyA. En estos casos no hay recetas, la experiencia y la mirada atenta nos irá guiando en las decisiones.

El rol profesional del trabajador social, entonces, será relevante en principio para realizar un diagnóstico de la situación y valorar el riesgo.

Desde nuestra disciplina, la primera entrevista con la madre o referente adulto que se acerca cumple una función primordial. A partir de ese encuentro, contamos con elementos para comenzar a pensar, evaluar y determinar las estrategias de intervención más acertadas para resguardar los derechos de la NNoA.

En este sentido, será vital generar un vínculo de confianza que permita poner en palabras cuestiones inherentes a la organización y cotidianeidad familiar, para lo cual se requiere asignar tiempo para la elaboración de un registro pormenorizado que evite la revictimización tanto del NNoA como de su familia.

Al estar situadas en una institución de salud, indagaremos en la atención de ese NNNoA desde una mirada de la salud integral.

Hemos aprendido en el trabajo interdisciplinario que cualquier consulta que parte de una especialidad, puede ser la oportunidad para acceder a la atención por otras disciplinas.

Evaluaremos, además, la situación de riesgo, que en parte será determinante para nuestra intervención. Con “riesgo” nos referimos, por ejemplo, a la convivencia de ese niño/a con el abusador, la credibilidad dada por su familia al relato, o la presencia de otras situaciones de violencia.

¿Cómo evaluamos el riesgo desde Servicio Social?

Una vez que tengamos claro cuáles son las características de la familia, indagaremos en el motivo de sospecha de ASIJ, el tipo de abuso y su cronicidad, el momento del develamiento y el recorrido realizado para su atención.

Cuando el adulto nos relate la sospecha de abuso, nos aportará una información sobre lo sucedido, que puede resultar muy diversa. Llegado ese momento, es importante escuchar sin prejuicios y realizar preguntas abiertas.

Así, indagaremos sobre la estructura familiar, la impronta cultural, la relación vincular con el presunto abusador, convivencia, cercanía al domicilio del niño/a, acceso al niño/a, existencia de amenazas.

En caso de ASIJ intrafamiliar o crónico, se tendrá en cuenta, más allá de la cercanía física que pueda existir con el presunto abusador, si existe una relación afectiva y cómo se desarrolla ese vínculo.

Nos interesa obtener información sobre las acciones y conductas familiares ante el develamiento del ASIJ, con el fin de establecer si se han tomado medidas de protección adecuadas, si se ha realizado la denuncia y se ha suspendido el contacto con el abusador.

Será importante indagar sobre la presencia de otras situaciones de violencia en la familia, actuales o pasadas, como también los antecedentes de abuso sexual, que muchas veces se reviven ante la sospecha actual.

Tal como dijimos, la primera entrevista nos dará un panorama general acerca de la familia, la situación de probable ASIJ y la protección o desprotección en la que se encuentra el/la NNoA. Al mismo tiempo, en este encuentro inicial, se le plantearán al adulto que acompaña una serie de interrogantes que serán retomados en entrevistas posteriores.

Consideramos, por lo tanto, que la construcción del diagnóstico tiene una instancia disciplinar y otra interdisciplinaria. Con esto entendemos que en nuestras entrevistas disciplinares iremos construyendo un diagnóstico, pero esta construcción no será posible en soledad, sin el diálogo con las otras disciplinas del equipo.

¿Qué elementos son relevantes desde nuestra disciplina para la construcción del diagnóstico?

El relato del NNoA es el dato más relevante para la construcción del diagnóstico de ASIJ. Por “relato” entendemos la intención de un sujeto de transmitir determinada información, en este caso, sobre el suceso de ASIJ. Un comentario, reflexión, dichos, expresiones discursivas, gestos o juegos, en niños pequeños, con esa intención: transmitir algo acerca de lo acontecido y del maltrato vivido.

Según un artículo publicado por el GIASI (Herrera et al, 2015), en un 72% de los casos la consulta por SASIJ fue motivada a partir del relato de la paciente.

Este relato en la entrevista en Servicio Social se encuentra mediatizado por el adulto. Es en general la madre quién cuenta lo relatado por su hija.

Junto al relato de lo vivido por el NNoA, existen otros elementos que también tienen relevancia y que no sólo formarán parte de la

construcción del diagnóstico. También guiarán la intervención con el fin de garantizar la protección.

Uno de ellos es la existencia de otras situaciones de violencia. Este dato es muy relevante, dado que constituye uno de los factores ligados a la vulnerabilidad del niño y a la presencia en la familia de, al menos, un agresor. En la publicación del GIASI mencionada, podemos observar que en el 38% de los casos de SASIJ, coexistían con el abuso sexual otras formas de violencia; generalmente, violencia de género hacia la madre.

Otro punto para nada menor es la actitud del adulto (no agresor) que acompaña en la consulta, como ya señalamos, este rol suele desempeñarlo la madre. Las reacciones que se observan en estas situaciones suelen ser diversas; encontrándonos con madres que sin dudar lo creen y pueden accionar con actitudes protectoras hacia sus hijas; también se da el caso contrario, aquellas que reaccionan con incredulidad frente al relato o develamiento de agresiones sexuales hacia sus hijas. Por este motivo el trabajo con las madres es fundamental. La evaluación del vínculo madre e hija/o y sus vicisitudes ante el develamiento del ASIJ tiene su complejidad. Esta dificultad intrínseca requerirá de varios encuentros y de un abordaje interdisciplinario para ahondar en aquello que puede redundar en un factor de desprotección para los mismos.

Desde la esfera institucional la expectativa es la de una “acción correcta”, esto es, que las madres les crean a sus hijas/os y actúen protegiéndolos de situaciones abusivas. Si bien es necesario contar con referentes adultos con actitudes protectoras, no se debería prejuzgar por sus acciones. Las intervenciones requieren de abordajes que permitan profundizar en estas situaciones, planteando a su vez un trabajo de acompañamiento para esa mujer madre que consulta.

De acuerdo con nuestra experiencia, la actitud de la madre o de otros adultos protectores es fundamental en el proceso de reparación. Sin embargo, las madres también se encuentran atravesando una si-

tuación traumática y deben responder a una demanda institucional y familiar a veces agobiante. Al mismo tiempo, no existe "La Madre", si no las madres, un referente plural y heterogéneo. Algunas de ellas con un vínculo conflictivo con sus hijas/os anterior al ASIJ. Otras que por diversos motivos descreen del relato de abuso o simplemente no pueden asumir un rol de protección.

Queda claro, entonces, que el lugar de la madre es importante y complejo, pues se le suele asignar desde las instituciones toda la responsabilidad en la protección de sus hijas/os, pero no siempre se le ofrecen herramientas o recursos para ello. Además, se da por sentado que ellas asumirán ese rol y, sólo si no quieren o no pueden asumirlo, se convoca a otros referentes.

Otro dato que puede aparecer en las entrevistas es la reticencia a la evaluación ante la sospecha de abuso. La actitud de enojo ante la evaluación suele estar ligada a la negación de que exista abuso sexual hacia su hija/o. Por este motivo para estas personas no existe la posibilidad de pensar y problematizar la probabilidad de que estas situaciones hayan podido ocurrir. Desde nuestra disciplina esto es una señal de alarma, pues la ausencia de sanción y la naturalización de conductas sexuales abusivas en la familia también constituye un indicador a valorar en el momento de construir un diagnóstico de ASIJ (tema que abordaremos en los casos clínicos, dada su complejidad).

Seguimiento desde Trabajo Social

El seguimiento desde Trabajo Social tiene como objetivo brindar orientación y asistencia al niño/a y su familia ante los efectos implicados en el develamiento del abuso sexual. Durante las entrevistas de seguimiento recogeremos el modo en que la familia se ha reconfigurado a partir de la desestructuración inicial, que suele suceder cuando se denuncia un ASIJ. La situación es todavía peor, cuando se trata de un agresor intrafamiliar.

Si la sospecha recayera sobre el padre de la NNoA, tendríamos que considerar la intervención de la justicia en el área de familia para resguardarlo del contacto con el presunto abusador; el aspecto económico también deberá tenerse en cuenta, si es que el abusador era sostén del hogar; las relaciones vinculares afectivas que se trastocan; el efecto en las madres frente el abuso de sus hijas/os y, en algunas ocasiones, la reminiscencia de sus propios abusos y tantas otras situaciones que se desatan en el interior de las familias.

En esa línea se llevarán adelante acciones de coordinación con distintas instituciones involucradas de acuerdo con cada situación que se nos presente. De este modo se tornará necesario el trabajo con instituciones educativas, de niñez, de salud y judiciales, en tándem con estos ámbitos de acción, también tendrán un rol fundamental los informes interdisciplinarios que se eleven a la esfera de la justicia penal. Si bien nuestra tarea no es pericial, los aportes que podamos realizar en general son de gran ayuda para el avance del caso.

Estos informes juegan un papel preponderante dentro del proceso de atención y asistencia que el equipo brinda.

En el transcurso de la intervención también se realiza acompañamiento en el proceso de la denuncia. Consideramos que la decisión familiar de denunciar es difícil, dado que la mayoría de las situaciones de ASIJ ocurren en el ámbito intrafamiliar. Esta iniciativa es relevante, pues indica que se busca proteger al niño e imprime un límite, una sanción del delito más allá del temor y/o de las amenazas existentes hacia el abusador. Lo fundamental del seguimiento no debe perderse de vista, esto es, la protección y la reparación de los derechos vulnerados. Este objetivo nos pautará el rumbo para reorientar intervenciones y marcará el momento de cierre del abordaje.

PARTE 2

Casos clínicos

A continuación, se presentarán a modo de ejemplo relatos inspirados en casos hospitalarios sobre temáticas puntuales, seleccionadas con finalidad didáctica. Las identidades y datos personales han sido alterados para preservar la confidencialidad y privacidad de las personas.

CASO 1: JUEGO DE PARES

Sexualidad Infantil

Una tarde de enero se acercó Mariel, de 41 años, junto con su hija Ayelén, de 4, al sector de Emergencias del Hospital de Niños. Asesorada por su abogada y ante la sospecha de un posible abuso, la niña fue evaluada. Al constatarse una erosión en la vulva que no presentaba sangrado, la letrada asesoró a la madre para realizar la denuncia y posterior control en la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil.

Mariel relató con mucha preocupación que la niña había regresado de la casa de su compañerita del jardín diciendo “mami, me duele la chuchi”. La madre le preguntó a Ayelén si le había sucedido algo y, con naturalidad, la niña le dijo “el melli me metió el dedo en la chuchi cuando estábamos jugando en la pieza”. El “melli” es el hermano mellizo de su compañerita de jardín. Luego de la merienda los niños se habían ido a la habitación a jugar a “la play”, momento en que Mariel supone que sucedió. Ante el relato, la madre revisó a su hija observando “enrojecimiento” de la zona genital. Consternada por la situación planteada, contactó a una amiga abogada, quien le sugirió realizar la denuncia y luego consultar al médico (fue allí que la madre denunció).

En el consultorio de ginecología, Ayelén se mostró asustada. Luego colaboró y permitió ser evaluada mientras jugaba con las muñecas

de la repisa. Se evidenció una leve congestión en la zona perianogenital inespecífica, con restos de orina característica de las niñas pequeñas que se higienizan en forma inadecuada.

En la entrevista conjunta con la asistente social y la psicóloga, Mariel relató que estaba separada hacía unos meses de Roque, el papá de la niña, y que no le había contado nada para no preocuparlo.

En las sucesivas entrevistas psi con la madre, esta parecía sobre-dimensionar las conductas esperables entre los niños, interpretando como “maltrato” toda situación de juego infantil en las que Ayelén se quejaba o le contaba que la había pasado mal.

Estas situaciones le generaban mucha angustia y la llevaron a plantearse el retomar su tratamiento psicológico individual, agregando que había tenido experiencias traumáticas en sus vínculos de pareja, en las cuales había sido la misma Mariel, maltratada y sometida a situaciones sexuales indeseables.

Por su parte, Ayelén ingresa al consultorio con la psicóloga sin dificultad, manifestando sus ganas de dibujar. Cuenta que le gusta ir a danza, y tiene amigos en el jardín. Entre los que nombra a los “melli”. En la primera sesión se la observa inquieta, transgrediendo límites y de manera espontánea, refiere:

—El “melli” me metió el dedo. — esperando generar una reacción específica en la entrevistadora, quien se queda mirando expectante.

—¿Cómo fue eso?

—Ya le conté a mi mamá, pero ya está. — Lo único que parecía preocupar a Ayelén, era que desde hacía unos días no estaba yendo a jugar a la casa de “los melli”, ni al jardín.

En ese momento la niña no presentaba síntomas, ni impresionaba verse afectada por la situación, salvo por la imposibilidad de visitar a sus vecinos y compañeritos de jardín para jugar con ellos.

En la segunda sesión habíamos citado nuevamente a la niña, y, en su lugar, se presentó la madre de los mellizos, preocupada por la situación planteada por su vecina. Ella, a diferencia de Mariel, entendía que había sido un juego de niños de 4 años “que tienen curiosidad”.

De todos modos, nos dejó su teléfono por si considerábamos conveniente citar a su hijo y evaluarlo también. Manifestó su preocupación por la interrupción del vínculo entre los niños diciendo que ella creía que “son nenes buenos y se nota que se quieren”.

Cuando se le pregunta a Mariel, el motivo por el cual en primera instancia recurre a una abogada, refiere que cada vez que se encuentra ante una situación puntual que le preocupa, lo primero que hace es recurrir a un abogado para que “la defienda”.

Transcurridas las entrevistas posteriores, se llegó a la conclusión que tanto Ayelén como el “melli”, ambos de 4 años habían mantenido un juego sexual propio de la curiosidad por las diferencias entre los cuerpos. Probablemente hubiera sido necesaria la intervención de un adulto que pudiera estar atento, disponible y que pudiera poner límites a los niños mientras estos compartían. No se observaron síntomas que hicieran pensar que Ayelén haya vivido esta situación como un hecho traumático, ni la presencia de indicadores de maltrato, o intenciones abusivas del “melli”, ni la posible intervención de un adulto.

A la madre se le dio la devolución de lo trabajado con Ayelén y se le indicó la necesidad de retomar en forma urgente un espacio psicológico para ella, dado que pudieron observarse ciertas conductas que daban cuenta de malestar propio de la subjetividad adulta. Se infirieron en la madre rasgos paranoides secuelares a su propio trauma, cuyos temores, vía el mecanismo de proyección, se desplazaban hacia la interpretación de las conductas de la niña y sus compañeros de juego. Mariel había sufrido abuso sexual infantil, y en las entrevistas pudo relatarlo.

Como cierre de las consultas psi se intentó dejar en claro que el origen de esta consulta por ASIJ estaba estrechamente ligado a la historia personal materna y que, de no ser abordadas, traerían consecuencias en el desarrollo psíquico de la niña.

En definitiva, estamos ante una demanda que se dispara a partir de la pregunta que se hacen los adultos sobre el jugar infantil.

El abordaje apostó a dejar en claro que en este caso es la madre de la niña quién otorga una significación que “adultiza” dicho juego, haciendo una lectura desde su fantasmática, del relato de Ayelén.

Finalmente, se hizo una devolución conjunta a ambas madres (de Ayelén y de los mellizos) exponiendo en forma clara y concisa la importancia de entender lo que había pasado como un juego sexual infantil, un juego de pares, y no como una situación traumática o abusiva.

Por último, nos interesa resaltar que, como profesionales psi, es fundamental conocer acerca de la sexualidad en la infancia a fin de ser una escucha calificada para abordar adecuadamente este o cualquier otro caso, para no caer en el error de calificar los juegos de la temprana infancia como abuso sexual.

Sobre la sexualidad infantil

Haciendo un poco de historia, en 1905, en sus Tres Ensayos de la Teoría Sexual Sigmund Freud (1975), el llamado padre del psicoanálisis, comienza por plantear que la sexualidad está presente en el ser humano desde el origen de la vida misma, a la que da en llamar, la sexualidad infantil. Teniendo su origen en un apuntalamiento en las necesidades fisiológicas y caracterizándose por la búsqueda de placer.

En este intento de reencontrarse con esa satisfacción inicial, el cachorro humano, en el chupetear, sobrepasa lo puramente físico, es decir, que al alimentarse se encuentra no solo con la satisfacción de su necesidad biológica, sino con un plus de placer. Una zona erógena que cobra privilegio en esta primera etapa, llamada por el psicoanálisis como fase oral (Freud, 1905)

El chupeteo en sí mismo le genera placer al niño, un placer que será buscado aun cuando sus necesidades hayan sido satisfechas y a pesar del paso del tiempo. Lo que se busca es un placer que va más allá de la mera necesidad fisiológica. Es así que el sujeto buscará insistentemente reproducir la satisfacción, rodeando las zonas erógenas

desprendidas ya de la necesidad, como es el caso del chupeteo, según ejemplifica Freud. Con esto podemos concluir que la sexualidad infantil es “perversa polimorfa, auto erótica, parcial, oral, anal, pregenital, etc..” (Aguirre et al, 2008)

Por su parte, Lacan (1995) en el Seminario IV de 1958, retoma a Freud y reconoce que en el grito del infante pidiendo alimento hay mucho más que una simple señal instintiva de hambre, se trata de una demanda al Otro, que se convierte entonces en una demanda de amor.

El aporte freudiano hace hincapié en que sexualidad no es sinónimo de genitalidad. “Los niños también tienen sexualidad, pero es una sexualidad propia de la infancia” (Aguirre et al, 2008)

Es importante conocer las bases de este desarrollo para la comprensión del ser humano y su psiquismo. Y como el desarrollo de la misma, refiriéndonos a la sexualidad infantil, determinará el modo en que el sujeto acceda a la genitalidad, ingresando al mundo adulto.

El juego

El juego en los niños es un modo de dar cuenta de su desarrollo psíquico, es decir que cuando vemos a un niño jugar podemos deducir como viene desarrollándose su psiquismo. El juego les permite la elaboración de ansiedades, y escenas de su vivir cotidiano, favoreciendo y propiciando el aprendizaje. Siendo un fin en sí mismo, el jugar, da la posibilidad de vehiculizar y elaborar la cuota de agresión, angustia y/o curiosidad que todo niño tiene.

Podemos observar frecuentemente como los niños parecieran “ensayar” al repetir escenas que vivieron y no comprenden, o intentan dominar. Refiriéndonos al tema que nos convoca, es frecuente que se observe a través del mismo aquellas escenas que presenció o a las que fue sometido, por ejemplo, en un ASIJ.

Nos gusta pensar que los niños no sólo cuentan lo que les sucedió para que el otro los entienda y proteja, sino que cuentan, o

representan en sus juegos para ser ellos mismos quienes intentan tramitar lo que les pasó.

Así, el juego también los ayuda a anticiparse a vivencias desconocidas, como pueden ser desde una próxima intervención quirúrgica, o algo tan simple como el ingreso al jardín de infantes.

Jugar es vivir aquello que asoma en la realidad del niño, lo que le genera curiosidad, interés y favorece su dominio y comprensión. El niño juega aquello que vio, que deduce, o que interpreta que podría ser de esa manera y no de otra.

Cierta vez una niña diría “Yo jugué al sexo” a lo que se le preguntó “¿Qué era jugar al sexo?” Y ella muy decidida respondió “Jugar al sexo ¿No sabes? Sacarse la ropa como si te fueras a bañar, y meterte debajo de las sábanas para dormir”. Cuando se intentó repreguntar ¿Cómo es eso de cuando te vas a dormir? La niña insistió, “eso, solo eso, te vas a dormir y dormís”.

Con este ejemplo, subrayamos la importancia de estar advertidos acerca del uso que los niños realizan de palabras con connotación sexual como “coger, sexo, hacer el amor, chapar, tranzar, chuparla”. En su utilización, no quieren decir en todos los casos lo mismo que para el adulto en el imaginario cultural. Será necesario contextualizar el texto del niño, dando lugar a la significación y al contenido que el paciente despliegue.

Tener presente también, que cuando en los adultos en sesión surge el uso de palabras alusivas a lo sexual como “la pochola” “telita” “Pitita” “cachuchita” “pitulín” “la chochi”, etc., dan cuenta de la imposibilidad de poner en palabras las partes del cuerpo que se relacionan con la sexualidad.

¿Cuándo el juego de pares puede confundirse con un abuso sexual en la infancia?

La presentación del caso de Ayelén nos plantea como primer desafío, el poder diferenciar si estamos ante la presencia de un abuso sexual en la infancia o un juego de pares.

La definición de ASIJ tiene como eje el hecho de la posición dominante que ejerce el adulto sobre el niño, niña o adolescente.

Autoridad y poder son dos elementos que permiten al abusador utilizar la coerción, implícita o directamente sobre el niño, para lograr su participación en la actividad sexual.

En estas situaciones abusivas, estamos hablando de asimetría de poder y de diferentes edades madurativas. Variables que no se hacen presentes en el caso citado. En esta oportunidad, los niños se encuentran en igual etapa de desarrollo madurativo, y las conductas relatadas por Ayelén indicarían la presencia de un juego que responde a las pulsiones dominantes propias de la sexualidad infantil.

¿En otra instancia, si se hubiera planteado la primera consulta en el GIASI, hubiéramos sugerido la denuncia inmediatamente, como lo hizo la abogada? La respuesta es NO.

Se hubiera planteado un tiempo de escucha. Ante una situación de esta naturaleza donde están involucrados dos niños de edad temprana y, en lo que entendemos podría haber sido un juego de pares, no hubiéramos sugerido la denuncia.

De todas formas, la sanción en estos casos tiene que estar presente por parte de los adultos que están al cuidado, quienes deberían dejar en claro a los niños dónde está el límite de lo que es jugar y de aquellas otras situaciones que implican una intromisión en la intimidad del otro.

¿Un niño puede contar algo que nunca le pasó o vio?

¿Algo que no tiene ni la capacidad física ni psicológica para concretar, como es un acto sexual genital? ¿Puede describir un coito anal o vaginal si nunca vio esto o no le pasó? La respuesta es no, no podría.

Los niños tienen sus teorías sexuales infantiles acorde a la madurez y conocimientos que poseen. Si un niño dice, repite, describe, dibuja o representa actos que reflejen la existencia de escenas de la sexualidad esperable en la intimidad entre dos adultos, como lo es el coito, eso daría cuenta de la intromisión de un adulto en su esfera infantil, o haber estado expuesto a ellas de algún modo (pornografía, exhibicionismo, etc).

¿A qué llamamos pedofilia?

Es de suma importancia diferenciar un juego espontáneo de pares entre niños —como es el caso de Ayelén con el “melli”, sin la presencia, ni intervención indirecta de un adulto que los incite—, de toda situación donde un adulto interfiera. Ya sea invitando, propiciando, generando, filmando, fotografiando o siendo parte de un mal llamado “juego” con contenido sexual entre los niños.

En esos últimos casos los mismos deben ser considerados un abuso sexual en la infancia. Ya que la presencia del adulto anula la actividad del jugar infantil en sí misma, convirtiendo a los niños en un objeto de goce para su propia satisfacción sexual, aun cuando no se acceda físicamente al cuerpo del niño. Y cuando el adulto afirme que estaba “jugando con ellos” o que no los tocó.

Llamamos pedofilia, “a la atracción erótica o sexual que una persona adulta siente hacia niños o adolescentes⁴, elegimos esta definición simple perteneciente a la Real Academia Española, dado lo complejo que resulta explicar desde nuestra labor lo inaceptable de pensar que un adulto abuse de un niño. El acto más “monstruoso” de lo humano, al decir de la experta en ASIJ Lic. Susana Toporosi.

Toporosi (2018) define al abusador como aquel que descarga su acto compulsivo, considerándolo un objeto. Por lo tanto, dirá que no

4 RAE. Diccionario de la Real Academia Española online. <https://dle.rae.es/pedofilia?m=form>

se trata de un acto sexual, ya que en ellos se considera al otro una persona con sentimientos, deseos y poder de decisión.

En cuanto al psiquismo, refiere que se establece una división, especie de tabique que le permite al abusador que coexistan en él ambas partes sin contradicción. La intención que subyace es la de destruir al otro.

En nuestra experiencia esto pudimos observarlo en las entrevistas que mantuvimos con los adultos acusados de abuso. Estos por un lado solían presentar una personalidad amable, conducente, colaboradora; y por el otro la frialdad, y falta de empatía propia del agresor. Fingiendo en algunos casos angustia o preocupación, pudiéndose observar que las mismas no respondían a manifestaciones genuinas de angustia ante el dolor de la víctima, más bien representaban una escena para conmovir al entrevistador.

Para Toporosi (2018), el agresor: “Desde una de esas partes, transforma al sujeto, en este caso una niña, en una cosa. No la ve precisamente como un sujeto, como una persona que siente y que sufre. Por tanto, realiza actos compulsivos que no puede parar de hacer. Actos que incluyen la sexualidad, como medio, pero que tienen que ver con la destrucción del otro. O sea, cuando ese acto termina, no tiene otra parte del yo que luego se angustie y lo haga interrumpir esos actos compulsivos. Es una especie de tabicamiento, que le permite seguir repitiendo esos mismos actos, incluso varias veces”. Para entender un poco más claro el concepto de la “división, el tabique” del que habla Toporosi, es algo así como que el abusador hace lo que se le canta la gana hacer, y luego, al terminar, funciona como si allí no hubiese pasado nada. No aparece la culpa, no siente vergüenza, ni arrepentimiento, ni se angustia por lo sucedido. Tampoco tiene registro por el hecho de no considerar al otro como una persona que siente, que sufre, que se ve afectada por su acción, es decir un sujeto.

Coincidimos con Toporosi, en cuanto a que estadísticamente la mayor incidencia de ASIJ pertenece al ámbito intrafamiliar, con al-

tísima presencia en vínculo sanguíneo paterno, incesto, seguido de padrastros, abuelos, tíos y hermanos.

Para finalizar, insistimos que en el caso de Ayelén y el “melli”, se trataba de solo dos niños jugando a juegos exploratorios, lo que operó como disparador para disuadir a la madre de la niña a retomar su espacio psicoterapéutico, y abordar allí los efectos que en la misma habrían tenido sus propias vivencias traumáticas de la infancia y la adultez.

Que la madre tenga su espacio sería garante, de algún modo, de la distancia necesaria entre ambas historias: la propia y la de Ayelén.

CASO 2: LA FIRME DECISIÓN

Embarazo forzado en la niñez y adolescencia

Eliana, de 14 años, ingresa una tarde de mayo al Hospital de Niños acompañada por su madre, luego de relatar en una comisaría cercana a su casa que había sido violada el día anterior por un conocido de 30 años. Una vez realizada la denuncia, el médico de guardia que recibe a Eliana decide su internación en una sala de clínica médica. La paciente no refería tener pareja, los ciclos menstruales eran regulares y había presentado un sangrado genital hacía 15 días aproximadamente. De acuerdo con el protocolo, se le indicó el kit de emergencia para prevenir infecciones de transmisión sexual (compuesto por un triple esquema de antibióticos y antirretrovirales) (Chejter et al, 2021) y anticoncepción de emergencia.

Las trabajadoras sociales, por su parte, entrevistaron a Julieta, la madre. La misma relata que encontró a su hija angustiada y, al preguntarle, Eliana le contó que estaba siendo amenazada por Luis, su vecino, quién la había violado.

En las entrevistas siguientes con la joven y la madre, ambas coinciden en el relato: señalan al mismo agresor y los mismos eventos sufridos por la joven. Eliana también hace referencia al sufrimiento en relación con otras problemáticas tales como el rechazo de sus amigas

en la escuela y la ausencia de su padre, que hacía ya tres años que la había abandonado. Su madre, sostén económico desde ese momento, debió ausentarse mucho tiempo de su hogar para trabajar y Eliana tenía que pasar gran parte del día sola, realizando tareas domésticas.

A la mañana siguiente, Eliana es derivada al consultorio de Ginecología Infante Juvenil, donde relató que las agresiones sexuales habían comenzado hacía unos meses y que el agresor la tenía amenazada. Se le explica entonces en qué consistirá el examen físico y se procede con este. En ese proceso se constató un aumento del orificio himeneal y dos escotaduras completas en hora 3 y 9, hallazgos compatibles con penetración vaginal, no se observaron lesiones agudas. Además, se solicitaron estudios de laboratorio y cultivo de flujo vaginal a fin de descartar la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS); se indicó una ecografía ginecológica para completar la evaluación y test de embarazo de rutina en casos de ASIJ en adolescentes. Eliana y su madre son informadas sobre los resultados de la evaluación y los estudios solicitados, todo se registró en la historia clínica.

Horas después se confirmó el diagnóstico de embarazo mediante una ecografía que mostraba el útero aumentado de tamaño con un pequeño saco gestacional y una prueba de embarazo en sangre que dio positiva. Eliana y su madre reciben esta información con sorpresa. Se les plantea interdisciplinariamente la posibilidad, según la normativa vigente, de interrupción del embarazo. Asimismo, se les informa que el equipo interdisciplinario continuará trabajando en pos de garantizar la protección de Eliana y acompañarla en la decisión que tome. Eliana se encuentra conmovida ante el diagnóstico de embarazo y para el equipo hospitalario resulta una experiencia fuerte escuchar cómo una adolescente de 14 años califica de “trágica” esta circunstancia, rechazándola abiertamente por no formar parte de su decisión.

Tal como lo prevé el Protocolo de Atención Integral de las Personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, se mantiene una entrevista a solas con Eliana a fin de escuchar su posición al respecto. La joven ya sabía de qué se trataba ese encuentro y

se mostró firme en su posición: esa situación no fue producto de su elección y no quería continuar el embarazo. Su claridad nos resultó impactante, pues no siempre sucede así y es importante crear un espacio para las dudas, los miedos o las contradicciones que puedan aparecer; del mismo modo nos conducimos en lo que toca al respeto por su decisión y la construcción de las posibilidades que la misma pueda desplegarse en forma autónoma. Para todo el proceso resulta fundamental mantener la confidencialidad.

Una vez que la adolescente, acompañada por su madre, manifestó la decisión de interrumpir la gestación, sostuvo entrevistas posteriores con el equipo interdisciplinario que la acompañó durante todo el proceso.

Dado que la denuncia ya se encontraba en curso, se articuló con la fiscalía interviniente para obtener las pruebas necesarias que permitieran accionar contra el agresor correctamente, sin demorar el procedimiento médico.

En paralelo, fue fundamental la coordinación con el organismo de protección de niñez con el objetivo de abordar la situación previa de vulnerabilidad, relatada por Eliana, así como también la situación actual.

Embarazo forzado en la niñez y adolescencia

En 2018, la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia (SENAF), junto a Unicef, publicó los lineamientos para el abordaje interinstitucional de abusos sexuales y embarazos forzados en la niñez y la adolescencia (Ariza Navarrete et al, 2021). En ese documento se desarrolla la importancia de la detección de embarazos en la infancia y la adolescencia, así como la necesidad de evaluar la posibilidad de que estos sean producto de una situación de abuso. Estos lineamientos advierten sobre los riesgos implicados en un embarazo en edades tempranas desde el punto de vista de la salud integral de la niña/ adolescente con posibilidad de gestar, a los que se suman los riesgos

de llevar adelante un embarazo forzado. No sólo se trata de riesgos de la salud física, sino también puede generar altos costos emocionales: “Además, el embarazo y/o la maternidad forzada pueden provocar la interrupción de la escolaridad, afectar la formación para la inserción laboral, la vida social y recreativa y el proyecto de vida en general. Si a esto se unen situaciones severas de indefensión, acarrea otro tipo de consecuencias: desestructuraciones psíquicas con desenlaces límite, como fugas o abandono de recién nacidas o nacidos y, en los casos más graves, infanticidio y suicidio” (Chejter, 2018).

El Ministerio de Salud de la Nación en su Protocolo de Atención Integral de las Personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo estableció que se debe respetar, en todos los casos y en primer lugar, el derecho de las niñas y adolescentes de participar de forma significativa en la atención y en la decisión relacionada con esta práctica. Todas las adolescentes, entre 13 y 16 años, pueden brindar su consentimiento en forma autónoma si se trata de prácticas que no representen un riesgo grave para su vida o su salud. Antes de los 13 años podrán brindar su consentimiento junto a sus referentes de cuidado y, de ser necesario, se recurrirá a los organismos de protección de NNyA. El principio de autonomía progresiva guiará las intervenciones del equipo de salud. Se procurará, de ser posible, que la NNyA se encuentre acompañada por sus referentes afectivos en todo el proceso. Siempre primará la decisión de la niña como centro de su propia vida y de las decisiones que competen a su salud.

El 30 de diciembre de 2020 fue sancionada en el Congreso de la Nación la Ley Nacional N° 27.610 que otorga el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Esta norma reemplaza el sistema de causales establecido en el Código Penal desde 1921, por un sistema mixto de plazos y causales al reconocer el derecho de las personas gestantes a interrumpir de forma voluntaria su embarazo hasta la semana catorce (14) inclusive, del proceso gestacional. Fuera de este plazo, la persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción legal del

embarazo si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro/ riesgo la vida o la salud de la persona gestante.

Dentro de los principios en la atención de las personas en situación de IVE, ILE y postaborto se incluyen: la accesibilidad y la no judicialización, el trato digno, la privacidad, la confidencialidad, la celeridad, la autonomía de la voluntad, acceso a la información amplia, adecuada y de calidad (Ariza Navarrete et al, 2021).

Se debe informar a la niña/adolescente y a quienes la acompañan sobre la posibilidad de denunciar el hecho por dos motivos: afirmar una posición de cuidado y creencia en los dichos del sujeto y, a la vez, sancionar a la persona responsable. La denuncia debe realizarse sin perjuicio del tiempo transcurrido a partir de la situación de violencia sexual atravesada por la víctima. Con respecto a la protección de los derechos de las mujeres víctimas de violencia, los profesionales de salud deben comunicar a las instituciones competentes para dar seguimiento al caso.

En relación con la situación de Eliana se logró una sentencia firme sobre la base de pruebas entre las que se contaba con un estudio por técnica genómica de los restos ovulares que coincidía con el perfil genético del abusador.

Es sumamente difícil encontrarse en el consultorio con un resultado de embarazo positivo y devolver este diagnóstico en el marco de un abuso sexual. Como equipo nos encontramos conmovidas frente a situaciones en las que la violencia del acto primario pareciera verse duplicada en un embarazo forzado en el cuerpo de una adolescente o niña violentada. En estos casos, prevalece la interdisciplina como forma de sostén y acompañamiento mutuo en el proceso, permitiendo contener a la paciente en tan compleja situación.

Teniendo este objetivo en el horizonte, resulta fundamental que el equipo de salud se encuentre preparado para abordar esta u otras situaciones que se plantean en la intervención en abuso sexual en la infancia y adolescencia. La SENAF junto a Unicef plantean que la intervención frente a los abusos sexuales demanda respuestas que

tienen que ser interdisciplinarias e interinstitucionales. Además del objetivo fundamental -que es la atención de cada una de las situaciones- hay otro objetivo, no menos importante, que es ir construyendo rutas de acción para mejores respuestas institucionales.

También se deben implementar acciones de prevención tendientes a evitar la reiteración de episodios y el incremento de sufrimientos y daños de NNyA. Finalmente, cabe recordar que es imprescindible realizar la consulta en el marco de la escucha activa, pues se trata de una forma de interacción con las víctimas que permite al profesional “leer”, a través de los gestos, silencios y palabras, signos que pueden indicar un caso de embarazo forzado en la infancia y adolescencia.

Pudimos acompañar a Eliana durante este proceso y se realizó un trabajo interinstitucional con el Servicio Local de Niñez, de su zona de residencia. La adolescente pudo retomar sus actividades habituales, reincorporándose a la escuela secundaria y espacios barriales.

CASO 3: EN LA QUINTA...

Infección de transmisión sexual

Una lluviosa mañana de octubre se presenta la señora Martiniana junto a su hija Irupé de tres años en la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil solicitando una evaluación ginecológica por SASIJ. Ingresan al consultorio y luego de tomar asiento junto a la niña, que se muestra atenta y colaborativa, la madre refiere que días atrás por la tarde, luego de bañarla y cambiarle la ropa, observó en la “bombachita” una mancha verdosa. Le preguntó si le había sucedido algo, a lo que la niña respondió naturalmente que “Joel me tocó el sapito con su mano, mami y me sacó la bombacha y me tocó con el ‘pilín’”. La señora Martiniana nos aclarará que Joel es un adolescente que vive cerca de su casa.

Después de haber escuchado el relato de su hija, la madre, oriunda de una zona de quintas en la periferia de la ciudad de La Plata, consultó en primera instancia al centro de atención primaria próximo a su domicilio. Allí, la asesoraron para que realice la denuncia correspondiente en la comisaría local y luego concurra al Hospital de Niños para el abordaje y seguimiento del caso.

La niña, por su parte, se presta a colaborar y nos cuenta que vive con su mamá y su hermano Ismael, de ocho años. Mientras nombra

a su maestra de Sala Roja del jardín de infantes, se sube solita a la camilla. Se realiza, entonces, la evaluación ginecológica y se observa la presencia de secreción genital verdosa sin otros hallazgos físicos. Se toma una muestra para cultivo de flujo vaginal y se indica tratamiento con fomentos antiinflamatorios con hoja de malva a la espera del resultado que tardará unos días.

Asimismo, Servicio Social realiza la entrevista a la Sra. Martiniana, junto con la psicóloga del GIASI, el mismo día de la evaluación física. La madre deposita sobre el escritorio un sobre que contiene varios documentos, entre ellos una denuncia policial, varios turnos para distintos servicios del hospital, certificados escolares y la libreta sanitaria de Irupé. La niña tiene todos sus controles pediátricos completos y la vacunación adecuada para su edad.

Oriundos de Santiago del Estero, en 2008 el grupo familiar se asentó en Abasto, cerca de La Plata, cuando Martiniana estaba a punto de tener a su segundo hijo, que sería Irupé. Allí coincidieron con otras familias con las que crearon lazos de amistad y convivencia.

Tiempo después, el marido de Martiniana los abandonó, coincidiendo con el ingreso de la niña al jardín de infantes. A partir de ese momento, la madre se transformó en el sostén del hogar y en contadas ocasiones dejaba a sus hijos al cuidado de sus vecinos. Joel, de 18 años, vivía cerca de su hogar junto con su familia y era conocido en el barrio. Era frecuente que los chicos se reunieran y jugaran en el campo, cuando volvían de la escuela y los fines de semana.

En el transcurso de la entrevista, la madre se muestra sorprendida por lo sucedido y, a la vez, angustiada. Ella relata que no ha notado ningún cambio de conducta en Irupé, es una niña alegre y colaborativa en su casa, juega con su hermano y crece bien.

En los encuentros que siguieron a esa consulta en octubre, Irupé relata lo sucedido en forma espontánea y gestualiza con movimientos cómo la tocaba Joel. Cuenta que esto le había sucedido unas veces, pero no recordaba exactamente cuándo había sido la última vez.

Luego de diez días, el sector de Bacteriología del Laboratorio Central informa que el cultivo vaginal dio positivo para *Neisseria Gonorrhoeae*, bacteria asociada a contacto sexual, y que se enviaba parte de la muestra para reconfirmar el resultado a otro centro especializado. Acto seguido, se cita a la madre y la niña para hacer una devolución en forma conjunta con la asistente social sobre el significado de la infección y algunos estudios infectológicos que deberá realizar, así como el tratamiento que requerirá la niña.

Irupé evolucionó bien con el tratamiento antibacteriano indicado y el resto de los estudios para investigación de otras infecciones de transmisión sexual solicitados fueron negativos. La niña no volvió a estar en contacto con Joel y la causa penal siguió su curso en el ámbito judicial. En todo momento se acompañó y orientó a la familia. Se realizó una evaluación de la niña por Salud Mental, arribando a la conclusión que la paciente no presentaba síntomas reactivos que ameriten un abordaje psicológico en ese momento. También se le explicó a la madre que tal vez en un futuro podía ocurrir que la misma, a medida que va creciendo, pueda avocar o surgirle preguntas en torno a lo sucedido, requiriendo en ese caso abordaje psicológico.

Cabe aclarar que todo ASIJ o sospecha de este, requiere una evaluación psicopatológica y no necesariamente un abordaje psicoterapéutico contemporáneo al suceso. Específicamente, esto quiere decir que todo niño que haya sufrido abuso no necesitará tratamiento psicológico al momento del hecho, aunque todos deben ser evaluados para realizar el despistaje de quien sí lo necesite.

Este primer período de la evaluación y/o inicio de un tratamiento del NNyA víctima de ASIJ probablemente cuente con intervenciones relevantes que tenderán a marcar el encuentro con un otro. Aquella primera escena cargada de violencia y malestar podrá ser resignificada a la luz de las intervenciones de salud mental llevadas a cabo en esa primera etapa.

Por último, resulta imprescindible ser conscientes de la gran responsabilidad inherente a la intervención sobre el ASIJ en este primer

momento. Tanto una pregunta, un gesto, un silencio, como una valoración puede cobrar en este contexto el peso de lo que aloja, dando sentido y favoreciendo la comprensión. También puede suceder todo lo contrario, por ejemplo, permanecer en un lugar de víctima que lo condene a la repetición instalándolo en el sufrimiento, o bien la inhibición, entre otras salidas posibles.

¿Por qué en algunos de los casos el episodio de ASIJ resulta traumático, requiriendo abordaje psicoterapéutico en agudo, y en el caso Irupé no fue así?

El ASIJ siempre es un hecho que deja consecuencias en el NNoA y su familia. La diferencia es que estas pueden manifestarse en el momento del suceso, o en un tiempo posterior. Por ese motivo, en algunos casos, no consideramos necesario abrir en forma inmediata un espacio psicoterapéutico. Una vez concluida la evaluación inicial del caso, damos pautas al grupo familiar para que estén atentos y dispuestos a realizar la consulta en caso de notar cambios en el humor o en las conductas cotidianas del NNoA; puesto que estos comportamientos pueden dar cuenta de un segundo tiempo del hecho traumático que derive en el desarrollo de un síntoma psi.

Aunque el niño sea muy pequeño al momento de padecer el maltrato, es importante tener presente que su entorno se verá impactado y conmovido por la gravedad y complejidad de los hechos. Las marcas de esa experiencia quedan en el niño y en la familia, que a partir de ese momento pasa a tener “un integrante víctima de abuso”.

En este sentido, el espacio psicoterapéutico tendrá como objetivo abordar los efectos del trauma y trabajar con los recursos del niño a fin de poder elaborar lo vivenciado, propiciando que el mismo no quede fijado en el lugar de víctima; el niño no es “el abuso” es un niño que fue abusado. Esto dependerá de cómo se actúe en el momento del develamiento, el formato en que ese hecho disruptivo ingresará a

su psiquismo: el relato, las respuestas y las acciones desde el ámbito familiar, la justicia y el sistema de salud. Cuando se trata de niños muy pequeños que no comprenden la gravedad de los hechos, será el entorno el que otorgue significación a ese evento de su vida. La diferencia con el caso de Irupé está dada por el modo en que este fue vivenciado por la niña, previo a la intervención de la ley y a la sanción por parte de los adultos. Para Irupé, de tres años, la sexualidad genital era desconocida y, de acuerdo con su modo de interpretar al mundo, “Joel jugaba con ella”, “no la lastimó ni le hizo doler”, según le expresó a su madre. La niña, por su grado de madurez, podía relatar los episodios como “juegos” sin poder verlos como abusivos y así significar lo prohibido. Será en un segundo tiempo, que el suceso tomará, o no, la dimensión de lo traumático, cuando ella comprenda la reacción de su entorno y la significación otorgada por este a lo vivenciado. Este es uno de los motivos por el cual, como equipo, insistimos tanto en la importancia de respetar los tiempos del niño sin repreguntar, ni acosar con intervenciones destinadas a “saber”, “comprobar” o “entender” lo que pasó, cuando el mismo no lo relata espontáneamente. En caso contrario, el adulto suele sumar contenido y significación a los hechos casi sin darse cuenta.

A modo de ejemplo, si a un niño de aproximadamente tres años se le realizan preguntas dirigidas como “¿te dolió?, ¿no te dolió?, ¿te lo metió, te sacó la ropa, no te la sacó?”, es posible que el niño se calle, sintiéndose abrumado, o simplemente responda a todo que sí o no, en definitiva, sin poder diferenciar la calidad de las preguntas.

Para finalizar, desde la perspectiva psi, Irupé no evidenció síntomas psíquicos al momento del develamiento que ameriten la apertura de un abordaje psicoterapéutico, pero sí se realizaron entrevistas de orientación con los adultos. Los síntomas manifestados por la niña respondían a la esfera orgánico clínica.

¿Qué significado tiene la presencia de una infección por *Neisseria Gonorrhoeae* en un paciente pediátrico?

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Neisseria gonorrhoeae (NG) es una bacteria huésped exclusivo del ser humano y se adquiere casi invariablemente por contacto sexual. Su detección supone una ITS y, por lo tanto, en la infancia presenta implicancias médico-legales importantes en relación con la problemática de ASIJ. De acuerdo con la clasificación descrita por Adams y colaboradores (1992 y 2018), el cultivo positivo para NG constituye un hallazgo asociado a trauma y/o contacto sexual. La forma de presentación habitual suele ser la vulvovaginitis aguda. En nuestro trabajo publicado en 2014 (Rahman et al.), sobre niñas víctimas de abuso sexual, señalábamos que el signo constante en todos los casos con cultivos positivos era el flujo genital verdoso, asociado a congestión inespecífica sin otros signos genitales específicos de ASIJ. Esto es difícil de imaginar, pero se explica por el hecho de que, a menudo, existe un contacto vulvar sin penetración vaginal, por lo cual la evaluación física en las niñas víctimas de abuso sexual pueden presentar un himen de morfología normal sin otros hallazgos físicos.

En este sentido, cuando estemos frente a la presencia de una infección genital por NG, debido a su especificidad, será recomendable estudiarlo por más de una técnica microbiológica para su reconfirmación. La presencia de una ITS en la niña obliga a investigar la posibilidad de otras infecciones por la misma vía de transmisión. En el caso de Irupé, los estudios serológicos fueron negativos.

CASO 4: EL SILENCIO QUE ENOJA

Incesto

El consultorio de Salud Mental recibe un llamado desde Servicio Social, avisando que concurrirá una madre con su hija de 13 años para que se evalúe SASIJ. Aclaran que es un presunto caso de abuso paterno y se están ultimando los detalles para el pedido de restricción perimetral, pues, aunque el padre desde hace un tiempo no convive con el grupo familiar, ronda la casa.

La derivación se debe a que la jovencita se encuentra angustiada y su madre, muy conmovida. Nos comunican también que Claribel padece abuso sexual crónico por parte de su padre biológico, por lo tanto, estamos además ante un caso de incesto.

En esta ocasión, la pertinencia de la entrevista en Salud Mental responde a la urgencia subjetiva, motivada por la angustia de la joven junto con la incertidumbre materna. La inquietud sobre la potencial presencia paterna en las cercanías del hogar enoja y preocupa tanto a la madre como a la hija.

Si bien hacía semanas que el padre había sido desalojado de la vivienda familiar por la madre, igualmente solía rondar la casilla por las noches en estado de ebriedad, arrojando piedras al techo y pidiendo a gritos que su mujer salga a verlo porque la extrañaba.

Se trataba de un matrimonio que lleva más de una década juntos, ambos de mediana edad, provenientes de un país limítrofe, con tres hijos en común: una niña de 6 años, un niño de 3 y Claribel, la mayor, de 13.

“Yo tengo una casillita de chapa y el sábado él se entró por encima cuando los chicos dormían, vino borracho, por suerte ella ni escuchó” dijo Raquel, la madre de la joven, mientras Claribel permanecía a su lado mirando el piso. En la primera entrevista casi no pudimos ver el rostro de la paciente, quien tampoco emitió palabra. La madre tenía en sus manos la derivación de Servicio Social y la fotocopia de la denuncia, documento que se apresuró a entregar y se le pidió permiso para leerlo antes de continuar con la entrevista.

En este caso en particular, la madre impresionaba enojada, aguerrida, mientras la joven en un estado de indefensión, acurrucada en la silla con su pelo desordenado y sus brazos hacia delante agarrándose ambas manos, como si estuviera rezando.

Mientras se leía la denuncia, pudimos observar que la madre se mostraba inquieta, como si quisiera salir de cierta incertidumbre. Se le solicitó esperar, intentando transmitirle que podía estar tranquila, dado que íbamos a atenderla a ella y a su hija. Se le informó que nos estábamos ocupando junto con trabajo social, quienes ya nos habían comentado el caso antes de que ellas llegaran, y ante esta explicación la madre suspiró fuerte y se acomodó en la silla, más tranquila y dispuesta a esperar.

La idea de leer la denuncia antes de escucharla tenía la intención de no intimidar a la joven preguntando detalles, puesto que en un contexto de primera entrevista resultaba innecesario reiterarlos.

Tanto la madre como la hija parecían venir de un largo peregrinaje por diferentes espacios donde habrían repetido una y otra vez lo que esa denuncia decía.

Raquel, la madre, relató que había pedido ayuda a los vecinos para vigilar la casa y evitar así que José, el padre de la joven, se acercara.

Todo el barrio estaba atento; y llamarían a la policía cuando lo vieran por la zona.

Mientras tanto, la restricción perimetral ya estaba en curso en un juzgado, tramitándose en forma urgente.

“Él vino a hablarme y a aclararme a mí, no lo recibí borracho y vino a la otra mañana sanito, me dijo que no le importan mis hijos que le importo yo”. Al relatar esto, Raquel dejó entrever su desconcierto; y su desolación ante la difícil tarea de decirle que no al hombre a quien ella había elegido a temprana edad para formar una familia y trasladarse a nuestro país. Se la podía observar ambivalente al referirse a él y, de alguna manera, también hacia su hija, cuyo cuerpo parecía mantener a distancia del suyo en el consultorio. Claribel, por su parte, impresionaba aislada del mundo, como quien no quiere escuchar nada, y quizá prefiere no estar allí. Raquel relató que unas semanas atrás le había pedido al padre de sus hijos que se vaya de la casa, argumentando sus estados de ebriedad y falta de aporte económico al hogar, aún sin saber nada sobre el abuso, del que se enteraría en su ausencia.

“Le dije que se vaya hace tres semanas, porque no trabajaba, y hace una semana los hermanitos más chicos empezaron a extrañarlo y a pedir que él vuelva, pero Claribel no quería y entonces le pregunté por qué y ahí me dijo, que porque la manoseó. Él no sabe que yo sé lo que le hizo a ella (señalando casi despectivamente a su hija). Ella me decía que era un sueño, sólo un sueño, y ahí discutí con él, ya no veníamos bien” “él me dijo que no le hizo nada a su hija”, pronunció mirándome a los ojos como quien quisiera que un profesional le dijera que en verdad no le había hecho nada.

Lo confuso de su relato, el vaivén entre saber y no saber, evidenciaba el modo en que estaba operando en esta madre el proceso psíquico de la confrontación con lo real del incesto.

La madre recordó, entonces, que en el último tiempo, mientras el padre estaba en la casa, la joven dormía todo el día, permanecía acostada, desgana y apenas se ocupaba de ayudarla con sus herma-

nos más chicos, tarea que formaba parte de su cotidianeidad. Últimamente la joven no hablaba, ni se quejaba de nada, era como si Claribel sólo sobreviviera.

Al contarnos, “ella me dijo que la manoseó, pero cuando le preguntaron en la denuncia dijo otra cosa”, los ojos de Raquel se sobresaltaron al decir esto, con una mezcla de ira y asombro, “ahí dijo que sí, que sí pasó, lo que venía pasando”. Así se refirió al hecho, ya confirmado por el cuerpo médico pericial de la concreción de las violaciones reiteradas por parte del padre.

En ese momento, se consideró prudente no hacerle más preguntas a la madre delante de su hija. Raquel prosiguió contando que su esposo y ella vinieron solos a la Argentina hacía unos años, dejando a la hija mayor (Claribel) con los abuelos. La idea era reencontrarse con su hija mayor cuando estuvieran instalados. La niña permaneció lejos de sus padres durante aproximadamente un año, y cuando lograron traerla al país, tenía 8 años. Nos contó también que, al tiempo de estar en Argentina, la niña tuvo una infección genital, por la que su madre la llevó a una salita y allí le diagnosticaron una enfermedad de transmisión sexual. Raquel relata que ya en aquel momento José, padre de Claribel, le pidió no hacer la denuncia, argumentando que si la hacía corría el riesgo de “que me sacaran a mis hijos, y ahora me dice lo mismo, pero yo la hice igual, le dije que me los iban a sacar si yo era cómplice, sino no. Entonces la hice”.

Raquel, desafiante, se imponía en la entrevista: “Esa enfermedad que tuvo mi hija a los 8 años dicen que le hizo perder la telita, dice su papá. Él dice que él no fue, que él no le hizo eso. Pero ella ya no es virgen, y yo la traigo para que me digan, quiero saber que pasó”.

Cuando le preguntamos qué piensa que pasó, nos responde: “yo le creo a mi hija”. Al decir esto, Raquel baja la mirada al igual que la joven, y en ese momento la madre se angustia y bajando la guardia se acercó a Claribel para abrazarla. Luego, agregó: “Tenga o no tenga eso (refiriéndose al himen, o telita como ella le llama), él la abusó, y si ella no gritó ni dijo nada a lo mejor fue que no le dolió porque ya

no tenía la telita. La nena estuvo un año viviendo con sus abuelos en otro país, pero se enfermó cuando llegó acá, al tiempo de estar acá, ahora lo pienso”.

Además Raquel se preguntaba, acongojada, en dónde estaba ella cuando pasó, si dormían todos en la única habitación de la casilla. Sin embargo, la mujer salió rápidamente del estado de aparente debilidad para decir: “Yo a él le cierro la boca, no lo escucho, lo quiero averiguar con los médicos, tengo que saber ante la ley, y creerle a mi hija porque el mentiroso es él”.

Raquel dice sentirse culpable por no haberse dado cuenta de los cambios que presentaba la jovencita, “cuando estaba el padre dormía todo el día, y todavía se hacía pis a la noche de vez en cuando”. Pide que atendamos a su hija y se le responde que Claribel ya tiene un espacio. La psicóloga se dirige a la adolescente diciéndole que tendrán una entrevista a solas y que van a tener tiempo para hablar. Se le preguntó si ella quería decir algo en ese momento y se negó, sin levantar la mirada.

Se les da un turno, aclarando que la próxima entrevista será con Claribel, a solas. Ambas se incorporan para retirarse con gesto de agradecimiento. Dejamos en claro que la restricción perimetral ya está en curso y que todo lo que hicieron hasta el momento es lo correcto, que vamos a ayudarlas.

Raquel sonríe y vuelve a agradecer, mientras Claribel levanta la mirada para dirigirla por primera vez hacia quien será su analista, tal como si en ese acto se permitiera ser vista, aceptando el lugar que se le ofrece. De este modo, el ida y vuelta de miradas se establece el comienzo de un espacio de trabajo conjunto, único e intransferible, donde desde el comienzo se le da estatuto de verdad a su palabra.

Se intentará alojar para desandar algo de lo traumático que, en esta joven, parece manifestarse al modo de la inhibición. Esto es propio de un estado posiblemente melancolizado que es entendido, en este caso, como un aspecto fenomenológico de la misma. Esta tristeza vaga y per-

sistente despliega una serie de manifestaciones que se evidencian en el desgano, desánimo y aislamiento que se encuentra atravesando.

En esta instancia, la madre se compromete con lo sucedido a su hija. Sin embargo, suponíamos cierta dificultad preexistente con Raquel, pues, según nos refirió, a los 8 años su hija ya habría presentado una infección de transmisión sexual sin haberse aclarado el origen, ni haber podido la misma preguntarse sobre el suceso.

En el transcurrir de las sesiones...

A diferencia de su actuar en el pasado, esta vez la madre tomó una posición activa de protección hacia su hija, al priorizarla, cuando aparecieron conductas disruptivas en su pareja. Raquel se quiebra, enojándose y angustiándose, echando a su marido de la casa.

Por su parte, Claribel evolucionó favorablemente durante el proceso psicoterapéutico con una fuerte presencia de inhibición y angustia, pues sus hermanos menores la acusaban de ser “la causa” de que el padre no estuviese más en la casa, hecho que aumentaba su sentimiento de culpabilidad.

Con el correr de las sesiones, fue alcanzando paulatinamente un mayor grado de autonomía y bienestar que le permitió hacer amigos, reconocer sus propios logros y tener proyectos.

La joven concurría a las entrevistas en el hospital sola y motivada. Además, manifestaba preocupación por sus hermanos y el vínculo de ellos con este padre. El alejamiento del abusador tranquilizaba a Claribel y su madre, mejorando el vínculo madre-hija.

Comenzó a tener lugar entre ellas el diálogo fluido, pudiendo disfrutar juntas de la cotidianidad. Aun así, la joven se preocupaba por sus hermanitos de 6 y 2 años, quienes extrañaban a su padre y sabían que la hermana mayor algo tenía que ver en ese alejamiento; en realidad, Claribel temía por la posible vinculación futura de sus hermanitos con él.

Desde la mirada psi podíamos observar cómo la joven se apropió del espacio psicoterapéutico, desplegando recursos que sorprendían al grupo familiar. La misma joven que antes no había salido nunca sola de su casa, se ocupaba ahora de cargar la SUBE para venir a sus sesiones en colectivo, al salir de la escuela.

La paciente al principio se mostraba desanimada, desalineada y reticente al diálogo. Con su lenguaje corporal, parecía decirnos que se negaba a recordar. Quizá hablar implicaba traer al presente imágenes de sucesos que posiblemente estuviera evitando que volvieran a su mente.

El aislamiento, ensimismamiento y letargo cotidiano que refería la madre en el inicio del trabajo conjunto, disparó la hipótesis de una presentación cuasi melancólica, que prontamente fue cediendo a la palabra. Al mismo tiempo que progresaba la paciente, fueron despejándose fantasías de culpabilidad por haber roto el silencio del incesto. El reconocimiento de esta situación colocó al padre biológico en el lugar de protagonista responsable de la disolución de la familia.

Desde la práctica Psi, se tratará que “la práctica cotidiana sea una clínica con el sujeto y no del caso, para con ello proteger el derecho de cada niño a su identidad. Privilegio de la dignidad. Crear las condiciones de posibilidad para que lo horrorosamente acontecido tenga un lugar desde la palabra y no del acto” (Cao Gene en Clarín, 2007)

En el transcurso del análisis, el trabajo en sesión de las escenas abusivas fue dejando disponible la energía libidinal, para que la joven recuperara sus espacios de disfrute y su conexión con la vida.

Como primera estrategia, se abrió un diálogo en el cual se la invitaba a hablar de lo que quisiera, de otras cosas, de esas cosas que les gusta a las chicas de su edad. Pudo quejarse sobre el hecho que su madre no la dejaba acostarse a escuchar música, a solas, como a ella le gustaba. En este punto, pudo empezar a diferenciar que, si bien antes se acostaba y dormía para no pensar, ahora lo hacía escuchando música y soñando con el chico que le gustaba de la tele.

La tarea en este primer tiempo fue acompañar a Claribel en el despliegue de su fantasía, respetando el no querer recordar sobre lo traumático, con el objetivo de empezar a acomodarse a esta nueva etapa de su vida.

En este proceso inicial la consigna era algo así como “hablemos de lo que quieras”, estrategia que perseguía como objetivo que Claribel pudiera apropiarse de su espacio. Por esto, fue significativo cuando una mañana en medio de relatos cotidianos decidió referirse a la pre-ocupación por sus hermanos.

“Estoy bien, pero tengo miedo. Porque mi hermanita quiere ver a mi papá, insiste con eso y me echa la culpa de que él no viene a casa. No sé cómo explicarle lo que me hizo...” Claribel se angustió. Parecía comenzar a pedir ayuda para poner en palabras lo indecible del acto incestuoso. Nos refirió que, “él me llamaba, yo no quería. Mi mamá dormía. —entre llanto, pero sin parar de relatar— yo también me hacía la dormida, pero me lo hacía igual. Ahora tengo miedo por la chiquita, ella lo quiere y quiere irse con él. No sé qué hacer, quiero hacer algo”.

Se trabajó lo valioso de poder poner en palabras aquello que duele, alojando atentamente su angustia, y aclarando que en nuestro rol de psi nos íbamos a ocupar de que sea su madre la que se haga cargo de la información que su hermanita debía recibir sobre el motivo del alejamiento paterno.

Esto tuvo un efecto apaciguador en Claribel, deslindando en los adultos la implementación de la ley que había sido transgredida por su padre al hacerle cosas que la habían lastimado y que no correspondían.

Circunscribir los hechos del maltrato a la responsabilidad de los adultos y de la justicia parecía dejar libre a Claribel para seguir su camino. La joven lo tomó prontamente, pudiendo retomar el decir de sus deseos, comenzando a proyectarse a futuro, mediante una especie de identificación imaginaria con el analista, que la sostenía en una imagen reparatoria donde ella podría ser quien cuidara.

“Quiero ser doctora o abogada para ayudar a los chicos que le pasan cosas feas.” Claribel

A modo de reflexión final, creemos que lo característico en este caso comienza cuando la adulta responsable, madre de la niña, puede dar valor a la palabra de ésta y resguardar el medio familiar interrumpiendo un ASIJ crónico. Tarea que no fue sencilla, dado que Raquel amaba a ese hombre, y significar el incesto como un delito coartaba toda posibilidad de seguir viviendo con él, fortaleciendo así el deseo de proteger a sus hijos de la violencia.

En cuanto a la joven, la posibilidad de acceder a un espacio psicoterapéutico permitió la elaboración de lo incestuoso y la salida del aislamiento hacia la exogamia propia de la adolescencia.

El incesto como forma de abuso sexual

Eva Giberti (2014) plantea que “Ni la jurisprudencia del Derecho, ni las reacciones de la comunidad, ni la producción psicológica se han ocupado sistemáticamente del delito, ni de la atención generalizada para sus víctimas que, además, son malditas por tener que denunciar al padre. O deben continuar soportándolo, fundidas en la desdicha de sus silencios”.

Diferentes autores coinciden en plantear que en el incesto falla la función del padre, al dejar de garantizarle al hijo la protección que brinda la ley. Así, obtura su transmisión y da lugar a la concreción de sus deseos edípicos, una situación de por sí perturbadora para los hijos.

Es habitual que los niños y adolescentes decidan conscientemente dejar de llamar al abusador por su rol familiar, con palabras tales como “ese hombre no es mi papá, ya no es nada mío”, como consecuencia lógica de la ruptura de la red simbólica familiar.

Históricamente, la violencia sexual incestuosa ha estado presente en nuestra cultura occidental, producto tanto del mandato patriarcal como del abuso de poder y autoridad que ese mismo orden patriarcal le habría asignado al padre en la familia. Recorriendo el concepto de niñez en la historia de la humanidad, se puede observar como los

hijos eran tratados como propiedades, considerados objetos de lucro y de cambio, a los que se les podía “hacer casi cualquier cosa”. En este caso, el hacer sobre el cuerpo de la hija cobró el estatuto de incesto, haciéndolo caer de su rol paterno. Y propulsando así en ambas mujeres, tanto madre como hija, la posibilidad de decir basta a la violencia y comenzar una nueva vida.

La relación de parentesco, que debería haber oficiado como prohibición, queda borrada por el acto violento y sexual, dejando en su lugar, la marca de lo traumático.

CASO 5: EL ESCAPE

Internación en el ASIJ

Una mañana de febrero concurre Victoria a la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil acompañada por Claudia, su mamá. Por presentar menstruaciones irregulares, el pediatra la había derivado para un primer control con una ginecóloga.

Al ingresar al consultorio, la paciente se muestra introvertida, pero con buena disposición a colaborar con la entrevista. Su madre cuenta que Victoria es una niña sana, menstrúa desde los 11 años con ciclos regulares que comenzaron a espaciarse desde unos meses atrás.

Claudia, de 45 años, es ama de casa y se dedica al cuidado de sus hijos en una zona rural en las afueras de la ciudad. Vive junto con su esposo y sus tres hijos. Juan, de 15 años, hijo de una pareja anterior de ella, con el cual siempre convivió; Victoria, de 13 años; y el hermano menor, Lucas, de 10. Los dos más chicos van a la escuela del barrio, mientras que Juan dejó de concurrir a clases. El padre, de 49 años, es electricista y trabaja muchas horas fuera del hogar.

Antes de la evaluación física, se le preguntó a Victoria si prefería que su mamá esperara fuera del consultorio. Resultó ser una buena idea, pues le daba vergüenza. En las consultas con adolescentes es fundamental propiciar algún espacio que permita hablar a solas con

ellas. En ese contexto, se le preguntó si tenía pareja y respondió que no con seguridad. Al hacer referencia a la posibilidad de haber tenido relaciones sexuales, se quedó en silencio y bajó la cabeza. Luego de unos segundos mediando una mayor cercanía física con la profesional, se le preguntó si alguna vez le había pasado algo que no hubiera querido. Ante esto, vuelve a bajar la cabeza y comienza a relatar que su hermano Juan desde hacía un tiempo le sacaba la ropa y la abusaba. Pudo contar que sus padres, en una oportunidad, lo habían descubierto a Juan sobre ella en la cama y que lo reprendieron inmediatamente. Sin embargo, hasta ese momento seguían compartiendo la misma habitación. El último episodio había ocurrido 15 días atrás.

Durante el examen físico, Victoria se mostró reticente al comienzo, pero luego colaboró. Se evidenció el orificio vaginal amplio con una escotadura completa en el himen. Estos hallazgos, no habituales en niñas sin inicio de relaciones sexuales, eran compatibles con su relato de penetración vaginal.

Desde el GIASI cada situación grave, como en este caso, nos enfrenta a distintos desafíos y estrategias de intervención. Si bien desde ginecología se pensaba la posibilidad de internar a Victoria, se decidió compartir el caso con Trabajo Social y Salud Mental para mantener una entrevista con la madre y la hija, a fin de evaluar otras posibilidades de intervención para resguardar a la adolescente.

En la entrevista conjunta con la trabajadora social y la psicóloga, se dio lugar a que pudieran desplegar algo de lo acontecido con la ginecóloga. Al preguntar a Claudia si sabía por qué estábamos reunidas en ese momento, manifestó: “Por lo que pasó con el hermano”. En ese momento relató que cuando Victoria tenía 12 años y Juan 14, los chicos se iban a dormir temprano, en una oportunidad el padre de Victoria ingresó a la habitación y “lo encontró al hermano encima de ella, se enojó mucho y lo retó”, sin tomar otras medidas.

Claudia hizo una lectura en relación con el suceso, vinculándolo con la mala relación que existía entre su hijo y su padrastro, padre de Victoria. Añadió una interpretación del tipo, “él se desquitaba con la

hermana los enojos que se agarraba con mi marido”. En este punto, se hizo hincapié en que lo sucedido era un abuso, preguntándole si ella comprendía lo que esto significaba.

—Que está mal, que no tiene que pasar.

Mientras tanto, Victoria mantenía su vista en torno al piso y no emitía comentarios. Se insistió con ambas presentes en que lo sucedido era grave. Por su parte, la madre relató que, mientras esperaban para ser atendidas, Victoria le contó que su hermano le venía haciendo “eso” hace años.

—¿Eso qué? —intentando que se le ponga nombre a lo sucedido, ya que por el examen físico y el relato de Victoria evidenciaban que fue obligada a tener relaciones sexuales.

—Eso que él le hacía —insistía Claudia, al mismo tiempo que a ambas se les llenaban los ojos de lágrimas. —Yo sé que no estaba bien, le dijimos con el padre que eso no se le hace a una hermana. Y pensamos separarlos de habitación. Pero lo raro es que ellos se llevan bien en el día.

A esta altura y ante la dificultad de la adulta para significar el riesgo al que se estaba exponiendo a la joven, dado que nos estaban relatando una situación de abuso intrafamiliar crónica; se intenta ser un poco más clara e insistir con la pregunta, con la intención de dar lugar a la sanción. Se señala a la madre que será necesario tomar medidas de protección, dado que lo sucedido es grave y pareciera no ser considerado un delito por la familia.

Claudia asintió con la cabeza, mientras Victoria parecía hacerse cada vez más pequeña junto al cuerpo de su madre. A continuación, se procede a explicarle las medidas que se tomarán.

—¿Ud. entiende que tendríamos que recurrir a la internación como medida para protegerla?

— Sí, entiendo, pero tenemos un casamiento familiar el fin de semana. Tenemos que ir a probar el vestido. No se puede quedar—. En ese momento se insiste que la prioridad es resguardar a Victoria de la

situación, ya que convive con el abusador, aunque este sea su hermano. En ese mismo instante y al grito materno de:

— Noooooo... —ambas se levantan de la silla frente a la trabajadora social y la psicóloga, y, tomadas del brazo, salen corriendo en dirección a la puerta, para irse del consultorio antes de que las profesionales pudieran reaccionar.

Ante esta situación inesperada, no hubo posibilidad de acordar medidas de protección para la adolescente. Ese mismo día se envió un informe a la Delegación Departamental de Investigaciones, Gabinete de Delitos contra la Integridad Sexual, a fin de poner en conocimiento de las autoridades la situación de Victoria y lo acontecido en el hospital. Ese informe daba cuenta del relato de la adolescente, los signos físicos, la entrevista mantenida con madre e hija, la indicación de internación, así como de la huida.

La internación como estrategia de abordaje

La internación de un NNoA es una de las estrategias para abordar las situaciones de violencia y se utiliza en casos puntuales, cuando se busca un ámbito seguro para la protección de la víctima. La decisión de internar es muy compleja, no debería ser la primera opción ante situaciones de un supuesto ASIJ, pues debe fundarse en una evaluación pertinente y con una mirada interdisciplinaria.

Hay situaciones que claramente definen la decisión de la internación, por ejemplo, la presencia de lesiones que requieran urgente asistencia médica y la convivencia de la víctima con el agresor. No suelen presentarse demasiados inconvenientes, cuando el profesional detecta lesiones que requieren urgente intervención médica y explica los hallazgos a una familia que acepta y acompaña tal indicación. Sin embargo, cuando el abusador es conviviente median diferentes factores y condicionantes que hacen de la decisión de internar un complejo proceso que requiere tiempos acotados e intervenciones precisas.

La convivencia con el abusador por sí sola no define automáticamente la internación, justamente por los matices que supone esta realidad. En algunas ocasiones, quién ejerce violencia sexual contra un NNoA es alguien perteneciente al grupo familiar (a veces de corta edad), de modo que pueden elaborarse en estos casos algunas estrategias intersectoriales. En ciertas circunstancias se sugiere que el paciente se aloje en casa de familia ampliada transitoriamente, para luego elaborar estrategias conjuntas con redes institucionales y un seguimiento social cercano, que inclinen la balanza hacia estas opciones frente a la posibilidad de internarse. En este punto, resulta importante dejar en claro que todo agente de salud puede gestionar la internación, respetando las Leyes Nacionales vigentes y siguiendo las indicaciones del Protocolo de Atención al Maltrato Infantil de la Nación, así como las reglas de la institución correspondiente. Tanto en el caso de Victoria como en otros, enfatizamos la necesidad de evaluar cada situación en su especificidad.

¿Qué le podía ofrecer la familia a Victoria como lugar seguro? ¿Se encontraban en posición de sancionar y poner a resguardo a la joven? En todas las situaciones priorizamos preservar los derechos de los NNyA, principalmente el derecho a la salud y el cuidado de la integridad física y psíquica. Podíamos inferir que estos padres sabían lo que estaba pasando y no habían podido hacer demasiado con ello. La alteración del ciclo menstrual de la joven fue la eventualidad que la puso ante nosotras, de este modo se dio la oportunidad de interrumpir el ciclo de ASIJ crónico naturalizado por la familia.

Dado que este tipo de intervenciones son de carácter urgente, podría considerarse conveniente que el ámbito judicial u organismos de infancia den respuesta a estos interrogantes. No obstante, el acompañamiento interdisciplinario al grupo familiar ofrece un espacio propicio para aclarar dudas y miedos que pueden aparecer en esta instancia.

La internación, entonces, resulta una medida abrupta y, a veces, inesperada para los NNoA y el adulto acompañante, por esto será

necesario brindar opciones para la (re)organización familiar frente a esta situación que sin dudas altera su vida cotidiana.

Si el profesional avizora la posibilidad de que la internación desencadene otros hechos de violencia, se deberá evaluar la necesidad de articular medidas de protección hacia los miembros de la familia. Las respuestas y los comportamientos iniciales, tanto de la NNyA como del adulto acompañante, nos irán dando elementos relevantes en este proceso de intervención.

En los casos que requieren la internación para amparar al paciente vulnerable, las entrevistas suelen dividirse en dos tiempos:

Primero, cuando se evalúan las características de la situación y el riesgo que implica.

Segundo, cuando se comunica la decisión de la internación.

Volviendo al caso de Victoria, en el segundo tiempo es el momento en que ambas, madre e hija, se van intempestivamente sin darnos tiempo a intervenir.

En cuanto a nuestras intervenciones, resulta fundamental que estén enmarcadas por el respeto y la calidez, sin emitir juicios de valor, sólo explicando cuáles son los motivos para la internación y justificándola a partir de la protección del NNyA para finalizar con la violencia. En este caso, frente a la dificultad con la madre de Victoria para comprender la necesidad de internación, caímos en afirmaciones que podrían haberse evitado, por ejemplo, mencionar la palabra “delito”. Reflexionando sobre esa situación, pensamos que tal vez esta intervención precipitó la reacción de huida. La autorreflexión sobre nuestra práctica resulta imprescindible, pues da cuenta de un hacer interdisciplinario dinámico, que vamos construyendo y enriqueciendo, aún en situaciones cuyos resultados contradicen nuestras expectativas.

Tras producirse la huida intempestiva de madre e hija, decidimos reunirnos para producir el informe esa misma mañana y enviarlo en forma urgente para iniciar las medidas de protección, lo que comúnmente se conoce como “hacer la denuncia”.

El equipo que decide la internación es responsable por completo de asumir el compromiso ante esa situación y darle continuidad al proceso de trabajo para lograr los mejores resultados en pos de una externación óptima y beneficiosa para la víctima.

El regreso, una semana después

Al cabo de una semana, madre e hija volvieron espontáneamente al hospital, solicitando ser atendidas. De esta forma, se pudo proceder a la evaluación y se estableció el espacio psicoterapéutico para la joven y la orientación a un espacio personal para la madre, quien ya en su primera entrevista con el equipo de Salud Mental relató que sufrió ASIJ intrafamiliar, violencia causada por un padrastro. Asimismo, señaló que en sus 45 años era la primera vez que podía expresar esa situación en palabras.

En la siguiente entrevista en Salud Mental, Claudia se presentó sonriendo y un poco avergonzada:

—Nosotros ya nos conocemos, nos conocimos el día que nos fuimos corriendo —dijo sonriendo—. Y nos fuimos corriendo ese día, porque nos dio miedo.

Claudia se disculpó por la actitud que había tenido. En ese momento nos contó que tiene ocho hijos y reitera que en su infancia fue víctima de abuso por parte de un padrastro, pero nunca se lo había dicho a nadie, porque pensaba que nadie le creería. Se angustió, al recordar que su madre no le creyó y, por el contrario, la castigó por su relato. Retoma, entonces, la situación ocurrida entre sus hijos, reconociendo que la intervención de la ley es vivenciada como un ordenador familiar.

En la entrevista a solas con Victoria surge la culpa por haber interrumpido la cotidianeidad familiar. Recuerda que su hermano le pedía que no contara nada, argumentando que:

—Si no, nos iban a pegar a los dos. Yo antes tenía miedo,

— dijo Victoria— durante el día jugábamos como si no hubiera pasado nada, pero cuando él estaba ahí yo le tenía rencor. —Al decir esto Victoria baja la mirada, y continúa relatando situaciones en las que su hermano se enfadaba y reaccionaba con poca tolerancia a la frustración ante situaciones mínimas de no coincidencia entre ambos.

Lo describe como buen hermano, cuando está tranquilo, y recuerda haber podido anticipar los sucesos abusivos cada vez que su hermano tardaba mucho en el baño. Ella solía hacerse la dormida, él insistía en subirse a su cama y despertarla. Además, refiere que en ocasiones le tapaba la boca y en otras la amenazaba con la posibilidad de culparla a ella ante los padres.

Victoria relató situaciones múltiples en las que la escena se repetía, él subía a su cama y todo volvía a pasar una vez más. Al día siguiente, se levantaban, desayunaban y se iban juntos a la escuela en la que compartían los recreos y coincidían en grupos de amigos. En este punto, puede observarse cómo se disociaba, a modo defensivo, la imagen de este hermano que podía ser amable y compañero durante el día, y sádico, perturbador durante la noche. Nos contó que ella evitaba dormir durante las noches, permaneciendo en estado de alerta, y trataba de dormir durante el día.

Victoria relataba estas escenas con un tono angustiado, mientras sostenía la mirada en el piso. En correspondencia con este relato, se trabajó la importancia de darle a estas vivencias el estatuto de lo prohibido, aunque ella ya lo sabía. Su padre la culpaba por la interrupción del trabajo familiar a causa del suceso. En este contexto, era necesario abordar el sentimiento de culpabilidad alimentado por la mirada paterna, en relación con su responsabilidad por los actos que su hermano cometía en su cuerpo.

La joven se reconocía confundida ante las dos caras de su hermano, lo cual alimentaba un sentimiento ambivalente con el que trabajamos. En el transcurso de estas primeras entrevistas se le preguntó si quería agregar algo más, en ese momento su rostro pareció iluminarse y, levantado la mirada, con una sonrisa nos contó:

—Un chico me pidió el teléfono, yo no se lo di, pero yo le pedí el suyo. Luego le escribí y me dijo de tener relaciones, yo le dije que no, pero le conté a mi hermana mayor, y ella me dijo que los hombres solo quieren eso — al decir esto sonreía —después le escribí a otro chico, que me gusta, Ángel, pero él también me pidió eso, y yo no sé, porque yo ya tengo experiencia.

Acto seguido, se le pregunta a qué tipo de experiencia se refiere y Victoria se apresura a responder.

—Con mi hermano — sonriendo— también un señor me dio su número, pero yo lo tiré.

La joven responde colocando a todos los hombres en la serie de su hermano. En este punto, se puede observar cómo Victoria significa la experiencia de abuso como una experiencia de iniciación sexual. Situación que desde su subjetividad pareciera habilitarla a tener otras experiencias sexuales con hombres, incluso mayores que ella. Entonces, se le pregunta si para ella es lo mismo lo ocurrido con su hermano y aquello que podría suceder con esos hombres a los que se siente atraída. En ese momento la joven deja de sonreír abruptamente, para volver a bajar la mirada, diciendo:

—No, porque yo no quise con mi hermano, él me obligaba, él me violó—. Fin de la sesión.

Podemos observar, a partir de estas palabras, que Victoria podría haber integrado la vivencia de abuso a su “ser mujer” en un intento de hacerla tolerable. Recordemos que el ASIJ se inició cuando tenía 12 años, según relatan sus padres. Y su hermano, el agresor, tenía 14 y comprendía perfectamente lo que estaba sucediendo. En esas circunstancias, la niña tuvo que valerse de múltiples recursos para sobrellevar esa violencia: desde el cambio en los hábitos del sueño para estar alerta durante la noche hasta desarrollar mecanismos psíquicos que le permitieron integrar esos abusos familiarizándose con ellos, por más duro que esto suene.

El abuso fue crónico, ejercido por un hermano muy querido, ante lo cual nos preguntamos, ¿qué otra estrategia hubiera podido desarrollar

Victoria para tolerar lo intolerable de una sexualidad impuesta a fuerza de violencia? El trabajo en análisis apuntó a diferenciar la violencia padecida pasivamente de sus propios deseos sexuales incipientes, así como la posibilidad de elegir y de ser elegida, dejando en claro la prohibición del incesto y reinstalando la ley en el medio familiar.

CASO 6: MADRE HAY UNA SOLA

Las madres en el ASIJ

Una mañana de julio conocimos a Cintia, de 14 años, quien venía acompañada por Gabriela, su madre. Ambas se presentaron en la puerta de Servicio Social con una nota de derivación de la DDI, mediante la cual se solicitaba atención para la adolescente por una sospecha de ASIJ.

La denuncia policial no la había realizado su madre, sino la tía materna de Cintia, luego de escuchar el relato de la joven, quién decidió hablar porque ya no soportaba la conducta de su padrastro. Ambas habían concurrido directamente a la comisaría del barrio para realizar la denuncia y solicitar asesoramiento sobre los pasos a seguir. De la comisaría fueron derivadas a la DDI y de la DDI al Hospital.

Una vez allí, Cintia repitió frente al oficial lo mismo que contó en su primera entrevista a la trabajadora social del equipo: su padrastro, Adrián, abusaba de ella desde los cinco años. Además, había comenzado a controlar su vestimenta y no la dejaba tener amigos. Por su parte, Gabriela nos relató que su pareja se había ido de la casa, aunque continuaba teniendo contacto con ellos, porque su taller se encontraba en su domicilio y, además, tenían cuatro hijos en común a los cuales visitaba.

En la entrevista en Servicio Social, Gabriela nos cuenta que es ama de casa y que, hasta el momento de la denuncia, vivía con Adrián y sus cinco hijos, teniendo apenas un año el más pequeño. La señora se muestra dubitativa, dice que quizás su hija se confunde cuando acusa a su padrastro. En este sentido, afirma no estar convencida de continuar con el proceso iniciado a partir de la denuncia de su hermana a su marido. Se encuentra visiblemente preocupada por su situación económica, ya que sólo cuenta con el ingreso de él para cubrir las necesidades de sus hijos.

Asimismo, se indaga sobre otras situaciones de violencia en la familia y Gabriela cuenta por primera vez que ella fue abusada por su abuelo cuando era pequeña y, al decirlo, su hija pudo escuchar esto y logró relatar angustiada, llorando, las situaciones de abuso sexual en la infancia de las que fuera objeto por parte de su padrastro, desde los cinco hasta los diez años. Todas estas situaciones se producían cuando su madre estaba ausente de la vivienda y ella no lo había contado nunca.

A lo largo del seguimiento, Cintia manifiesta su angustia, por un lado, frente al descreimiento por parte de su madre; por otro, debido a las acusaciones de sus hermanos que la responsabilizan de haber mentido y traerles problemas con su padre biológico. Por ende, en su núcleo familiar, a Cinthia nadie le cree. La adolescente, además, pudo contar con mucho dolor que su madre le había ofrecido ir a vivir a casa de su abuela materna, ya que el padrastro continuaba realizando su trabajo en el taller lindero a su casa, situación que a ella la atemorizaba.

A medida que el equipo se iba informando sobre la dinámica familiar, se hacía evidente que Gabriela, a pesar de cumplir con todos los turnos dados y que le había solicitado a su esposo que se retire del domicilio, no creía en los dichos de su hija. En este sentido, había dejado deslizar que creía capaz a su hija de seducirlo y/o competir con ella como si se tratara de un tema “entre mujeres”.

En la evaluación ginecológica que se plantea luego de las entrevistas iniciales, se observaron dos escotaduras himeneales completas sugerentes de ASIJ. Luego de un mes de realizada la denuncia, Cintia

nos cuenta, muy asustada, que el padrastro había vuelto al hogar. Refiere que tiene conductas violentas hacia ella.

Como era de esperar, la joven estaba muy desorientada ante este tipo de decisiones familiares en las que no se la preservaba, Incluso su abuela materna no había accedido a que viviera en su casa y terminó proponiéndole a su tía irse a vivir con ella.

Quedaba bien claro que Cintia no podía volver a su casa en esas condiciones. Se le explicó entonces que, en función de su relato y la denuncia, era necesario tomar alguna medida para cuidarla, las estrategias en estas situaciones no solían ser fáciles y no era seguro el resultado.

No había dudas de que era necesario establecer una medida de protección en consonancia con la gravedad del relato de Cintia y de la certeza física hallada en el examen ginecológico. Se tornó imperativo tomar sus palabras y hacerlas consistentes.

Luego de una reunión de urgencia entre las profesionales del GIASI, se decidió la internación de Cintia y se lo comunicamos a ella y su mamá, quien aceptó sin objeción. Así, la joven permaneció sola en la sala hasta la mañana siguiente, cuando finalmente llegaron la madre, la abuela materna y dos de sus tías maternas, que habían sido citadas por el equipo.

Se acordó en ese momento con la abuela y sus tías que Cintia viviera con una de las tías presentes y su familia. La madre aceptó sin dificultad esta decisión y sin hacer mayores objeciones. Una vez acordado el nuevo lugar de convivencia con esa tía, se le dio a Cintia el alta hospitalaria, egresando a la mañana siguiente del hospital, donde sólo permaneció una noche.

Sin embargo, en entrevistas posteriores Cintia comenzó a esbozar la posibilidad de situaciones de ASIJ hacia una hermana de seis años y episodios de violencia hacia un hermano de diez años por parte de su padrastro. Esta situación requirió de la coordinación con el organismo de niñez municipal, al que se solicitó acompañamiento en la evaluación de la familia ampliada con la que Cintia conviviría luego del alta y

de las situaciones de violencia que estarían viviendo los hermanos. Por lo tanto, vale destacar que ante cualquier situación de maltrato infantil, se debe evaluar otras potenciales situaciones de riesgo en el contexto familiar, y poner a resguardo al resto de los niños.

Implicancias del rol materno en el ASIJ. Lectura desde Trabajo Social

Podemos señalar que, por lo general, en su mayoría son las madres quienes acompañan a sus hijas frente al relato de abuso sexual. Muchas veces, son ellas las que escuchan a sus hijas, las que consultan y denuncian. En un porcentaje menor, son también las madres las que ejercen violencia, abusan sexualmente de sus hijos o son cómplices de los abusos.

Generalmente, trabajamos con las madres y con todas sus contradicciones. Desde las diferentes instituciones de la justicia, educación o de salud se suele esperar mucho de ellas. Se les exige que crean en sus hijas, que accionen legalmente realizando las denuncias necesarias, en algunos casos, incluso teniendo que aceptar la reorganización del grupo familiar. En general y sorprendentemente, nos encontramos con mujeres que asumen todas estas responsabilidades y que con mucho dolor afrontan lo impensado.

Parte de nuestro trabajo será darles un lugar a esas contradicciones, permitir la expresión de las dudas, del dolor por lo perdido, del miedo a que sus hijas se enfrenten a un proceso judicial que llevará años.

No siempre los tiempos de las madres para aceptar lo sucedido y proteger a sus hijas/os, son los mismos tiempos de los NNNoA. En el mismo sentido, no todas las madres cuentan con los mismos recursos para afrontar la protección de sus hijos. Parece ser que de ellas siempre se espera que cumplan con ciertos patrones que responden a un modelo culturalmente construido de lo que es ser “una buena madre”. Ante todo, ser madre es cumplir un rol, y ese rol es cumplido por un

sujeto. ¿Quién es ese sujeto? Sea quien sea, se trata de una mujer que responderá a lo sucedido de acuerdo con su propia historia personal, y como esté atravesando la realidad actual.

Así, con esa complejidad como marco de nuestro trabajo, debemos tomar decisiones para la intervención: hoy Gabriela hace su elección, con su historia, con sus posibilidades y es responsable por eso que ha decidido.

Cintia, por su parte, también elige vivir sin violencia, con alguien que le crea y que ha decidido cuidarla. No debemos minimizar el hecho de que Cintia tiene una madre como Gabriela y en su subjetividad es única, como la madre de cada niño. En este caso puntual se deberá acompañar ese proceso por el cual la niña debe elaborar la violencia vivida y además la desconfianza de su madre. ¿Qué pasará con esta madre si creyera el relato de su hija? ¿Acaso se vería expulsada del sistema familiar, sin dinero, sin recursos? ¿Qué será de aquella jovencita abusada por su abuelo y cómo tramitó esa situación?

El desafío de la intervención en esta complejidad

La complejidad descripta en relación al trabajo con las madres, cuando no se le cree a la víctima o bien se reinicia el vínculo con el agresor, como en el caso de Cintia y Gabriela, señala un importante desafío para los profesionales involucrados. El ASIJ supone que no debemos instalarnos en culpabilización a priori de estas madres, sino que debemos pensar cada situación en su singularidad, analizar los distintos grados de responsabilidad, la historia personal y los atravesamientos actuales.

Carol Ann Hooper en su libro “Madres sobrevivientes al abuso sexual de sus niños” (1994), analiza la complejidad del proceso que atraviesan las madres en relación con la sospecha, descubrimiento y atención del abuso sexual de sus hijos y nos brinda algunos elementos interesantes para pensar la intervención. La autora nos interpela cuando dice que las agencias estatales se dedican a evaluar más que

a capacitar. Asimismo, plantea que “Es probable que las respuestas a la pregunta, ¿la madre sabía? estén lejos de ser simples. (...) La evidencia que para los profesionales parece un indicador de abuso bien puede parecer abierta a una serie de interpretaciones diferentes en el caso de la madre” (íbid.). Señala también que, al tratarse de una interacción entre individuos, el abuso sexual tiene características que hacen que incluso para los profesionales su diagnóstico se haga a través de la reconstrucción de diversas interpretaciones y evaluaciones:

“El proceso de descubrimiento de las madres (...) sugiere que las evaluaciones que intentan categorizar sus respuestas en dicotomías simples —saber o no saber, creer o no creer— son inapropiadas” (íbid.).

Para lograr el descubrimiento, propone trabajar en el proceso de conocimiento brindando herramientas para comprender lo sucedido, aclarando la evidencia, brindando información general acerca del abuso sexual, de las relaciones de poder entre adultos y niños, e interpretando el comportamiento del niño. También será necesario evaluar sus pérdidas y ganancias, brindar apoyo en ese sentido, señalando los efectos positivos que puede tener para la NNNoA la credulidad y acompañamiento de la madre.

Este trabajo no invalida el abordaje de la responsabilidad de las mujeres en la protección de sus hijas y el replantearse cuál es la posición construida para que la situación de abuso sexual se produzca. En el espacio de la entrevista con las madres, el lenguaje, tanto en lo discursivo y como en lo actitudinal, será fundamental para abordar estas cuestiones sin generar intervenciones expulsivas y no reparatorias.

Por otro lado, es necesario considerar la posibilidad de que el abusador de un NNNoA ejerza también otras formas de violencia. En el caso que estamos presentando, había razones para sospechar la existencia de violencia de género. Sin embargo, Gabriela no hablaba de ello cuando se indagaba sobre este tema.

Intervención desde Salud Mental

Desde lo asistencial, haremos un breve análisis sobre la posición materna.

¿Quién es Gabriela? A partir de lo relatado, podemos inferir desde la mirada psi que estamos ante una adulta que, a pesar de haber atravesado la maternidad, aún no ha terminado de elaborar su posición infantil.

Gabriela, la madre, en su posición subjetiva es aún una niña que fue abusada sexualmente por su abuelo, quien estaba encargado de cuidarla. Siendo este último un agravante, si pensamos que se exponía a un total desamparo y soledad, al denunciar a quien amaba pero abusaba de ella. La vida ahora la enfrentaba nuevamente al abuso, pero en este caso se trataba de su hija; y el abusador, una vez más, era alguien a quien ella amaba y del cual también dependía económicamente.

Para Gabriela fue imposible denunciar a su pareja, recordemos que la denuncia fue efectuada por otro integrante de la familia extensa. Quizá, al denunciarlo, reactualizaba en esta madre, lo que por años silenció.

Esta mujer-niña relataba por primera vez su abuso en la entrevista con las trabajadoras sociales del Hospital de Niños. Esto nos lleva a pensar que, al poner el hecho en palabras, Gabriela pone por primera vez en su vida su secreto a disposición de un Otro.

Esta verdad, guardada durante años, cobra en el discurso frente a un Otro que representa la ley, el estatuto de sanción.

En todos estos años, esta mujer pudo haber guardado en su fantasía las posibles causas y determinantes que hubieran llevado a su abuelo a abusar de ella. Como suele pasar en casos de ASIJ, el niño especula sobre su responsabilidad en eso que le pasó, ya sea por sugestión del abusador, quien le hace creer que “tuvo la culpa, sedujo al abuelo” y, por eso, es culpable de eso que le pasó. O por las lecturas explicativas posteriores que cada sujeto construye con la intención de desanudar

lo traumático (estas últimas presentaciones solemos observarlas en el tratamiento de pacientes adultos con antecedente de ASIJ).

La fantasía de seducción se puede observar en Gabriela, ya adulta, quien piensa la posibilidad que haya sido su hija (niña) quien sedujo a su pareja (adulto), situando el tema como una “cuestión entre mujeres”. Esta hace que la madre crea a la hija capaz de seducir al adulto, propiciando el acto sexual, haciéndola culpable de aquella situación en la que en verdad es víctima.

Teniendo en cuenta las características de esta madre y su dificultad para disponer de los recursos necesarios para resguardar y cuidar a su hija, el equipo asumió la protección de Cintia, decidiendo la internación.

En ocasiones las internaciones hablan por uno, producen un corte, generan alivio en quien padece y está asustado y/o culposo. También, generan una autoridad que está por encima de todos enmarcando la ley, diciendo “esto no se hace, esto no se puede, no se debe”, ordenando y responsabilizando, además de cuidar y evitar nuevos riesgos.

En otras situaciones la internación puede ser iatrogénica, por ello siempre debe ser evaluada criteriosamente y en el marco de una estrategia.

Si nos preguntamos qué sucedió en relación con el vínculo entre madre e hija, fue sumamente tranquilizador que esta madre no se opusiera que Cintia quedara al resguardo de una tía que se ocuparía de su crianza.

Quizás Gabriela necesitó esta distancia para poder elaborar su imposibilidad de responder como las instituciones esperaban, como una “madre buena” que sabe lo que es bueno para que su hija esté bien.

Una vez más nos enfrentamos a la pregunta, ¿qué se espera de una madre? Más allá de lo que se espere, siempre será una respuesta particular acorde a su estructura psicopatológica, sus vivencias y la totalidad de su historia personal. Como profesionales sólo podemos acompañar este proceso, pues acompañar será intervenir, sin plantear dicotomías, no habrá ni buenos ni malos, y así el paciente será capaz

de desplegar sus recursos para resolver su problemática de acuerdo con su subjetividad, que debe ser respetada.

CASO 7: UN DIAGNÓSTICO APRESURADO

Sospecha de ASIJ

Una mañana de mediados de enero, recibimos una interconsulta de una sala de internación de clínica pediátrica del hospital. Se acerca un residente de pediatría presentando el caso de una niña de 9 años llamada Laila que se encuentra internada por sospecha de ASIJ.

La noche previa a esta consulta, Marta, la madre de Laila, había ingresado al sector de Emergencias del hospital con una nota de derivación del pediatra que la evaluó en el centro de salud, donde se leía: “Derivo a la niña Laila, de nueve años, con abuso sexual infantil, lesiones genitales donde no se observa la anatomía normal”. Se decide su internación.

Ese mismo día, evaluamos a la paciente en la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil. Cuando recibimos a la madre y a la niña, notamos una intensa preocupación en la expresión de Marta. La Madre comenzó refiriendo que el día anterior, por la mañana, había concurrido al Centro de Salud cercano a su domicilio, pues Laila le había contado que tenía ardor en la zona genital. Allí, la habían evaluado y, luego del examen físico, le hicieron una serie de preguntas relacionadas con la posibilidad de que Laila hubiera sufrido un ASIJ. Le recomendaron que, con suma urgencia, consultara en el Hospital de

Niños. Recordaba con detalle el momento en que la médica escribía la nota de derivación y las preguntas que les realizó. También, como había cambiado la expresión de la niña, quien ya no tenía aspecto de dolor, sino de susto y negaba sistemáticamente cualquier situación vinculable a un abuso sexual.

Laila es una niña atenta, única hija, fruto de la pareja de Marta y Juan que, actualmente, están separados. Ambos padres tienen una excelente relación y han acordado mantener cuidados personales compartidos; de hecho, la niña cuenta que disfruta momentos con cada uno de ellos. Es una alumna estudiosa, tiene buenas notas y es líder en la escuela del barrio. Marta describe a Laila como “una nena sana, que no se enferma casi nunca. Me extrañó cuando me dijo que le ardía para hacer pis.”. Y, agrega, “cuando me dijeron que estaba abusada no lo podía creer”.

Como antecedente, la madre también refiere que la semana anterior la había llevado a la guardia del Centro de Salud por presentar gastroenteritis.

La niña se muestra colaboradora al realizar el examen físico. Se registra el peso y la talla acordes a su sexo y edad, y no se constatan signos de desarrollo puberal, no había presentado aún su primera menstruación. La evaluación abdominal resulta normal y en la zona genital se observa flujo genital amarronado, dos lesiones erosionadas a cada lado del margen himeneal, que estaba íntegro, el resto de la zona anogenital resulta normal.

A continuación, se decide realizar un cultivo de flujo vaginal, solicitar serologías para búsqueda de ITS e indicar una terapia con crema cicatrizante y analgesia reglada por el dolor que señala la paciente. A la espera del resultado, le sugerimos una entrevista con la psicóloga del grupo de trabajo ante el diagnóstico de SASIJ, ya que había sido planteado previo a la internación.

En los días posteriores, mientras Laila tiene una mejoría de las lesiones, se recibe el cultivo de flujo genital positivo a *Shigella flexneri* y serologías negativas. Se indica la toma de un antimicrobiano específico

para esta bacteria de origen intestinal. En el marco de las entrevistas conjuntas con la psicóloga y trabajadora social, surge la información sobre una internación previa de la niña en la sala de Infectología durante el año anterior por una diarrea enteroinvasiva por Shigella. Si bien no hay indicadores que orienten a un supuesto ASIJ, la niña se muestra angustiada en respuesta a la apresurada internación.

Con el diagnóstico de vulvovaginitis por Shigella, se plantearon nuevas conductas dentro del grupo de trabajo. Primero, debido a que la infección por Shigella no es una ITS, se redefinió el diagnóstico de la internación inicial, tanto en los aspectos legales como en la devolución efectuada a la paciente y su familia. Posteriormente, se decidió plantear el alta hospitalaria y contrarreferenciar con el nuevo diagnóstico al centro de salud del barrio.

A la semana de haberse otorgado el alta hospitalaria, Laila volvió al control ginecológico sin evidencia de lesiones genitales. En el seguimiento, se realizó nuevo cultivo de flujo vaginal que resultó negativo y se reforzaron las pautas de higiene domiciliaria.

¿Cómo se deberían abordar aquellas situaciones que podrían confundir un diagnóstico?

Decidimos presentar el caso de Laila como ejemplo de una situación que se interpretó apresuradamente como ASIJ desde su abordaje inicial en el centro de salud. Si bien se comprende la actitud de preocupación por los hallazgos físicos que constató el primer médico evaluador, hubiera sido apropiada la derivación con una nota sin diagnóstico de certeza o, tal vez, con un llamado telefónico para informar la sospecha.

Enviar a la paciente con una nota como la transcripta generó una cadena de decisiones erróneas. Primero, la de internación de la paciente ante el temor del profesional del sector de Emergencias del Hospital, sin haber evaluado correctamente la ausencia de lesiones

de gravedad que pongan en riesgo de salud, ni un relato de ASIJ ni la presencia de un abusador reconocible intrafamiliar. Segundo, al internarse la paciente con un diagnóstico de SASIJ, se inició un dispositivo automático de denuncia.

Tercero, la confusión y la ansiedad que se generó en la paciente y su entorno insistiendo sobre un supuesto abuso. Todas estas situaciones ya estaban presentes cuando el cultivo de flujo vaginal finalmente aclaró el diagnóstico, al revelar un germen que no se relaciona con una ITS.

Posteriormente, hubo que desandar el camino ya recorrido: se redefinió el diagnóstico y se otorgó el alta hospitalaria con control por el consultorio externo, ya que el tratamiento es por vía oral. Se realizó una devolución integral a la familia sobre la causa de las lesiones vulvares en la niña, aclarando cualquier interpretación errónea. Luego, se informó al centro de salud que derivó a la paciente del diagnóstico final y las pautas para su seguimiento.

Con este caso ilustramos la necesidad de reforzar que el diagnóstico de abuso sexual no debe ni puede realizarse apresuradamente y sin la escucha adecuada. El diagnóstico equivocado se configura a partir de la mirada de quien lo esté asistiendo, corre por cuenta de su propio imaginario y la falta de capacitación en la temática o de su historia personal. “Proteger, cuidar y salvar” a ese/a NNyA en peligro es la idea que subyace a muchas de las prácticas realizadas en el Hospital.

La evaluación física puede compararse con una foto instantánea dentro de una película que podría ser el abuso sexual. A veces resulta muy difícil transmitir este concepto. El signo físico, en este caso, no fue indicador de abuso sexual.

Un diagnóstico apresurado puede devenir en una cadena de errores de procedimiento. En varias ocasiones se ha llegado al diagnóstico de ASIJ luego de meses de seguimiento, armando un rompecabezas de los hechos con las distintas disciplinas que aportan elementos cruciales.

CASO 8: VÍCTIMA Y TESTIGO

Declaración de los profesionales en la justicia

Transcurría tranquilamente la mañana en Servicio Social del Hospital, cuando entre los pacientes que se encontraban aguardando en la sala de espera, resaltaba la figura tímida de un adulto junto a una niña, que parecía ser su hija. Al acercarse la secretaria a preguntar quiénes estaban esperando para ser atendidos, el Sr. sacó un papel de su bolsillo y con la cabeza baja se lo ofreció. Este decía:

“Se solicita evaluación por Sospecha de Abuso Sexual infantil”, lo firmaba un médico de un centro sanitario de la zona.

Ernesto, de 55 años, ingresó al consultorio junto con su hija Margarita, de 11. Inmediatamente, mostró una copia de la denuncia realizada en la comisaría cercana a su domicilio, que indicaba una causa de ASIJ.

En la entrevista con la trabajadora social el señor se presentó como el padre de la niña y contó que Margarita vivía con él desde su separación conyugal. En ese entonces, la niña comenzaba el jardín de infantes. Él esperaba que la madre la visitara regularmente, pero no lo hizo, según nos informó. Desde ese momento, Ernesto se hizo cargo de la crianza sin ayuda.

Muy angustiado contó que, últimamente, la nena estaba durmiendo mucho, no la veía jugar, incluso iba a la escuela con desgano, actividad que antes disfrutaba.

Siempre fue una nena buena, por la madre no pregunta, porque ella sabe — refiriéndose a la ausencia de la figura materna—. Pero ahora es distinto. Está triste, no sé, algo le pasaba y ni pude imaginarme.

Cuenta que cuando le preguntó qué le sucedía, con lágrimas en los ojos Margarita comenzó a decirle cosas que él no entendía. Nombraba a su empleado de la florería, “Papá, pedile a Juanse que pare, no quiero más, me duele”.

En ese momento, Ernesto consulta si su hija puede salir un momento afuera. Luego, manifiesta que no quiere que su hija lo vea llorando y que no pudo darse cuenta de lo que estaba sucediendo en su propia casa mientras estaba ocupado en otras cosas.

No le resultaba fácil criar a la niña y lo que más lo angustiaba era que su empleado, al que consideraba casi un amigo, solía ayudarlo justamente con cuestiones básicas de la crianza. Por esto, Ernesto se sentía traicionado. La nena le contó que, cuando el padre salía a hacer los mandados, Juanse la llamaba para que lo ayude, “con cosas”, y en esas ocasiones se quedaba con los pantalones bajos y le hacía “cosas feas”. Ernesto se mostró sorprendido, ya que este hombre al que consideraba su amigo, además de trabajar en su negocio, los visitaba los fines de semana y mantenía una relación afectuosa con Margarita. Solía regalarle juguetes y dinero a la niña, “era como su tío”, señaló y al decirlo, Ernesto se quebró. Hasta ese momento, la niña había permanecido fuera del consultorio. Se le pidió al padre que, cuando se tranquilizara, la hiciera pasar. Luego se realizó la derivación a Salud Mental y Ginecología para ese mismo día, teniendo en cuenta las imprecisiones del relato y la angustia del adulto.

En la Unidad de Ginecología Infante Juvenil la niña se dejó revisar sin dificultades, llamando la atención el hecho de no presentar ninguna timidez, ni la inhibición esperable para su edad. En el examen físico de la zona genital se observaron dos escotaduras com-

pletas en la membrana himeneal, indicadores físicos específicos de abuso sexual infantil.

Por otro lado, en Salud Mental se mantuvo una entrevista conjunta con el padre y la niña. Margarita impresionó pueril y se mostró rápidamente interesada en la caja de juegos que está sobre la mesa. Su padre se acomodó y empezó a relatar sobre los motivos de la consulta. Cuando se preguntó por la edad de la niña, se apresuró a explicar:

Ella tiene 11, pero parece más chica, todavía está en segundo, pasa que con lo de la madre, repitió dos veces. Todavía no aprendió a leer de corrido, pero en la escuela dicen que es tranquila y los amigos la quieren.

La niña parecía indiferente al relato paterno y se mantenía explorando los juguetes, ordenándolos en fila sobre la mesa. Claramente se podía observar un desfase en su edad cronológica, aunque con afectividad conservada, dado que por momentos nos observaba y sonreía.

Ella dijo que le hacía cosas chanchas un empleado mío, pero yo no sé qué le hizo, ella no me contó. Las doctoras ya la revisaron.

A esta altura ya contábamos con el informe de Ginecología que no dejaba dudas sobre el ASIJ. Entonces, se trató de historizar con el padre algo de la cotidianeidad de ambos y generar un espacio de confianza para poder entrevistar a solas a Margarita, y así brindarle un espacio psi.

La niña refirió sentirse triste y atemorizada, porque creía seguir viendo al hombre en el barrio. Manifestó dificultades para dormir y cambios en la conducta alimentaria.

Al cole no fui porque me sentía mal, cuando como la comida me duele la panza —refiriéndose a los días en los que manifestó dolores en el cuerpo.

Margarita pudo dar cuenta de la situación de abuso sexual con claridad y, por consiguiente, permitió al equipo de trabajo inferir que fue a partir del abuso que se desencadenaron síntomas psicopatológicos agudos. Los mismos reactivos a la vivencia traumática, presen-

tándose bajo la forma de un posible cuadro de depresión infantil, por lo tanto, se continuaría con seguimiento en Salud Mental.

El GIASI realizó un abordaje familiar que consistió en entrevistas con el padre, la madre y otros referentes afectivos, pertenecientes a la familia extendida. En acuerdo con la escuela, se propició un abordaje psicopedagógico, ya que se referían dificultades en el aprendizaje de Margarita.

Al mismo tiempo el abordaje interdisciplinario con profesionales de Servicio Social dio lugar a la elaboración de estrategias tendientes a garantizar las condiciones para el acompañamiento y contención de la paciente y su padre en los ámbitos familiar, escolar y sanitario, pues Ernesto manifestó que no podía sólo con la crianza de su hija.

Para ello, el equipo interdisciplinario del hospital dio intervención al Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos de NNyA correspondiente. De ese modo, procuramos intervenir para llevar a cabo la evaluación de la situación socio-familiar y la elaboración de estrategias tendientes a garantizar el resguardo psicofísico de Margarita, la restitución de sus derechos vulnerados y las condiciones que propicien el cumplimiento con los tratamientos requeridos.

La justicia en el abuso sexual infantil

Este caso finalizó años después con la condena del abusador. Llamado por la fiscalía, el equipo de profesionales del Hospital participó como testigo.

La instancia de juicio oral es una parte del proceso judicial al que no todas las familias logran acceder.

En nuestra experiencia hemos observado que son muy pocos los casos que acceden a una resolución judicial, ya que este ámbito suele resultar hostil y expulsivo; muchas veces las familias se ven desgastadas en este proceso, desistiendo de la continuidad.

En la situación de Margarita, la justicia ocupó un lugar preponderante. Fue fundamental el impulso de su padre ya que recién en octubre de 2018 se sancionó la Ley donde se considera a los delitos contra la integridad sexual como delitos de instancia pública. (Ver apartado Legislación actual en Argentina, pág. 23).

Desde el ámbito de la salud había indicadores específicos que confirmaban el diagnóstico de ASIJ. Por ello era pertinente informar los hallazgos a la fiscalía interviniente.

Ernesto visualizó lo ocurrido con su hija como un delito que debía ser condenado. Más allá de que el abusador fuese un amigo cercano, siempre le creyó a su hija y se comprometió con obtener justicia.

En Servicio Social recibíamos a Ernesto todas las semanas para escucharlo y orientarlo respecto al recorrido que realizaba por el ámbito judicial y por las instituciones de su barrio donde recibía apoyo y acompañamiento. En este sentido, es recomendable familiarizar a los referentes adultos que consultan sobre los procedimientos judiciales, para anticiparles el recorrido que realizarán y los derechos que los asisten en cada instancia.

Desde el ámbito de la salud resulta un desafío abordar el abuso sexual en articulación con lo judicial. Partimos de ser una instancia asistencial alejada de lo pericial, donde priman criterios de validación del diagnóstico y no la búsqueda de pruebas, a diferencia de la esfera judicial. Desde nuestro ámbito asistencial el relato de la niña será el principal elemento para comenzar a trabajar y confirmar un diagnóstico. Sin embargo, la palabra de un NNyA en la justicia suele ser desvalorizada, poniendo de manifiesto la poca capacitación que la misma posee en el tema.

Luego de varios años de iniciado el proceso judicial, Margarita fue citada para declarar como testigo en el juicio oral. Debido a que el equipo de salud fue citado también en carácter de testigos, pudimos presenciar la falta de cuidados hacia Margarita en los procedimientos que implican el juicio. No se solicitó opinión a los profesionales

tratantes sobre las consecuencias de una declaración testimonial en juicio oral en el psiquismo de la joven.

En esa instancia la adolescente se cruzó en los pasillos con el abusador, lo que desencadenó una desestabilización en su estado anímico, presentando crisis de angustia que reactualizaron el hecho traumático, revictimizándola. Esperó durante horas para ser llamada a declarar en la misma sala en la que se encontraban los familiares del agresor, personas a las que ella en otro tiempo frecuentaba y conocía muy bien.

Al momento del juicio Margarita tenía 16 años, una edad que se estima con capacidad para declarar en el estrado. Sin embargo, la situación de esta adolescente era particular, su edad mental se encontraba por debajo de su edad cronológica. De haberse solicitado un informe del caso previo al juicio, esa situación hubiera podido ser contemplada. Queremos enfatizar aquí que esto no sucedió.

¿Cómo lograr que la instancia judicial sea reparatoria y norevictimizante?

La intervención judicial resulta imprescindible para detener y sancionar las situaciones de abuso sexual. Este proceso implica el compromiso de la familia y las instituciones en la protección de las NNyA, en tanto valoriza la palabra del sujeto y busca mecanismos efectivos para detener el abuso.

Es fundamental que los profesionales que integran los equipos del ámbito judicial cuenten con formación adecuada en ASIJ y en infancia.

Los delitos sexuales contra los NNyA deberían tener una atención y dedicación especial en las instancias judiciales. Se debe tener en cuenta, aunque resulte obvio, que si la víctima fue asistida por profesionales de la salud mental, deberían ser consultados sobre las posibilidades de la misma para declarar frente a la justicia. ¿Con qué intención se enfrenta a la víctima con el abusador? ¿Qué ocurre con los profesionales que deben declarar? Aunque en diferente medida,

ambos son expuestos a la falta de protección y se produce una transgresión de los derechos de NNyA.

Contar con estas herramientas posibilita intervenciones centradas en la protección del NNyA, considerando que la toma de decisiones será definitiva para la sanción del delito o bien la impunidad y la continuidad de las situaciones abusivas.

Desde el ámbito de la salud tenemos corresponsabilidad en el acompañamiento de las familias y el compromiso como profesionales de realizar nuestro aporte al proceso judicial, elevando informes, solicitando medidas de protección, articulando lo penal y lo civil, ámbitos muchas veces desconectados. En definitiva, se trata de articular con las instituciones judiciales para evitar la revictimización.

Los tiempos judiciales no siempre son los de la salud. Lejos de cumplir y facilitar la adecuación de los procedimientos judiciales y administrativos a las necesidades de las NNyA, estos suelen extenderse a largo plazo. Las miradas se dirigen hacia un entramado burocrático donde la protección de la NNyA pasa a segundo plano.

A pesar de las falencias que presenta la justicia respecto al tratamiento de este tema, seguimos apostando a ella. El rol judicial en la reparación y el cese del abuso, así como el compromiso activo desde nuestro lugar asistencial, favorece la articulación de ambos ámbitos en pos de los derechos del NNyA.

Cuando el abuso sexual infantil desencadena síntomas *Importancia de la evaluación psicológica.*

Ante una situación disruptiva, violenta, como es el ASIJ, el aparato psíquico del niño se defiende para tolerar tan alto grado de tensión, producida por estímulos en su cuerpo, con consecuente impacto en su aparato psíquico, a los que en ese tiempo no está capacitado para dar respuesta. Modos defensivos funcionarán como una barrera para protegerse frente al sufrimiento, haciendo frente a lo impensable, a lo que no se puede simbolizar, al malestar, o a la sobreestimulación física recibida.

El mismo desarrollará mecanismos de defensa, acorde a lo que su estructuración psíquica le permita y a los recursos psíquicos e intelectuales con los que el niño cuente. Los cuales, entre otros factores, dependerán de la fase del desarrollo que se encuentre transitando. Serán estas las bases que darán pauta de los recursos con los que su psiquismo cuenta, a la hora de hacer frente al estímulo traumático emergente.

Este caso nos muestra cómo una situación traumática como el ASIJ puede desencadenar síntomas que requieran tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Resulta de suma importancia tener presente que la aparición de los síntomas estará determinada por la historia de cada sujeto y la estructura de personalidad previa al hecho.

¿Qué le estaba pasando a Margarita? Eso no quedaba claro en su discurso. Sin embargo, su demanda estaba dirigida a que “aquello” (tocamiento de su cuerpo, penetración) dejara de pasar. Es probable que Margarita, frente al encuentro disruptivo con el cuerpo del Otro, se haya enfrentado a la imposibilidad de dar sentido a este, simplemente porque es una niña. Por lo tanto, inferimos que la suma de signos presentes en el cuadro clínico —hipersomnias, alteración de la conducta alimentaria, aislamiento, indiferencia, desgano, ensimismamiento, interrupción de la escolaridad por malestares físicos, etc.— corresponderían directamente al efecto traumático del ASIJ.

¿Qué entendemos como traumático desde el campo psicológico y psiquiátrico? Como punto de partida es importante aclarar que, desde el campo de la salud mental, cuando se está frente a un paciente, se trata de precisar la particularidad de ese sujeto, evitando caer en categorías universales que lo clasifiquen, por ejemplo, en “un neurótico, un psicótico, un perverso”. Esto se lleva a cabo con la intención de dar lugar a la escucha sobre quién es el otro, qué hace con su angustia, de qué modo habla de ella, sin restarle importancia a los mínimos detalles. Pues será en estos detalles donde encontraremos su modo de nombrar las cosas que le pasan y las particularidades de su mundo, su realidad subjetiva.

En el caso de Margarita se podía observar un lenguaje comprensible, bien estructurado, pero portador de un discurso complejo, cargado de malestar, atravesado por lo propio de un sujeto dividido. El síntoma pudo manifestarse en el relato, dónde el paciente dio cuenta por acción y omisión, en su decir acerca de lo que le sucedía, lo que venía sintiendo o lo que sintió. “Lo chanco” era aquello que no se podía nombrar y le generaba malestar, asco, repugnancia, rechazo; suponiendo en el psicólogo un saber, y una posibilidad de hacer algo con ese sufrimiento o con esa información. Tanto Margarita como su padre desplegaron preocupaciones y el espacio psi cobró el efecto de alojar la angustia de ambos. Poco a poco, al haberse interrumpido la situación crónica de abuso, la niña pudo ir recuperando su libido latente, con las consecuencias propias de retomar los juegos, sus amistades e intereses en general, como sucede en un discurso neurótico.

En estos casos, se da lugar a la posibilidad de la instalación de un espacio en transferencia (Laplanche y Pontalis, 1993), en los que el vínculo entre el paciente y el analista vehiculiza la circulación de la palabra. Siendo esta la vía que da lugar no sólo a la catarsis, sino a la posibilidad de dar sentido a la instalación de un nuevo orden, mediante la elaboración de aquello que, en/a través del trauma, irrumpió en el cuerpo.

Si no consiguiéramos instalar algo, en cada sesión, de la particularidad de ese sujeto, no nos quedaría nada para hacer. La posibilidad de mirar fuera de lo universal, de lo esperable para el común de la sociedad, como señala Chamorro (2010), logrando ir más allá, escuchando al sujeto angustiado; y en los elementos de su angustia situar la verdadera orientación del psicoanálisis.

¿Qué nos guía entonces en una primera consulta? Nos guiará el sufrimiento que relata quien nos consulta. Ha de ser nuestra primera tarea ofrecer la escucha, libre de intención valorativa bajo un ideal de abstinencia (Laplanche y Pontalis, 1993), dando así comienzo a la tarea de acompañar. Pero este acompañamiento no consiste en reforzar su yo para tolerar la realidad, sino en favorecer la emergencia de lo propio de ese sujeto y su modo de posicionarse ante la vida para sobrellevar lo traumático.

Así, se intentará facilitarle herramientas que den lugar a la asociación, saliendo de la fijeza propia de lo sintomático. El niño reproduce, repite en gestos aquello que no entiende. Repetir es un intento de dominar aquello que quedó por fuera de la capacidad de ser simbolizado, pues ha sobrepasado el umbral de lo tolerable.

Margarita, en sesión, se toca los genitales al contarnos, nos muestra sin palabras algo de lo que pasó. Se repite, en gestos, en frases, en movimientos y ruidos sin nombre, en dibujos y palabras que no llega a comprender “hacer cosas”, “lo chanco”, con un discurso que nos permite comenzar a inferir algo de su desfasaje madurativo. El niño insiste hasta que algo de lo que se va desplegando comienza a cobrar sentido. Al inscribirse, mediante la palabra y la escucha, se va apostando a una comprensión, una nueva forma de ver lo que dañó, lo que en algunos casos interrumpió el fluir lúdico de la infancia. Incluso, Margarita había dejado de jugar.

El comienzo de un proceso en transferencia conducirá a tramitar lo traumático. Aquello que ocurrió y no tenía nombre, o bien tenía uno demasiado atroz, horrendo, innombrable, ahora comienza a co-

brar un sentido y a dejar al niño por fuera de la culpa que intentó generarle el abusador.

Algo de esto le sucedía a Margarita y ella sólo quería que no pase más. Fue necesario desplegar una medida por encima de los adultos responsables, la instancia legal. Seguramente la intervención de la justicia fue aquello que terminó de enmarcar lo prohibido, pues con la decisión de aquella medida de protección la niña estuvo a salvo, luego de tolerar mucho.

Si bien todas las víctimas de ASIJ deben recibir abordaje psicológico inicial, no todas necesitarán un tratamiento posterior; salvo que los pacientes presenten indicadores de ASIJ, como fue este caso, que orienten a un seguimiento desde la esfera psi.

Los profesionales que trabajan esta problemática no cuentan siempre con un equipo interdisciplinario presente. Y resulta fundamental “pensar en interdisciplina”, para poder generar lazos de contención siempre en función del bienestar superior del NNyA.

CASO 9: LA PUERTA INDISCRETA

Cuando un hermano ejerce violencia

Debido a una fuerte tormenta de verano durante el día anterior, tuvimos una mañana atípica en el sector de Salud Mental del Hospital de Niños. Había sectores inundados y poca gente aguardaba en la sala de espera. Ese día se presentó espontáneamente una mujer de contextura pequeña, muy delgada y con expresión de sufrimiento en su rostro. Lorena, madre de Lucía, tenía 27 años pero parecía mayor.

Cuando se le preguntó cuál era el motivo de su consulta, sus ojos se llenaron de lágrimas diciendo:

A mi hija la abusó su hermano.

La primera entrevista psicológica fue con Lorena, mientras su hija, Lucía, de 6 años permanecía en la sala de espera en compañía de una tía. Se presentó como la madre de la niña y de cuatro hijos más, todos varones.

El hermano que abusó de ella, Joaquín, es el mayor, tiene 14 años, es hijo de otro papá — comenzó contando mientras se sentaba.

Estábamos reunidos toda la familia, y entré a la casa a buscar algo y al mirar al cuarto, la puerta estaba abierta y los vi —relató consternada—. Él estaba encima de ella, yo entré y la saqué. Joaquín estaba

arriba de la nena con los pantalones bajos. Yo agarré a mi hija de la mano y la saqué.

Se le preguntó qué pasó entonces:

Él salió llorando, pidiendo que no llame a su papá —.

En ese primer momento de gran angustia materna ante el relato se podía observar que, si bien ambos eran sus hijos, ella se refería a su hijo mayor por su nombre y a su hija menor como “mi hija”. Primero, Lorena pensó que sería mejor si su marido, padre de la nena, no se enteraba. Por ese motivo llamó al padre de Joaquín y le pidió que lo vaya a buscar sin decir una palabra de lo sucedido. Este acudió enseguida y se llevó a su hijo.

Pasadas unas horas, el padre de Joaquín llamó para decirle que su hijo le había dado su versión de los hechos.

— Le dijo al padre que rozó a su hermana y la besó en la vagina.

La primera medida que tomó el padre de Joaquín fue llevar a su hijo a una guardia médica. Argumentando un ataque de nervios, pidió atención para el adolescente. Por su parte, Lorena se acercó a la guardia del hospital zonal más cercano, pidiendo atención para Lucía. Según lo que ella refiere, en el primer Hospital al que fue, al revisarla le dijeron, “que la niña estaba bien, que no hubo penetración, pero sí roce porque estaba colorada”. La congestión de la zona genital no constituye un signo físico concluyente de abuso sexual; sin embargo, al vincularlo con el relato de la madre que vio en ese instante la situación abusiva, toma relevancia.

La primera institución en intervenir realizaría la denuncia correspondiente ante un organismo de Protección de Niñez. Ese fue un momento difícil para la madre.

La nena me dijo que la besó ahí abajo, ella lo intentaba sacar con los pies, y que no gritó porque él le tapaba la boca, me dijo que él le metía los dedos, y que ella no quería — el llanto entrecortaba el relato de Lorena. — Yo dije en el hospital que los dos eran mis hijos, pero igual hicieron la denuncia, aunque yo no sabía si quería hacerla.

En esa primera entrevista en Salud Mental se alojó la angustia materna y a su vez se intentó trabajar la necesidad de que aquella escena quede inscrita en la ley y sea sancionada. Este accionar favorecería que la niña se sintiera segura. Lorena reconocía que en un primer momento había evitado la sanción por temor a la reacción de su actual marido, padre de Lucía. La mujer argumentaba temor frente a la posibilidad de que su marido matara a su hijo Joaquín. Después de esas primeras intervenciones y dándose lugar a la sanción para quien cometió el abuso, Lucía pudo mirar a su madre a los ojos y decirle:

¡Ma! Yo no te conté nada antes porque tenía miedo que me retes —, pero no era la primera vez que eso pasaba con su hermano.

En esta instancia, Lorena dijo sentirse culpable por no haber percibido nada con anterioridad, pero en el mismo acto de hablar y ser escuchada, logró resignificar dichos de su hija, quien hacía un tiempo se quejaba de la familia que tenía y se la podía observar con una irritabilidad inhabitual para su personalidad.

Lucía siempre antes era alegre, una nena buena, cariñosa con sus hermanos, pero estaba mala, enojada y no jugaba ni dibujaba como antes. No quería quedarse sola en casa. En ocasiones, en este último tiempo empezó a hacerse pis y caca encima.

Luego de la intervención por el primer Hospital, la niña le contó a su mamá que los episodios anteriores habían sido muy recientes, ocurrían cuando ella dejaba a sus hijos solos. La primera vez, sólo la tocó con los dedos cuando la madre fue al supermercado. Joaquín amenazaba a sus hermanitos que si hablaban o contaban algo de lo que habían visto, los acusaría con su madre de otras cosas para que sean castigados.

Joaquín estuvo internado -comentó Lorena- sólo lo fui a ver una vez a pedido de la psicóloga. Después no lo vi más — Lorena interrumpe bruscamente lo que refería en relación con Lucía para expresar su sentimiento de enojo. — No quiero que ella se cruce con él, porque tuvo muchos cambios desde que pasó eso; sus hermanos le temen a Joaquín.

En ese momento, Lorena cierra los puños y golpea la mesa. Se reconoce enojada y comienza a hablar de su propia historia, como si algo de este espacio la hiciera sentirse contenida, habilitando así la posibilidad de hablar de sí misma.

Yo soy consciente de lo que mi hijo hizo es grave, lo sé porque a mí me pasó cuando era chica y no me dieron contención en mi familia.

Lorena recordó, entonces, que fue abusada sexualmente por parte de un vecino, aclarando que esta era la primera vez que lo contaba. Se trata de una reacción que habitualmente ocurre en este tipo de casos, donde el adulto a cargo, a raíz de lo sucedido con sus hijos, retorna a sus recuerdos traumáticos de la infancia. Como si lo actual, traumático, reconectara con el sentir en relación con la vivencia pasada y se comenzaran a enlazar de un modo particular, elaboración tanto del suceso actual como del suceso acontecido en el pasado del adulto.

Enseguida Lorena retoma su relato de lo reciente. Por un momento ambos relatos parecen confundirse: el de su infancia, como una hija a la que no se la escuchó; y el de su propia hija, que recién ahora se atrevía a contar. Lorena se seca las lágrimas y, reacomodándose en la silla, sostiene que ella decidió no permitirle a Joaquín regresar a casa.

Mientras sabíamos que Joaquín tenía su espacio psi, nuestra intervención consistió en indicar la necesidad de un espacio psicoterapéutico para Lorena. Realmente nos preocupaba la angustia de esta madre y resultaba imprescindible separar ambas historias, pues la actual Lorena debía hacerse responsable como madre y adulta. Y Lorena niña, que emergía en el recuerdo y a quien habían abusado, debía ser contenida en un espacio personal.

Se le brindó también un turno para entrevistar a Lucía al día siguiente y se planteó la evaluación del caso por Servicio Social.

Al día siguiente, Lucía llegó sonriente en el horario acordado y sin dificultad se soltó de la mano de su madre para ingresar sola al consultorio. La psicóloga se apresuró a presentarse, pero Lucía ya sabía quién era, pues su mamá le había contado.

¿Sabes por qué venís?

No sé, ni me imagino. —la profesional le aclaró que estaba allí por lo que sucedió con Joaquín y la niña asintió. Comenzó a hablar espontáneamente sin que se le pregunte nada:

Él tiene 14, me llevo más o menos, es mi hermano, pero tengo seis hermanos — en esta cifra Lucía se incluye a sí misma y a una hermana que tiene Joaquín con su padre. Al parecer, para ella todos forman parte de una gran familia. —Mi hermano Erik tiene 7, a veces me pelea y después se hace el bueno, mi hermano que tiene 3, yo lo cuido, es muy bueno conmigo y tiene lindos “cachetones”.

Lucía presenta pautas madurativas esperables para su edad y buen desempeño a nivel intelectual. Despliega una sonrisa hermosa, a la vez que hace alarde del bello vestido que le puso su madre. Está prolija, perfumada y se muestra entusiasta y colaboradora. Lucía quiere hablar, y con todos sus gestos lo deja en claro. Cada vez que nombra a alguien, lo adjetiva contando cómo es esa persona con ella.

Damián, de 10, es bueno conmigo— haciendo con el pulgar para arriba—, y Walter, ya te dije. Con Milena, de 12, también me llevo bien, aunque no vive en mi casa. También tengo un primito muy tierno, lindo —cambiando el tono de voz y poniéndose más seria, comienza a hablar de lo que la trae a la consulta.

Cuando pasó lo que pasó, mis hermanos de 10 y de 7 se pusieron a llorar y me abrazaron, mi hermano de 10 me dijo, “yo soy tu hermano y nunca te voy a hacer nada”.

¿Querés contarme lo que pasó?

Sí, es que es la segunda vez que pasa, la primera fue en mi pieza, la segunda el día de la madre, y después el viernes.

¿Pudiste contarle a alguien?

No, porque tenía miedo que mi mamá me rete a mí, y mi mamá y mi papá se llevan bien, no se pelean nunca.

Al decir esto, parecía que la niña quería dejar en claro su hipótesis al respecto: si ella relataba lo que estaba sucediendo, se desencadenaría una crisis familiar. Suponía que la reprimenda recaería sobre ella, al

mismo tiempo que temía por sus hermanitos, ya que estaban amenazados por el hermano mayor, según refirió la madre en la primera sesión.

¿Por qué tuviste miedo?

Porque Joaquín agarró del cuello a mi hermanito de 7 cuando lo vio a él hacerme eso y le dijo que estaba mal.

¿Cómo es Joaquín?

No lo conozco muy bien no sé, mi mamá lo conoce.

En el escritorio del consultorio había lápices de colores y hojas. Mientras transcurría esta entrevista, Lucía permaneció con un lápiz en la mano y una hoja en blanco frente a ella. No dibujó, se concentró en brindar lo que para ella era información importante. Su cambio en la postura corporal fue notable cuando se le preguntó sobre sus gustos personales. Su actitud parecía denotar un relajamiento, como si el peso de lo que debía contar, ya hubiera sido expulsado. Entonces, dijo con entusiasmo que le gustaría bailar árabe. Relató escenas familiares donde jugaba con sus hermanos a las escondidas, mientras cuidaba a su hermanito más pequeño. La vida familiar con sus hermanos era para Lucía el escenario donde transcurre todo lo que relata. Parecía una niña animada, colaboradora y contenta.

Esa primera entrevista tenía como objetivo hacer una evaluación diagnóstica general del estado psíquico actual de la niña y así dar paso al comienzo de un vínculo terapéutico.

En los encuentros sucesivos no se observaron síntomas reactivos al episodio directamente, pero se tuvo presente que su madre relató alteración en el control de esfínteres y los cambios de humor en la niña.

En entrevistas posteriores, Lucía fue desplegando un interés particular que se fue intensificando:

Me encanta dibujar, cuando sea grande voy a ser artista

— en esa sesión Lucía se proyectaba en el futuro, con la posibilidad de sublimar a través de la creación.

Entendemos este mecanismo como “el proceso postulado por Freud para explicar ciertas actividades humanas que aparentemente no guardan relación con la sexualidad, pero que hallarían su energía

en la fuerza de la pulsión sexual” (Laplanche y Pontalis, 1993), en este caso puntual relacionadas con el hecho traumático. Freud describió como ejemplos de este proceso principalmente a las actividades artísticas o intelectuales que brindarían la posibilidad de orientar la energía hacia un nuevo fin socialmente aceptado.

En el transcurrir del trabajo conjunto, fueron apareciendo sus deseos de dibujar, aprender, hacer, jugar.

Tanto la ausencia de juego como la falta de deseo de saber suelen ser en el niño indicadores de una ruptura en el equilibrio psíquico y en la consulta se manifiestan como “síntomas reactivos”, según la denominación utilizada en la clínica psicoanalítica.

En este caso la escena con su hermano se volvió traumática no sólo por tratarse de un abuso, sino porque exponía a la niña a una situación que no pertenecía a su mundo simbólico. Es decir, Lucía ni siquiera se podía imaginar lo que pasó con Joaquín. Esa escena que empezó como una invitación más a jugar con su hermano, terminó con la aparición de un otro desconocido, intrusivo, que se le abalanzó sobre su cuerpo infantil sin tener en cuenta la subjetividad de Lucía. Teniendo claro esto último, debe considerarse, entonces, la primacía de una asimetría de poder que descarta toda posibilidad de considerar un evento semejante como un juego de pares.

Frente a esta situación, ¿cómo haría la niña para entender lo que pasó? En las entrevistas, Lucía fue tratando de recordar, aislando lo disruptivo sin negar ni reprimir. Asimismo, fue logrando un modo de darle sentido a lo ocurrido, como aquello que “no debió pasar” porque no correspondía. Inmersa en un ambiente familiar que respondía escuchando su relato, dándole consistencia y sancionando, la niña fue elaborando esa situación. Su hermano seguía siendo su hermano mayor, pero ahora ella “no lo conocía tanto”.

De este modo, la niña pudo tomar las herramientas del espacio psicoterapéutico para integrar el episodio traumático como una vivencia “que no estaba bien” y desplegar la ambivalencia en relación con su hermano.

Por otro lado, Lorena decidió no revincular a los hermanos durante el tiempo en que se mantuvo el abordaje del caso, dejando abierta la posibilidad de que Lucía lo decidiera por sí misma en un futuro. Durante el tratamiento el padre de Joaquín llevó adelante su paternaje de modo presente, por lo cual Lorena refería que, según su expareja, “Joaquín estaba mucho mejor”.

El acontecimiento marcó un nuevo orden familiar que reubicó a ambos padres en un rol activo con límites claros y mayor participación en la crianza de sus hijos.

En esta familia, el quiebre producido por el abuso marca cierta división necesaria entre lo permitido y lo prohibido dentro de un medio familiar. Cabe reforzar que en este caso no se trata de un juego de pares, básicamente por la presencia de asimetría en relación con los conocimientos, la fuerza física, el sometimiento y la coerción ejercida para con Lucía.

Por otro lado, las amenazas realizadas por Joaquín, tanto a Lucía como a los otros hermanitos, evidenciaban que el adolescente estaba cometiendo un acto violento, sabiendo que obligaba a su hermana menor a mantener una actividad que sólo era placentera para él mismo.

Por su parte, la madre necesitó recurrir a la estrategia de expulsión de su hijo mayor del medio familiar para poder tolerar lo impensado del abuso, en este primer tiempo.

El objetivo principal de nuestra intervención desde Salud Mental fue marcar ciertos límites que hicieran presente la impronta de la legalidad y la prohibición del incesto, a fin de que opere como parámetro de lo permitido, o no, en relación con la sexualidad.

Niños y adolescentes con conductas sexuales abusivas: generalidades

Los adolescentes que abusan sexualmente de otras/os adolescentes o niñas/os no son casos aislados dentro de la población asistida. Consti-

tuyen, por el contrario, una parte importante de la casuística y presentan desafíos singulares para su atención. Aproximadamente un 25% de los casos tratados en los últimos años por este grupo de trabajo tenían como supuestos agresores a adolescentes entre 11 y 19 años.

Aunque la persona que presenta la demanda de asistencia es en general el NNyA que ha sido victimizado y es respecto a ella que se despliega la intervención, consideramos fundamental abrir la posibilidad de evaluación y asistencia para el joven que ha mantenido conductas abusivas. Esta premisa se basa en varias cuestiones: los derechos que amparan a NNyA, la necesidad de evaluar si ha sido o está siendo también víctima de violencia sexual u otros tipos de violencia y, fundamentalmente, la posibilidad de prevenir que este adolescente cristalice sus conductas abusivas, apostando a la posibilidad de revertirlas.

Sin embargo, estas líneas de intervención se encuentran con obstáculos muy importantes. En principio, el acceso a la evaluación y atención de NNyA por equipos interdisciplinarios en el ámbito de la salud es muy limitado. Por otra parte, no resulta conveniente que la atención de quien ha sido abusado y la de su agresor transcurran en la misma institución, pues debemos resguardar a la víctima ante todo. En este sentido, resulta difícil el interjuego que, en estos casos, debe darse entre sanción y protección dado que, sin ánimo de caer en una actitud punitivista, consideramos que la ley debe instaurarse para garantizar la sanción de actos abusivos y marcar que estos sí tienen consecuencias.

Actualmente se posibilita el acceso a un espacio terapéutico y se plantea desplegar políticas públicas que permitan asumir la responsabilidad por los daños causados a otras personas.

La atención del adolescente que ejerce violencia sexual queda su-peditada a que su familia comprenda y acompañe esta intervención. Sin embargo, el camino tomado desde las familias suele ser el aislamiento del joven o la negación de las conductas abusivas, aunque no haya sido así en el caso que presentamos, pues ambos padres intentan responsabilizar al joven, y resguardar a la niña.

Las/os adolescentes suelen ser una población excluida en general de las políticas de infancia, por lo cual ha resultado una tarea difícil buscar espacios para los jóvenes menores de 16 años con conductas sexuales abusivas. En este contexto, surge la pregunta acerca del papel que juega la construcción de la masculinidad en estos jóvenes. Ante esta complejidad y considerando que muchas veces, como en el caso planteado, el agresor es un hermano o un familiar cercano, será importante el abordaje familiar. En principio, esto ayudará para desentrañar las características familiares que han sido escenario y han propiciado las conductas abusivas y, al mismo tiempo, para implementar estrategias de protección y acompañamiento ante la crisis que puede desatarse al develarse el abuso.

El equipo interdisciplinario da importancia a la denuncia como modo de sanción y posibilidad de poner un límite que brinde protección ante el abuso sexual. En estos casos la complejidad está dada por la construcción de estrategias de legalidad a nivel psíquico para impedir que estas conductas se naturalicen.

Asimismo, nos resulta relevante transmitir como equipo que, en estos casos, es muy difícil el abordaje frente a la fractura familiar que se presenta; poniéndose en relieve los límites de nuestra intervención, pues siempre queda algo por fuera, sin terminar de resolverse, y tendrá un devenir de acuerdo con los recursos de cada sistema familiar.

Por otro lado, como equipo nos encontramos habitualmente con la incertidumbre familiar en torno a preguntas del tipo:

¿este hecho podría repetirse? ¿Mi hijo está enfermo? ¿Cómo puedo saber si él se va a curar?

En estos casos lo primero que se nos presenta es la imposibilidad de ofrecer una respuesta cerrada o abarcadora de todas las posibles evoluciones psíquicas de los sujetos involucrados en situaciones abusivas. El devenir del psiquismo es particular como cada sujeto y dependerá en muchas ocasiones de los abordajes que puedan ofrecerse y de lo que el sujeto se pueda desplegar en esos recorridos terapéuticos.

Es muy complejo hacer proyecciones y se debe evitar hacer pronósticos futuros que generen etiquetas obturadoras o limitantes del posible desarrollo favorable del NNyA.

CASO 10: MI MARIDO NO DUERME A MI LADO

Abuso crónico intrafamiliar

El sábado a la noche me encontraba muy cansada y me fui a dormir. Mi hija pequeña pidió acostarse conmigo y así lo hizo. Mi esposo había puesto la televisión un poco fuerte. Ahora pienso que era para que no escuchara nada. Luego me dormí profundamente, hasta que me despertó la nena que se cayó al suelo, estaba durmiendo en la orilla de la cama. Me levanté y, para ir al baño, debía pasar por delante de la puerta de los dormitorios de las niñas. Al pasar por allí vi salir a mi marido muy sorprendido y algo nervioso. Le pregunté qué estaba haciendo y me respondió que como había entrado el gato lo estaba sacando... Luego me fui a dormir, pero me dijo: ¡No quiero creer lo que estoy pensando!... A la mañana temprano llevé a Juli para la parte de atrás de nuestra casa. Entre las cañas, le dije que había personas malas que podían hacer daño, que también los padres podían hacer daño. Y entonces le hablé del sexo, de lo que podían hacerle en su cuerpo. Fue entonces cuando Juli me dijo que el papá le había hecho “el sexo”. Yo no sabía qué hacer en ese momento, para donde huir. Tenía mucho miedo y rabia. No podía creer lo que me estaba pasando. Cuando se despertaron la más chiquita y el nene, los llevé para la casa

de mi hermana. Su patrona, que conoce a una doctora, la llamó por teléfono a la casa. La doctora me citó en el hospital, y ahí me dijeron que las dos habían sido violadas.

Así comienza el relato de Luisa, oriunda del sur de nuestro país, en la entrevista inicial conjunta entre Salud Mental y Servicio Social. Sus hijas de 5 y 8 años habían sido evaluadas en la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil donde se observaron hallazgos sugestivos de ASIJ, esto es, escotadura completa himeneal.

Entre conmoción y enojo, parecía vislumbrarse que Luisa no estaba del todo sorprendida con lo que relataba, como si hubiera podido anticipar algo de esto. Luisa insistió con la palabra “violadas”, pero esta vez aclaró que no fue la palabra usada por las médicas, pero ella lo entendió así.

¿Acaso Luisa había imaginado a Ramón haciéndoles algo malo a las hijas de ambos? Aunque ya lo sabía, sus expresiones no dejaban de mostrar sorpresa. Madre de tres hijos, dos niñas de 8 y de 5 años y un niño de 12, estaba casada con Ramón. Vinieron a Buenos Aires a concretar el sueño de formar una familia y sostenerse económicamente. Él era albañil y había logrado construir su propia vivienda, haciendo una habitación para cada niño. Según palabras de Luisa: “Él se mataba laburando”. En los ratos libres se dedicaban juntos a poner linda la casa, mientras los niños jugaban entre ellos o las niñas ayudaban a su madre en los quehaceres domésticos.

En la primera entrevista, al historizar su vida, esta joven madre relata su propia experiencia traumática. En su adolescencia, un grupo de jóvenes en “patota” la violó en el campo sin que ella pudiera hablar del hecho, guardándose el secreto durante años. Supo en carne propia lo que era una violación. Años después conoció a Ramón, un joven de su pueblo, y se casó con él. Pronto quedó embarazada de su primer hijo, al tiempo nació Juli y luego Antonia, la más chiquita. Cuando los chicos empezaron el colegio, la madre comenzó a ausentarse de la casa para ir a trabajar, pero nunca fue por más de unas horas. Luisa quería superarse y hacía muy poco tiempo había comenzado

a estudiar en la escuela nocturna. Ella nos decía, “la vida en Buenos Aires es más fácil cuando los dos trabajamos y de trabajos buenos”. La economía familiar era un tema álgido entre Ramón y Luisa, y ella recordaba que por ese motivo se habían generado las primeras discusiones entre ambos. Él se mostraba agresivo maltratándola “de palabra”. En algún momento, irrumpió en Luisa el recuerdo de su secreto y lo rompió contándole esa parte de su pasado al marido, quien asumió una posición de desprecio y denigración hacia ella. Estaba sorprendida de que en esa situación, al animarse a contar lo sucedido, su marido no la hubiera podido entender ni contener. A partir de allí comenzó a alejarse afectivamente de Ramón, llegando casi a no tener intimidad: “No tenía ganas de tener sexo, pero debía hacerlo porque era mi esposo”.

En esta entrevista se culpa por lo sucedido a sus hijas “no termino de entenderlo”, refiriéndose a su esposo y preguntándose lo impensable “¿a sus propias hijas? podría haber alquilado a una mujer, ¿pero sus hijas?”, exclamaba tratando de encontrar una respuesta. En ese momento, el equipo de Salud Mental dio lugar a la angustia materna. Se comenzó a pensar una estrategia, ya que las niñas, al igual que Luisa, convivían con el abusador. Ante la angustia, la culpa, la vacilación y el miedo de la madre, el equipo decidió la internación en una Sala de Clínica para resguardo de las niñas y la adulta.

A la mañana siguiente se entrevistó a Luisa y nuevamente se la observó angustiada y temerosa ante la posibilidad que la justicia la considerara cómplice y le quitara a sus hijos. Esta percepción suele ser habitual en aquellos casos en los cuales el agresor pertenece a la familia y es conviviente. La vida de esta mujer, como la de las niñas, de un momento a otro había cambiado y esta madre no cesaba de cuestionarse “dónde estaba yo cuando esto pasó”.

Luisa decidió realizar la denuncia y declaró que con anterioridad se había acercado a otro hospital de la zona para consultar por su hija mayor, Juli, que presentaba dolor abdominal y ardor en la zona genital. Allí no la revisaron, se limitaron a medicarla con analgésicos.

Luisa piensa que tal vez fue en ese momento cuando se había cometido el primer acto violento contra su hija.

En sus relatos podemos observar cómo se pregunta perturbada ¿habría podido evitar lo que pasó? “Si no hubiéramos hecho la otra habitación para separar a los chicos, si yo hubiera estado más dispuesta al sexo o si él hubiese buscado a otra mujer, aunque sea pagando no tendría que haber recurrido a sus hijas”. En este punto, se desprende la hipótesis de una madre que parece considerar a la libido como energía no ligada al deseo, más bien a la pura descarga sexual. Luisa se cuestionaba, ¿es acaso que Ramón tenía necesidades no satisfechas? La idea que para este hombre hubiera sido lo mismo tener sexo “con una mujer pagando” que “violar a sus pequeñas hijas” resulta insoportable para Luisa. Ella no podía pensar que podía tratarse de la concreción de un deseo incestuoso; es sumamente complejo entender e incorporar esa idea. Como equipo era importante entrevistar al padre.

Entonces, se citó a Ramón para una entrevista conjunta con Salud Mental y Servicio Social. El hombre ya se encontraba merodeando por la sala donde estaban internadas sus hijas. Aún la justicia no había ordenado medidas cautelares ni su detención. Él se presentó por su nombre y parecía un adulto tranquilo y predispuesto al diálogo. Comienza por relatar su infancia, de la cual refiere antiguos rasgos de timidez, advierte que nunca le había tocado pasar por “una situación parecida”. Relata los inicios de la pareja a partir de un acercamiento impulsivo a Luisa en la calle del pueblo, invitándola a salir casi sin conocerla. Se autodefine como “machista”, al contar que su prioridad siempre fue la unión de la familia y acusa a ese mismo machismo como la causa de los conflictos que tuvo con su esposa. —“Le pegué algunas veces”— nos cuenta con gesto indiferente —“y cuando ella fue de viaje a ver a su familia, yo comencé a tomar alcohol para que vieran en el estado que estaba por no tenerla a ella y a la más chica de mis hijas. Ella tiene esas cosas que se quiere ir no sé”. En cuanto a la situación con sus hijas refiere que “todo comenzó jugando cuando

Juli, la más grande, me tocaba y hacía cosquillas y yo le hacía lo mismo, y sí, la tocaba, pero en otras partes”. Entre sollozos contó “ahora pienso que con mi mano pesada la pude haber lastimado. Comenzamos un juego y no lo pudimos parar. Pero eso que dice mi señora, que la violé, nunca le hice daño a mis hijas. Menos a la menor que es mi mascota”.

Cuando le preguntamos qué sentía al contarnos esto, Ramón parece comprender en ese mismo momento la gravedad de los hechos. Lo que en principio relató como un juego comienza a tomar forma de algo siniestro en el discurrir de sus propias palabras. Algo del orden de la sanción se hace presente y en el rostro de Ramón, se anuncia la toma de conciencia de la posibilidad de ser imputado por un delito. El que relata “ese juego” es un hombre, no un niño, se trata de un adulto en la escena de un abuso sexual.

En ese momento, cobra para él consistencia real la violencia sobre el cuerpo de las niñas. En esta confrontación con la realidad, la aparición de la angustia en el padre pareciera favorecer la inscripción de la escena en el marco del incesto.

En el transcurso de este espacio de escucha, algo vaciló en este hombre, quien afirmó: “Si pudiera elegir, elegiría terminar con mi vida antes que ir preso”, manifestó con una desesperación similar a la angustia de muerte.

A partir de aquel momento, el cambio de posición de Ramón se direccionó hacia la preocupación por el futuro de su familia, mientras él cumpliera su condena. En esa última frase fue donde se deslizó el equiparar la prisión con la muerte, donde se desplegó su modo singular de dar lugar a la prohibición del incesto y que quien la transgrede corre riesgo de ser condenado en cualquier sociedad. Al mismo tiempo, la denuncia concretaba el pedido de detención.

En un segundo tiempo

Como en todos los casos abordados por el equipo, siempre hay un momento posterior que nos da la posibilidad de hacernos preguntas y dar así una vuelta más a lo trabajado. En este caso en particular nos surgieron interrogantes sobre la posición paterna.

Al recordar cómo Ramón relataba las escenas con sus hijas, refiriéndose a un “jugábamos”, pareciera que el desplazamiento desde la ternura con que un padre puede manifestar sus muestras de cariño hacia un hijo, traspasa en un momento no fácilmente precisable el umbral de la Ley. En este caso, desde el campo psicológico y psiquiátrico nos preguntamos, ¿cómo fue que este padre, que comenzó jugando con sus hijas a través de cosquillas, convirtió dicha escena en un acto de abuso sexual?, ¿en qué momento y bajo qué determinante el juego cambia de meta para desplegar la satisfacción pulsional del padre sobre el cuerpo de las hijas como mero objeto de goce?

Para poder responder esos interrogantes, comenzamos por debatir el modo en que pensábamos a Ramón como sujeto y se nos presentaban tres imágenes posibles de este hombre. Por un lado, se nos aparecía la imagen que relataba Luisa, un señor de mediana edad que se esmeraba por cubrir las necesidades de su familia (estereotipo social). Por otro, ante los relatos de Ramón de su propia historia y padecer infantil, un hombre vacilando en su posición de adulto, probablemente repitiendo escenas sin tramitar. Por último, teníamos la imagen que circulaba en toda la institución a partir del relato de sus hijas: Ramón era un violador.

Sólo contábamos con una entrevista al padre, en la cual se pudo observar superficialmente el modo de vincularse con su esposa. El relato de Luisa parecía indicarnos que el maltrato y la desvalorización hacia ella se acentuó a partir de que ella le contara el episodio de violación sufrido en su pasado. Pareciera como si, a partir de quitar el velo sobre esa situación del pasado de su mujer, esto la tornara ajena y despreciable a sus ojos. Tal vez el hecho de pensar que a ella la habían violentado otros hombres, lo hacía sentirse con más derecho a ser violento o lo precipitaba más. Desde el campo psi nuestra

primera y única impresión diagnóstica en relación con Ramón, pues no lo volvimos a ver, nos hizo inferir cierta pobreza simbólica, escasa capacidad de asociación-elaboración de lo no tolerable, poca tolerancia a la frustración, rasgos de agresividad y dificultad para el control de los impulsos en general. Con estas características, era posible que imaginar a su mujer como objeto de goce de “una patota” se le hubiera vuelto intolerable, acentuando así la violencia en los vínculos familiares en general. Los posibles estereotipos de lo que es ser “un buen padre” o “una buena mujer” habrían tambaleado, habilitando la agresividad hacia ella y posteriormente hacia sus hijas.

Reinvención de la familia a través del reposicionamiento materno

En relación con Luisa, desde el abordaje psi, se podría inferir que ella ya lo sabía, quizás desde antes de saberlo. El miedo y la culpa ante la latente complicidad, amenazaban su rol en nombre de la sanción. A estas alturas estábamos ante una mujer que se preguntaba por primera vez si podría llevar adelante su vida sola. En las sucesivas sesiones, se realizó un acompañamiento psicoterapéutico que propició reflexiones en Luisa sobre temas tales como los modos familiares de criar a los hijos, aquellos que la atravesaron a ella en su rol de hija, o el modo de ser una “buena madre”. Recordó su propia violación, y la dificultad para pedir ayuda, con el efecto traumático concomitante que la acompañó durante toda su adolescencia. En la actualidad, el estar del otro lado, siendo ahora una madre encargada de continuar con las medidas necesarias para sancionar la violación de las pequeñas, la enfurecía. De esta forma, Luisa fue descubriendo una salida del ensimismamiento y sumisión mantenidos por años, lo que posiblemente la había empobrecido, impidiéndole proyectarse. Hoy, en esa furia, Luisa encontraba su fortaleza. A partir de ese reposicionamiento subjetivo y de la resignificación de su propia historia y

pasividad anterior, pudo pararse desde otro lugar con respecto a los hombres, especialmente su marido. Ella no solo realizó la denuncia, sino que la justicia llevó adelante la detención del padre de las niñas, descubriéndose así en un nuevo rol de mujer autónoma, al cuidado de sus hijos y al frente de la economía familiar.

Aquel pasaje de niña indefensa y objeto de violencia, incapaz de contar lo que le había ocurrido, al de una mujer más fuerte e independiente se generó a partir de la posibilidad de reivindicar el bienestar de sus hijas, en un acto reparatorio. Esta nueva Luisa ha tramitado finalmente el suceso traumático.

Abuso sexual infantil y juvenil y violencia de género

El ASIJ es una forma de violencia contra NNyA, pero también es violencia de género. Los números nos muestran que la mayoría de las víctimas son niñas y adolescentes mujeres, mientras la mayoría de los victimarios son varones. También es frecuente que quienes abusan de niñas, en gran proporción sus padres, al mismo tiempo ejerzan violencia contra sus parejas.

Estos conceptos coinciden con nuestra experiencia. En 2012, publicamos un artículo (Herrera et al, 2015) que registró que en el 38% de los casos de SASIJ había antecedentes de violencia de género hacia otra mujer de la familia, generalmente la madre de la niña. Esta variable debe ser siempre tenida en cuenta al momento de la intervención.

Desde una mirada social es interesante analizar el rol que juega la construcción de masculinidades en nuestra sociedad.

Artiñano (2016) señala, citando a Naranjo, que se ha favorecido el incesto dentro de la cultura, en tanto que los niños son considerados propiedad dentro de la familia, y es el padre quien ejerce la autoridad. Podría agregarse que son particularmente las niñas quienes además tienen un doble vínculo de subalternidad y objetualización, dado que se agrega su condición de género.

Encontramos en la situación presentada una síntesis de la masculinidad hegemónica representada en el padre de las niñas. Un hombre que se erige como sostén económico del hogar, pero que también muestra su dominio sobre los demás miembros de su familia. En este sentido, es importante señalar el lugar de la cultura que avala estas masculinidades, dado que, aunque el incesto pueda aparecer en lo evidente como socialmente repudiable, existen entramados culturales que lo sostienen a través de la historia. Artiñano (2016) refiere que “mientras que la sociedad prohíbe legal y moralmente estos actos, por otro lado, exige a los hombres que den cuenta de su superioridad masculina, tomando como objetos dignos de manipulación a integrantes de su familia”.

Nos resulta imprescindible trabajar desde la perspectiva de género, cuando se abordan cuestiones de violencia. Es primordial atender la singularidad de cada caso.

CASO 11: SOLEDAD, MI DOLOR

El impacto de un antecedente de ASIJ en la familia

Al abrir la puerta del consultorio, se presenta Miranda, de 14 años, acompañada por su padre, Carlos. Ambos ingresan al consultorio de la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil. El motivo de la consulta es que la joven presenta flujo genital. Luego de realizar la historia clínica, le solicitamos al padre que aguarde en la sala de espera y llevamos adelante la evaluación física, intentando iniciar un diálogo con la paciente, que se muestra reticente. Durante el examen ginecológico, se le realiza un cultivo por presentar flujo vaginal y se le brinda un turno de atención.

Días después, Miranda concurre con su tía Soledad a buscar los resultados de los estudios ginecológicos. En ese momento se las nota algo ansiosas y Soledad ingresa con impaciencia, mientras Miranda se acomoda en un rincón del consultorio contra la pared. La tía dice:

— ¡Hace una semana se tomó los remedios que le dio el psiquiatra a mi hermana! —señalando a su sobrina y haciendo referencia a la madre de Miranda.

En esta instancia, se hace necesario abrir un espacio de diálogo y se decide entonces que sea evaluada en el día de la fecha por el servi-

cio de Salud Mental. En la consulta inicial se había percibido cierto grado de incomodidad, como si existiera alguna situación tensa entre el padre y su hija, cierta inquietud en el padre cuyo merodeo en la puerta del consultorio parecía irritar a Miranda.

Ese mismo día Miranda es atendida en el Servicio de Salud Mental. Ambas, tía y sobrina, ingresan al consultorio y Soledad cuenta que la adolescente había ingerido psicofármacos que encontró en el hogar, con la intención de quitarse la vida. Frente a ese acto que puso en riesgo la vida de la joven, no se había realizado ningún tipo de consulta a pesar de haber permanecido dormida dos días seguidos.

Miranda convive con su mamá de 48 años, quien consume drogas y permanece poco tiempo en la casa.

Se va en bicicleta a la casa de los abuelos dónde vive su papá, el ex marido de mi hermana —relata Soledad. Ella le tiene miedo, pero como están los abuelos va igual para no estar sola.

En ese momento la pregunta comienza a girar en torno a ¿por qué la joven le temía a su padre? Soledad tiene 27 años, aunque parece mayor. Ambas parecen enojadas entre sí. Miranda no nos mira, tiene puesta su capucha y las manos en los bolsillos, Soledad parece su madre. Ellas viven en el mismo terreno, pero en distintas casas. Continúa diciendo:

Mi hermana se separó de Carlos cuando yo tenía 14 años, porque él tiene una causa conmigo por abuso y por eso estuvo preso —. Soledad habla con total naturalidad, despertando nuestra sorpresa y alarma. Miranda se pone los auriculares y se concentra en su celular.

Es su padre y, si ella lo quiere ver, no puedo decirle nada. Yo pienso que la justicia tendría que haber hecho algo para que mi sobrina no estuviera a solas con él, si es un violador — se angustia y refiere —siempre le pregunto si no le hace algo, si no le hace cosas, desde que era chiquita tengo miedo que la toque. Ella me dice que nunca le hizo nada, pero la cela como una pareja y no la deja tener novio. El padre la trajo a ginecología porque para mí sospechó que ella había tenido relaciones sexuales.

En este punto de la escucha nos planteamos, ¿cuál era entonces el motivo de la consulta? ¿El síntoma ginecológico, la intención del padre de saber si su hija había tenido relaciones sexuales, el intento de suicidio o la sospecha de abuso por parte de su tía?

Mientras tanto Miranda ignora la propuesta de participar en la entrevista. Gira su cabeza al ritmo de la música que sale por los auriculares y que sólo ella escucha, recostándose en la silla. A esta altura, el enojo de Soledad se respira en el consultorio y el desánimo de Miranda tiñe de gris cualquier comentario. Se insiste en el valor de tomar la palabra. Se ofrece un espacio de confianza para ayudarla y se aguarda durante un tiempo de silencio, como quien quiere dejar en claro que no hay prisa y que el analista puede tolerar tanto el enojo de Soledad, como la tristeza de Miranda.

Pareciera que la pausa y el silencio propician la ocasión para que ambas puedan mirarse y encontrarse en el dolor, llorar y abrazarse. Miranda se saca de a poco la capucha para dejar que su tía la acaricie. Se le deja en claro que no tenemos apuro, se puede esperar, pues en esa espera se aloja la angustia en este primer tiempo.

Al cabo de unos minutos, estando abrazadas, Miranda decide hablar. Desde el rincón de su asiento dice que vino a Ginecología y habló a solas con la doctora que la revisó y la escuchó, y por eso la derivó con la psicóloga. Nos cuenta:

Yo siempre estoy mal, siento que ellos hacen todo por mí, pero no sé por qué no soy feliz.

Se le señala que es valioso que ella pueda poner en palabras esto que siente y se le pregunta si tiene alguna idea de qué será lo que la hace sentir mal. Soledad mira para otro lado, como dándole la palabra.

Repentinamente, Miranda se apoya en el escritorio con ambas manos y con gesto de enojo exclama a viva voz:

¿Y qué querés que me pase si mi papá violó a mi tía!? — señalando a Soledad que permanecía sentada a su lado, ahora ella con la mirada hacia el piso— ¡¡yo no lo sabía, pero ahora lo sé!!

Con gestos de enojo continuó.

Quisiera estar muerta, porque nunca más me lo pude olvidar. No pienso todo el tiempo en eso, sólo cuando me acuerdo lo que le pasó a ella con mi papá —al decir esto, derrama sus primeras lágrimas que rápidamente se seca para continuar aclarándonos—. Cuando voy a danza, o a la escuela, o estoy con mis amigos, la paso bien. Pero cuando me quedo sola y recuerdo, pienso en eso y no lo puedo tolerar.

Nos dice que no le gusta hablar de ella, que prefiere aislarse, no molestar con lo que le pasa. Se le pregunta en qué otros momentos o qué otras situaciones la hacen pensar en la muerte:

Cada vez que me peleo con alguien, la última vez me había peleado con mis amigos del colegio, yo sé que hago cosas para que me odien —relatando que termina en agresiones físicas con sus compañeros.

En relación con la ideación suicida de Miranda es pertinente evaluar el riesgo, considerando la posibilidad de internación. En este caso pudo evitarse gracias a que se contaba con Soledad, como presencia tranquilizadora, que contenía y se hacía responsable de traer a Miranda a la consulta al día siguiente. Se le dieron pautas de alarma, indicando no dejar sola a la joven y se la cita para una nueva entrevista, en lo posible en compañía de la madre de Miranda.

Al día siguiente, Soledad informa que tuvo que dejar de trabajar para poder traerla, ya que la madre de la joven desestimó la consulta en Salud Mental y el riesgo. Nos plantea que se le hace imposible hacerse cargo de su sobrina de este modo. Miranda no quería concurrir y la tía solicita ayuda porque no puede imponerse, dejando en claro que se sentiría más tranquila si la joven permaneciera internada hasta que esté menos angustiada, y ella pueda tramitar la guarda para tenerla a su cargo.

En ese momento se vuelve a entrevistar a Miranda. Esta vez a solas. Parece ensimismada, reticente al diálogo y aún con manifestaciones de angustia que permiten inferir la persistencia de la ideación suicida. Se le propone permanecer unos días en el hospital para recibir atención psicológica. Accede a esta propuesta, relatando que

su hermano de 21 años se ofrece a venir a acompañarla si la dejan internada.

Yo quiero estar bien, pero no sé cómo. En casa estoy sola, y no quiero estar así —. Se decide convocar a su hermano, mientras se tramita su internación.

Un camino de regreso a casa

Verlas a Miranda y Soledad organizándose para la internación parecía una especie de mudanza, como si estuvieran disponiéndose para un nuevo comienzo. La historia de ambas empezaba a abordarse en un espacio común donde el dolor compartido podría ser el inicio del cambio.

En este caso, se puede observar cómo la adolescencia ha dado lugar a la resignificación de escenas que estaban presentes en la paciente desde hace tiempo y que “ahora entiende”. Soledad relata la dificultad que tiene en el vínculo con su hermana y la impotencia de no poder ayudar a su querida sobrina a quién ve muy sola.

En el transcurso de la intervención conjunta con Trabajo Social y a medida que nos aproximábamos a la situación de Miranda y su familia, la demanda inicial respecto a la SASIJ se iba desdibujando y comenzaban a aparecer otras situaciones de vulnerabilidad que nos hacía replantear la hipótesis de trabajo. La figura del padre de Miranda iba quedando como un fantasma del pasado y no tanto como parte de su realidad actual. En las sucesivas entrevistas no se mencionaba ya la violencia ejercida por este y comenzaron a centrarse en el conflictivo medio familiar y en los problemas individuales de sus miembros. En este contexto, se presentaban numerosos factores de riesgo que incrementaban la vulnerabilidad de la adolescente: trayectoria escolar irregular, vínculos familiares conflictivos, entorno afectado por consumo problemático de sustancias tanto de su madre como de su grupo de amigos del barrio y, por último, múltiples intervenciones institucionales fallidas.

La soledad de Miranda, quien reclamaba continuamente la mirada de su madre, y la complejidad de sus vínculos, nos llevaba a replantear el eje de intervención y las estrategias disciplinares.

Las autoagresiones y la idea de muerte que aparecían en las consultas durante la internación se encontraban ligadas principalmente al lugar que ella vivenciaba como propio en su familia. Cada miembro se centraba en sus conflictos individuales, lo que hacía dificultoso el registro de las necesidades y deseos de la joven.

Desde Trabajo Social, nos parece interesante el concepto de interseccionalidad en el análisis de esta situación. Cuando se aborda una situación de sospecha de ASIJ, debe tenerse en cuenta que puede darse en un contexto donde existen diferentes formas de desigualdad. Así será relevante conocer el género, la orientación sexual, las condiciones materiales de vida, el aspecto cultural ligado a lo territorial, la migración, la etapa de la vida que se está transitando, las relaciones de parentesco y visualizar si existen en ellas relaciones de desigualdad.

Según Platero (2014), “la interseccionalidad (...) hace consciente cómo diferentes fuentes estructurales de desigualdad (u ‘organizadores sociales’) mantienen relaciones recíprocas. Este enfoque subraya que el género, la etnia, la clase, u orientación sexual, como otras categorías sociales lejos de ser ‘naturales’ o ‘biológicas’, son construidas y están interrelacionadas”. El hecho de haber nacido en un barrio marginal, producto de una relación conflictiva, no habiendo sido deseada, criada por una madre con consumo problemático de sustancias, siendo en la actualidad cuidada y traída al hospital por un padre biológico que estuvo preso por abusar de su tía, es un fiel ejemplo del concepto descrito anteriormente y su impacto cotidiano en la vida de Miranda.

Desde Trabajo Social, el concepto de interseccionalidad permite pensar en la complejidad de la situación de Miranda y considerar las múltiples facetas de su identidad que se ponen en juego en su sufrimiento. Muchas de ellas ligadas a su lugar dentro de la estructura social, el cual le deja poco margen para el ejercicio de sus derechos.

Cabe preguntarnos, ¿qué lugar tienen y a hacia dónde va el destino de las y los adolescentes de los barrios empobrecidos, muchas veces ya alejados de la institución escolar, cuando no cuentan con el apoyo suficiente desde el ámbito familiar?

La realidad de Miranda nos posibilita reflejar la necesidad de una mirada amplia y abierta sobre su problemática, trascendiendo la demanda inicial, para que la realidad familiar aparezca en escena sin desmerecer la evaluación de la SASIJ inicial, pero dándole el lugar que ocupa dentro de su devenir.

Desde Salud Mental, al evaluar un paciente lo hacemos en la totalidad de sus áreas, no sólo atendiendo a la consulta por supuesto abuso. Aquello que, en primera instancia, parece ser una consulta por una situación que genera inquietud en alguno de los otros servicios, como ocurrió con Miranda en Ginecología, finalmente puede derivar en otro diagnóstico, atendiendo a los diversos factores y dinámicas descriptos.

En el caso de Miranda, el antecedente de intento de autoeliminación por ingesta de psicofármacos, la no reacción de la familia ante ese riesgo y la ideación suicida actual nos convocaron para internar.

Esto sucede cuando el paciente se encuentra ante un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, atendiendo de esta forma al interés superior de resguardar al NNóA. Durante el trabajo en la internación se propuso a la joven historizar acerca de su malestar y esa sensación de “estar siempre mal”. Poco a poco, ella pudo comenzar a hablar de lo traumático que había sido enterarse el motivo por el cual su padre había estado preso. Le resultaba insoportable imaginarse la situación de violencia entre dos personas que ella quería muchísimo, su padre y su tía.

La joven recordó que fue aproximadamente a la edad de nueve años, cuando su padre salió de la cárcel y el momento en que comenzó su trato cotidiano con él sin saber nada sobre el ASIJ. Aunque lo visitaba asiduamente en la casa de sus abuelos paternos, fue recién en el último tiempo que casi por azar pudo relacionar los sucesos

que vinculaban la violación de su tía a los 14 años con la prisión del padre, siendo este el violador.

Poco a poco se fue instalando en ella la pregunta sobre la violación y reconociendo la incomodidad que sentía en el vínculo paterno. La ambivalencia y la intención de no angustiar ni a su tía, Soledad, ni a sus abuelos paternos coincide con ese tiempo en el que comenzó a auto-lesionarse mediante los cortes en los brazos que funcionaban a modo de descarga y apaciguaban algo de su dolor localizándolo en el cuerpo.

Su tía y sus abuelos eran quienes más la contenían. Evitar preocuparlos generó que Miranda tendiera a guardar su dolor y su rabia, descargando la ira en su propio cuerpo. Cuerpo ahora sexuado y atravesado por la pubertad. Al mismo tiempo, comenzaba a sentir el acoso de la mirada masculina, por parte de quien debería transmitirle seguridad y confianza, “él me miraba raro”. En otras palabras, la adolescente esperaba encontrar la mirada de un padre protector, pero detectaba la libidinosidad y un deseo que debería ser prohibido. Se enfrentaba hoy a la mirada de un hombre que lejos de cuidarla la celaba, estando latente el antecedente de la violación a su tía. En este contexto, todo miedo amenazaba permanentemente en convertirse en certeza y estar a un paso de lo real.

Para Miranda, quitarse la vida era en parte negarse a ese goce sexual incestuoso proveniente del padre; y al desamparo de la soledad, por el lado de la madre.

Pedir ayuda a su tía y a sus abuelos implicaba acrecentar esa angustia y generarla en los otros, a quienes ella quería. Quitarse de la escena se le figuraba como la única salida posible para esa joven mujer.

El trabajo durante la internación fue complejo, dando lugar a la rectificación de la ideación suicida, recuperando poco a poco el deseo de vivir, pero esta vez alejada de su padre y al cuidado de su tía, a favor de quien se solicitó una medida de abrigo al servicio local de niñez. El abordaje continuó en tratamiento ambulatorio luego del alta.

A modo de observación general, desde Salud Mental elegimos este caso para enfatizar como, si bien nuestra paciente no padeció abuso en el plano de lo real por parte de su padre biológico, el antecedente de violación intrafamiliar a su tía, operó en su psiquismo transformando la realidad psíquica en una angustiante amenaza de posible “abuso” por parte de su padre, hacia ella.

CASO 12: DETRÁS DE LAS REJAS

HPV como indicador de ASIJ

Por primera vez, a los cinco años, Pedro concurre con su madre al Servicio de Dermatología del Hospital de Niños. Había sido derivado por un cirujano de una localidad cercana por presentar verrugas genitales en forma recurrente.

Matilde y Héctor, los padres de Pedro, viven con sus tres hijos en una quinta dedicada al cultivo de hortalizas. En el mismo terreno viven los abuelos paternos de Pedro, con su familia, con quienes comparten la actividad laboral. Matilde refiere que el niño tenía una verruga en el pliegue de la cola que había sido extirpada por el cirujano del hospital local hacía un año. La lesión reapareció en más de una ocasión en zonas cercanas al margen del ano y el médico decide su derivación a un centro de mayor complejidad para abordar el caso.

Ingresa al consultorio sorprendido de ver a tantos niños como él en la sala de espera. Cuenta que nunca había estado en un hospital tan grande. El doctor que lo evalúa lo invita a subirse a la camilla, mientras Matilde le acerca una nota. El médico de cabecera le envía una copia del informe de la biopsia de la verruga inicial que es compatible con infección por virus del Papiloma Humano (HPV).

Se le pregunta a Matilde si alguien en la familia tenía lesiones similares en otras partes del cuerpo pensando en la posibilidad de contagio por un contacto cercano. Responde que ni ella ni su marido, ni sus otros hijos tenían lesiones similares. Cuando Pedro se desviste, se observan dos verrugas aisladas en el glúteo derecho y varias lesiones papilomatosas en forma de ramillete cercano al margen del ano.

En la entrevista conjunta con la trabajadora social y la psicóloga del equipo se profundiza acerca de la vida de Pedro y sus vínculos. Matilde, que durante la evaluación se mantuvo tranquila, expresa en este espacio su preocupación por la forma de contagio: ¿cómo es que su hijo tiene eso? Aunque el médico de familia le había explicado las formas de contagio, recién en este momento ella se plantea la posibilidad de que su hijo haya sido abusado.

En el siguiente encuentro, la madre refiere que, a partir del interrogante planteado por el equipo, le preguntó a Pedro si alguien le había hecho algo malo, si alguien le había tocado la cola. El niño respondió que sí, que lo tocó su tío Danilo.

En las siguientes entrevistas psicológicas, Pedro, de 5 años, fue contando cómo su tío abuelo, que vivía en la casa lindera, le apoyaba sus genitales “en la cola”. Sus padres, entre la sorpresa y el dolor de lo que escuchaban, fueron asesorados para realizar la denuncia correspondiente en la comisaría cercana a su domicilio.

En el proceso de develamiento, el niño que refería aprecio por su tío y por los juguetes que este hombre le obsequiaba, comenzó a mostrarse angustiado y enojado. La denuncia desató en el tío acusado actitudes violentas hacia la familia del niño, generando en Pedro temores y pesadillas. En ciertas ocasiones, los niños suelen reaccionar con temor y negando lo ya develado con la intención de tranquilizar al grupo familiar y evitar más riesgos. También puede ocurrir que en ese tiempo se les hagan presentes las amenazas recibidas por el agresor en pos de fomentar el silencio y mantener el secreto. Si esto sucediera, no inhabilita el relato inicial, pues se trata de aquello que

en la biografía se llama habitualmente desmentida y forma parte del proceso de develamiento.

Pedro siguió asistiendo a las entrevistas pautadas en los diferentes servicios. Una de esas mañanas de invierno en la que el niño concurría a su cita programada en el Servicio de Salud Mental, se lo pudo observar de mejor ánimo que de costumbre, definiéndose “contento”, mientras Matilde tejía en la sala de espera, aguardándolo. Pedro pidió una hoja a la psicóloga para dibujar. Mientras lo hacía, comentó, “esta es mi familia y éste... es mi tío en la cárcel, acá arriba... porque es malo... ya no lo veo más...”. Como un modo de hacer un cierre, y producto de la propia elaboración de lo vivido.

Verrugas anogenitales y su relación con el abuso sexual infantil

Las verrugas anogenitales son lesiones frecuentes en la población infante juvenil. Están producidas por el Papiloma Virus Humano (HPV) y pueden provocar manifestaciones clínicas como picazón o dolor y, excepcionalmente, sangrado. En forma habitual se consulta por la aparición de las verrugas, cuando se las descubre. Como esta infección puede ser asintomática y el tiempo de adquisición del virus no puede determinarse dado que las verrugas pueden desarrollarse meses o años después del contagio, identificar la fuente de la transmisión a menudo es muy difícil.

Por considerarse una infección de transmisión sexual, durante muchos años se pensó que el ASIJ era la forma de contagio casi excluyente. Hoy se sabe que el virus puede transmitirse de la madre a su hijo como una infección perinatal, principalmente en el paso por el canal del parto. También se ha descrito por contacto con personas que tengan lesiones en la piel o por compartir toallas o ropa íntima contaminadas por el virus (Latanya, 2021).

Cuando atendemos niños pequeños con verrugas anogenitales, sobre todo quienes no requieren ayuda para asearse o ir al baño, se impone la sospecha de estar frente a un caso de ASIJ. Los especialistas coinciden que, a mayor edad en la aparición de las lesiones anogenitales, sobre todo después de los 4 años, es más probable la adquisición de la infección por contacto sexual, lo que se vincula con la posibilidad de un ASIJ (Unger et al, 2011).

En algunos casos, los familiares pueden reconocer en sí mismos lesiones en piel o referir que han padecido esta enfermedad y así podemos acercarnos a determinar la fuente de contacto, pero no es lo más frecuente. Siempre se refuerza la necesidad de realizar los controles médicos correspondientes en los familiares y evaluar a los otros niños de la casa. En algunos casos, los controles son asumidos por la familia de modo persecutorio, negándose a realizarlos, llevados por la presunción de que ellos podrían ser señalados como supuestos agresores. En estos casos se refuerza la importancia de realizar la prevención para evitar el contagio de HPV en el medio familiar, donde se cohabita con el paciente infectado.

Como todo proceso diagnóstico, cuando se parte de un hallazgo físico y no de un relato, lleva tiempo reconocer el modo y la fuente de contagio, no encontrando la mayoría de las veces respuestas concretas.

La evaluación interdisciplinaria de estos casos resulta imprescindible para abrir un espacio de diálogo con la familia y su entorno. Pues, se debe plantear la sospecha de ASIJ, con el fin de que puedan interrogarse sobre esta posibilidad. A su vez, se debe tener en cuenta la presencia de otros indicadores de riesgo que acerquen al equipo tratante al diagnóstico o a descartar el mismo.

Muchas veces los pacientes llegan derivados de otros centros con la denuncia precipitada de ASIJ frente al cuadro de verrugas genitales sin un trabajo de evaluación previa. Esto obliga al equipo a desandar con el paciente y su grupo familiar acciones iatrogénicas para acercarse al correcto diagnóstico.

En la situación de Pedro, un niño de cinco años, decidimos abordar en un primer momento entrevistas con los adultos en las que se trabajó sobre las distintas formas posibles de contagio de la infección. Las lesiones del niño poco a poco fueron revelando la fuente de la infección, ligada a un contexto de un relato de ASIJ, siendo estos indicios físicos cruciales para definir el diagnóstico.

Este caso dio lugar desde el campo psi a entrevistas abiertas, donde Pedro pudo desplegar espontáneamente el relato sobre su vínculo con este tío y cómo se habían producido esa clase de “juegos” en los que incluía al niño. Además, contó sobre los regalos y “premios” por jugar bien y no contar nada. La pregunta de su madre y el modo en que esta la expresó, con preocupación y angustia, disparó en el niño la presunción de que algo no estaba bien. A partir de allí, para Pedro el espacio psicológico cobró la importancia de un lugar donde poder comenzar a preguntarse por lo que está bien y mal, más allá de quién lo diga. Este tío, que hasta ahora había sido “bueno porque le regalaba juguetes”, habría traspasado el límite de lo prohibido avasallando su intimidad. El emergente de la angustia en el niño es un indicador del efecto de la ley en su subjetividad. Fue como si en ese momento, Pedro creciera de golpe y comprendiera que lo que había sucedido no era un juego y estaba mal. En su mundo simbólico, “los buenos hacen las cosas bien y los malos van a la cárcel”.

Cuando aparece la sanción al agresor, esto no siempre tranquiliza a la víctima, pues se manifiesta la ambivalencia afectiva y, en algunos casos, la fantasía de compartir culpabilidad por lo sucedido. Incluso, el hecho de que un miembro del sistema familiar sea detenido despierta rivalidades y tensiones. En el caso de Pedro, parecería que lo tranquilizador era pensarse a resguardo de conductas que ahora comprendía que lo ponían en riesgo.

El dibujo aparece como la síntesis de lo trabajado en el grupo interdisciplinariamente. En él se puede observar el reforzamiento de los límites y el despliegue de defensas para mantener a distancia y bajo control al agresor. Éste impresiona con ojos oscuros y remarcados,

largos brazos y en posición amenazante. En un segundo plano, Pedro dibuja en la misma hoja a su familia y se dibuja a sí mismo, tomados de la mano y con gestos sonrientes, de lo que podría inferirse que se siente acompañado por ellos, además de su deseo de sentirse bien. Al mostrar el dibujo, relató sobre cómo ahora podía andar tranquilo en el barrio y cómo se preparaba para el comienzo de clases. No se observaban signos de angustia ni preocupación. A partir de ahí se lo acompañó en las sucesivas entrevistas, para que retomara su cotidianidad de la mejor manera posible. Al continuar con sus controles en Dermatología, el equipo en las reuniones interdisciplinarias tenía la posibilidad de evaluar el seguimiento necesario y las eventuales intervenciones.

Pedro concurre al servicio de Dermatología para el tratamiento de sus verrugas cada 20 días durante varios meses. Si bien el proceso fue largo, siempre lo hizo con muy buena predisposición y cumplimiento. Las lesiones finalmente desaparecieron y actualmente concurre a control cada seis meses.

Vale destacar, entonces, que la posibilidad de ASIJ merece ser considerada ante la evaluación de un niño con verrugas anogenitales, aunque hay posibilidades que se adquieren por vía no sexual. La sospecha de ASIJ no puede ser definitivamente excluida en función de la edad, aunque sea menos probable en menores de 4 años. En el abordaje de estos pacientes deben considerarse siempre las entrevistas con los cuidadores y el niño, un examen físico completo y la detección de otras enfermedades de transmisión sexual (Rogstad et al, 2016)

Implicancias de los dibujos en el diagnóstico del ASIJ

Es necesario aclarar que, en este caso, el dibujo por sí solo no presenta indicadores de ASIJ, debe ser acompañado por un relato. Es muy vasta la bibliografía en la que se pueden encontrar descripciones que toman al dibujo infantil con carácter de prueba (test) o de universa-

lidad. Desde nuestra experiencia profesional, bajo ninguna instancia un dibujo por sí solo puede ser indicador de abuso, ya que este tiene que ser contextualizado en el marco de una entrevista de evaluación.

Consideramos que una expresión gráfica cobra sentido en un contexto de entrevista y en el vínculo con un otro. En las sesiones con niños, tanto el dibujo como el juego, son un medio de comunicación entre el psicólogo y el paciente.

El juego y el dibujo interpelan la subjetividad y arman lazo con aquello que quiere ser dicho. En algunos casos para elaborar lo no ligado, en otros para comunicar o simplemente para jugar, donde el juego es un fin en sí mismo. Asimismo, cuando alguien “habla” el discurso inconsciente también se despliega, acompañado de expresiones gestuales, palabras, comentarios, movimientos, y emociones que dan sentido. Ese dibujo es para “alguien”, en ese momento y no en otro. El dibujo dice, en un tiempo y un espacio singular, algo acerca de la realidad psíquica de ese sujeto y nos muestra los recursos simbólicos disponibles para hacer frente a la situación actual o pasada que estamos abordando.

Insistimos en que el dibujo de Pedro surge espontáneamente y representa un cierre para el niño, a modo de síntesis, del trabajo realizado en el equipo interdisciplinario y más allá de lo real o no de esas rejas, representa un cumplimiento de deseo para volver a sentirse bien.

PARTE 3

Reflexión grupal, pensando en el trabajo en equipo

Frente a los casos presentados, para concluir, nos planteamos el interrogante, ¿un profesional de la salud puede elegir trabajar o no trabajar con ASIJ?

La respuesta es no.

No siempre se puede elegir trabajar en la temática de ASIJ, pero todo agente de salud debe hacerse cargo de la atención de un NNyA que presenta sospecha de ASIJ.

Para ello, consideramos óptimo el abordaje interdisciplinario, aunque sabemos que no siempre se cuenta con la posibilidad del recurso grupal en una misma institución. Incluso, reconocemos que puede haber excepciones, debido a la historia personal del profesional de salud que dificulte la atención de esta temática.

Para trabajar en ASIJ, lo primero es contar con compromiso y predisposición para la atención. Luego, comenzará el recorrido de trabajo en asistencia al ASIJ, para el cual resultan imprescindibles la experiencia, formación y actualización permanente de cada uno de los integrantes del grupo.

Ser agentes de salud no nos exime de sentir, de soportar la angustia y malestar del paciente, y de su entorno. Esta energía tan inherente al ser humano nos debe llevar a realizar una práctica clínica útil. Debe transformarse en algo que suma al bienestar del otro.

¿Cómo se hace eso que hacemos todos los días? Algunas de las respuestas surgieron en las reuniones interdisciplinarias y los espacios de supervisión. Porque en este libro, no sólo aportamos los datos de las distintas disciplinas. También exponemos la implicancia personal, cómo decidimos los modos de abordaje y las estrategias terapéuticas a seguir. Pivoteamos constantemente entre variables clínicas, sociales, psicopatológicas y legales, a partir de las cuales, nos escuchamos en reflexiones como las siguientes:

— Cuando entré al hospital apenas terminé la facultad, estar frente a un nene enfermo me daba escalofríos. Y me preguntaba, ¿cómo se soporta? Lo tenía que hacer y lo hacía —relata una de las pioneras integrantes del grupo— pero seguía sintiendo el mismo dolor por

ellos. Eso no se puede evitar. Pero uno aprende y va capitalizando el trabajo hospitalario.

No se trata de tener un ideal de trabajo que implique “acostumbrarse al sufrimiento del otro”. Por el contrario, el desafío es generar una empatía funcional, que consiste en la preocupación e intención de ayudar a ese otro, con las herramientas y recursos propios de la profesión ejercida, dando lugar a una atención integral acorde con lo que ese paciente necesita.

A pesar de los años, no puedo manejar el dolor que me genera la nena que no dice nada y se le cae la lágrima en silencio. Me parte el alma.

Existe un sentimiento que reaparece en las opiniones grupales: no nos acostumbramos nunca al dolor de los niños y a la vulneración de sus derechos. Y no intentamos hacerlo. ¿Se puede evitar sentir? Claro que no. Muchas veces y en muchos casos nos vamos a nuestros hogares cargados de la tensión vivida durante el trabajo hospitalario.

El caso de ese nene me pegó, es imposible que eso no pase. No son todos los casos, son algunos. También es como uno puede hacer y va buscando herramientas de cómo hacer. Y el otro te quiere contar y contar, detalle por detalle...y yo digo hasta acá puedo. Señala otra integrante del grupo sobre la necesidad de encuadres claros que permitan establecer un límite saludable, donde decir “basta” es parte del trabajo. A veces, sentís que todo lo que te dicen te invade.

Cuando me fui formando en esta especialidad no pensaba atender esta problemática. Pero bueno, aprendí. Fui aprendiendo la manera de abordaje para atender abuso.

Yo tampoco, decía siempre que no iba a trabajar con abuso, que no podía, que me conmovía demasiado. Y después, fue esa sensibilidad la que me ayudó a entender, a alojar. Y a darme cuenta que no porque sea abusado tiene que desarrollar síntoma. Aprendí a respetar eso también. a percibir cuando es momento de hablar y cuando aún no.

Son algunas de las frases que resuenan entre quienes trabajamos en ASIJ. La experiencia en sí misma moldea el aprendizaje personal más allá de la formación de cada integrante. El día a día y los casos

van perfilando la sensibilidad hacia la escucha y la percepción, afinando y recreando recursos de abordaje acordes con los tiempos de cada caso.

La importancia del tiempo, de saber esperar, de transmitir al otro que no hay prisa. El apuro es parte de lo urgente pero, cuando el paciente está a resguardo, el tiempo para el relato y la elaboración surgirá en la justa medida que el psiquismo lo permita.

Me siento útil trabajando en esta temática. Es duro lo sé, pero apuesto a lo que podemos transformar y a que no todo sea terrible.

Para otra de las integrantes, mantener la neutralidad necesaria en cada caso, sin caer en el dramatismo o en los juicios de valor, es lo más importante.

Es gratificante ver al paciente evolucionando, mejorando, tomando decisiones. Eso se llama ponerse en el lugar del otro, esa sensibilidad es necesaria. A veces es meramente estar acompañando.

El abuso es un tema de salud integral, una forma de maltrato infantil que puede surgir en la atención de cualquier tipo de consulta. Requiere mucha responsabilidad, respeto y empatía. Como agente de salud hay que hacerse cargo y denunciar cualquier sospecha de maltrato.

Si pierdo el objetivo que lo que voy a hacer tiene un impacto en el otro, estoy al horno. Lo que yo haga puede marcar su vida, su futuro, en el caso de los niños con más razón.

Afirma otra de las integrantes, en relación con la responsabilidad de la palabra o de una intervención. Es esa responsabilidad en las intervenciones, sobre lo dicho o lo no dicho y sobre las decisiones sobre los casos, la que puede cambiar un destino y rescatar a un NNyA de una situación de vulnerabilidad.

Es necesario, entonces, tener presente en cada acto que se trata de vidas, familias, historias. Mucho más que simples Historias de hospital.

*Muchas gracias,
GLASI*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, J. A.; Harper, K. y Knudson, S. (1992). *A proposed system for the classification of anogenital findings in children with suspected sexual abuse*. *Adolescent and Pediatric Gynecology*, 5(2), 73-75. [https://doi.org/10.1016/S0932-8610\(19\)80070-1](https://doi.org/10.1016/S0932-8610(19)80070-1)
- Adams, J. A.; Farst, K. J. y Kellogg, N. D. (2018). *Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018*. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 31(3), 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2017.12.011>
- Aguirre, Burkat, Fernandez, Gaspari, Haftel (2008): *La sexualidad y los niños. Ensayando intervenciones*. Editorial Lugar. Cap. 1.
- Ariza Navarrete, Sonia[et al.], coordinación general de Isla, M. V. (2021). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo: actualización 2021*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 1a Edición.
- Artiñano, Néstor (2016). *Masculinidades trágicas. Trayectorias de vida de hombres detenidos que ha ejercido violencia y abuso sexual en el ámbito familiar*. La Plata. UNLP. Facultad de Trabajo Social.
- Bagnasco, M.; Gelso, E. y Recio, M. (2015). *Guía de abordaje integral ante situaciones de Violencia Sexual hacia Niños, Niñas y Adolescentes*. Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. Área políticas de género. Provincia de Buenos Aires.
- Baita, S. y Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Uruguay: Centro de Estudios Judiciales del Uruguay. Fiscalía General de la Nación Uruguay.

- Unicef Uruguay. Cap. 2. https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Abuso_sexual_infantil_Uruguay.pdf
- Belaunzarán, L.; Bianco, C.; Lambusta, JD. (2015). *Niñez y derechos humanos: herramientas para un abordaje integral*. <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/view/528/482/1740-1>
- Berlinerblau, V. (2016). *Abuso sexual infantil contra niñas, niños y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf
- Bleichmar, S. (1988). *Trauma y Neurosis en la infancia*. Buenos Aires. Revista de Asociación Argentina de Psicoterapia para graduados. N°15
- Sin autor (2016, 8 de diciembre). Abusos, excesos, violencias y maltratos contra niños. *Clarín*. https://www.clarin.com/entremujeres/vidasana/psicologia/abuso_infantil_0_r1YgWkcPml.html
- Chamorro, Jorge (2010). *Clínica de la psicosis*. Buenos Aires. Editorial Colegio Epistemológico y Experimental.
- Código Penal de la República Argentina: Artículo 86, incisos 1 y 2.
- Chejter, Silvia; contribuciones de Messina, Analía [et al.] (2021). *Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 1a Edición.
- Chejter, Silvia (2018). *Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje interinstitucional*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. 1a Edición.
- Chejter, Silvia (2018). *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje interinstitucional*.

- Buenos Aires. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusos_sexuales_y_embarazo_forzado_lineamientos_anexo.pdf.
- Donzis, Liliana (2004). *Psicoanálisis y Hospital N° 25. La Hostilidad de la vida cotidiana*. Buenos Aires. Editorial Talleres Gráficos.
- Eliachef, C. (1997). *Del niño rey al niño víctima*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión Sud América.
- Eliachef, C. (1994). *El cuerpo y la palabra. El psicoanalista con los más pequeños*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión Sud América.
- Evans, Dylan (2005). *Diccionario introductorio de psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires. Paidós. Primera edición. Tercera reimpresión.
- Ferenczi, S. (1966). *La confusión de la lengua entre los adultos y el niño. Ellenguaje de la ternura y la pasión*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Freud, Sigmund (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Ediciones Amorrortu.
- Freud, Sigmund (1975). *Obras Completas*. Traducción López Ballesteros. Madrid. Edición biblioteca Nueva.
- Freud, Sigmund (1985). *Obras completas*. Editorial Amorrortu.
- Giberti, Eva (2015). *Abuso Sexual contra niñas, niños y adolescentes. Un daño horroroso que persiste al interior de las familias*. Buenos Aires. Editorial Noveduc.
- Giberti, Eva (2014). *Incesto paterno/filial. Una visión desde el género*. Buenos Aires. Revista Topia.
- Helman, P. (2018, 29 de abril). *Cómo es la mente de un abusador de menores*. *Perfil*. <https://www.perfil.com/noticias/elobservador/como-%20es-la-mente-de-un-abusador-de-menores.phtml>.
- Herrera, A.; Osaba, M.; Moriones, E.; Rahman, G.; Ocampo, D. y Rubinstein, A. (2015). *Abuso sexual infantil y familia: vulnerabilidad y protección*. *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil*. 22 (3). Pág. 133-139.
- Hopper, Carol Ann (1994). *Madres sobrevivientes al Abuso Sexual de sus Niños*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.

- Intebi, I. (1998). *Abuso Sexual Infantil. En las mejores familias*. Buenos Aires. Editorial Granica.
- Intebi, I. (2011). *Proteger, reparar, penalizar*. Buenos Aires. Editorial Granica.
- Intebi, I. (2009). *Intervención en casos de maltrato infantil*. Documento organizado por la Dirección General de Políticas Sociales y dirigido a profesionales del servicio de atención a la infancia, adolescencia y familia del gobierno de Cantabria.
- Laplanche, Jean y Pontalis, Bertrand (1993). Bajo dirección de Lagache, D. *Diccionario de Psiconalisis*. Buenos Aires. Editorial Labor. Pág 256; Pág 439.
- Lacan, Jacques. (1995). *Seminario IV. La relación de objeto*. Buenos Aires. Ediciones Paidós.
- Lacan, Jaques (1987). *Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires. Barcelona. México. Ediciones Paidós.
- Latanya, T.B. (2021). *Condylomata acuminata (anogenital warts) in children*. In Moise, L.L. (Ed) Recuperado el 29 de Julio de 2021. MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com /contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-in-children>.
- Miller, Judith (1999). *Revista Cien. Cuaderno 3*. Instituto del Campo Freudiano. Buenos Aires. Editorial Artes Gráficas Candil.
- OMS (2020). *Temas de salud maltrato infantil*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
- Perrone, Reynaldo y Nanini, Martine (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Nueva edición revisada y ampliada. Editorial Paidós.
- Platero Méndez, Raquel Lucas (2014). *Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad*. Madrid. Universidad Rey Juan Carlos y Universidad Complutense de Madrid. Quaderns de psicología. Vol.16.
- Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud (2015)*. Ministerio de Salud. Presidencia dela Nación.
- Protocolo Provincial de Prevención, Detección y Abordaje del Abuso Sexual hacia Niños, Niñas o Adolescentes (2019)*. Gobierno de la Provincia

- de Buenos Aires. RAE. *Diccionario de la Real Academia Española online*.
- Rahman, G.; Ocampo, D.; Rubinstein, A. y Risso, P. (2015). *Prevalencia de Vulvovaginitis y su relación con hallazgos físicos en niñas por sospecha de abuso sexual infantil*. Archivos argentinos de pediatría, 113(5), 390-396. <https://doi.org/10.5546/aap.2015.390>.
- Rahman, G.; Ocampo, D.; Risso, P. y Rubinstein, A. (2014). *Prevalencia de neisseria gonorrhoeae. Formas de presentación e implicancias en el abordaje de la consulta por abuso sexual infantil*. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría, 27(108), Pág. 454-457.
- Rogstad, K. E.; Wilkinson, D. y Robinson, A. (2016). *Sexually transmitted infections in children as a marker of child sexual abuse and direction of future research. Current opinion in infectious diseases*. 29(1), 41-44.
- Rozanski, Carlos (1994). *Abuso sexual ¿Denunciar o silenciar?* Buenos Aires. Ediciones B.
- Segato, Rita Laura (2003). *Estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género, entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes. Prometeo.
- Sotelo, Inés (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires. Editorial Grama.
- Toporosi, Susana (2018). *En carne viva. Abuso sexual infantojuvenil*. Buenos Aires. Topia Editorial. Pág. 23.
- Unger, E. R.; Fajman, N. N.; Maloney, E. M.; Onyekwuluje, J.; Swan, D. C.; Howard, L.; Beck-Sague, C. M.; Sawyer, M. K.; Girardet, R. G.; Sautter.
- R. L.; Hammerschlag, M. R. y Black, C. M. (2011). *Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study*. Pediatrics, 128(3), e658-e665. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2247>.
- Volnovich, Jorge (2013). *Abuso sexual en la infancia. El quehacer y la ética*. Buenos Aires- México. Grupo Editorial Lumen

Humanitas. Pág. 146-149. Winnicott, Donald (1995). *Realidad y Juego*. Barcelona. Editorial Gedisa.

Este libro se basa en relatos escritos por un grupo interdisciplinario perteneciente al Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, Argentina, el cual brinda asistencia a niñas, niños y adolescentes que han atravesado situaciones de violencia sexual.

Las autoras plasmaron diferentes abordajes en el acompañamiento de las/los pacientes y sus familias y la importancia del trabajo en red con otras instituciones. Consideraron un desafío garantizar el cumplimiento de derechos en Salud Pública y acompañar los procesos vinculados a su abordaje, desde un marco de responsabilidad colectiva.

"Los profesionales que crearon el Grupo Interdisciplinario, en el 2000, para permitir dar respuesta a los numerosos casos de abuso sexual infantojuvenil, hacen gala de la mejor práctica en Salud Integral" (Licenciada Susana Toporosi). Esta obra no hubiera sido posible sin el trabajo asistencial, el apoyo del Hospital y la valentía invaluable de las/los pacientes y sus familias. A ellos, siempre agradecidas.

Anahí Viviana Rubinstein. Médica Ginecóloga. Jefa de la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital Sor María Ludovica. La Plata, Argentina.

María Rosa Laperchia. Médica Psiquiatra. Ex Jefa de Sala del Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata, Argentina.

Dolores Cecilia Ocampo. Médica Pediatra. Unidad de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital Sor María Ludovica. La Plata, Argentina.

Gisel Rahman. Médica Ginecóloga. Unidad de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital Sor María Ludovica. La Plata, Argentina.

Anabela Herrera. Licenciada en Trabajo Social. Servicio Social del Hospital Sor María Ludovica. La Plata, Argentina.

Mariela Osaba. Licenciada en Trabajo Social. Servicio Social del Hospital Sor María Ludovica. La Plata, Argentina.

Sandra Karina Branchini. Lic. en Psicología UBA. Dirección de prevención y atención a la violencia familiar y de género. PBA.



AMP AGREMIACIÓN
MÉDICA PLATENSE

