ABUSO SEXUAL INFANTIL

Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia

CENTRO DE ESTUDIOS JUDICIALES DEL URUGUAY
CEJU
PODER JUDICIAL

FISCALÍA
FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN
URUGUAY

unicef

Abuso sexual infantil

Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia

CENTRO DE
ESTUDIOS JUDICIALES
DEL URUGUAY

CEJU

PODER JUDICIAL

FISCALÍA
FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN
URUGUAY

unicef

Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay
Fiscalía General de la Nación
Centro de Estudios Judiciales del Uruguay, CEJU

Autoras:
Sandra Baita
Paula Moreno

Coordinación de la publicación: Alejandra Saravia
Corrección de estilo: María Cristina Dutto
Diseño gráfico editorial: Taller de Comunicación
Impresión: Mastergraf
Primera edición: octubre de 2015
Depósito legal:

UNICEF Uruguay
Bulevar Artigas 1659, piso 12
Montevideo, Uruguay
Tel (598 2) 403 0308
e-mail: montevideo@unicef.org

Nota: La Convención sobre los Derechos del Niño se aplica a todas las personas menores de 18 años, es decir, niños, niñas y adolescentes mujeres y varones. Por cuestiones de simplificación en la redacción y de comodidad en la lectura, se ha optado por usar en algunos casos los términos generales *los niños* y *los adolescentes*, sin que ello implique discriminación de género.

Contenido

Presentación 7

Parte I. Generalidades del abuso sexual infantil 8

Introducción 9

Capítulo 1
Contextualización histórica y social del abuso sexual infantil 12
La historia moderna del abuso sexual infantil
en la sociedad occidental 15

Capítulo 2
Definiciones según diversos autores y conceptos relevantes 21
El abuso sexual como una forma de violencia hacia los niños.
Similitudes y diferencias con otras formas de violencia..... 22
¿Qué es el abuso sexual infantil?
Tipos de conductas sexualmente abusivas 24
Factores de riesgo para el abuso sexual infantil 32
Abuso sexual infantil extrafamiliar e intrafamiliar 38

Capítulo 3
Mitos y realidades acerca del abuso sexual infantil 46
"El abuso sexual infantil no es una forma de maltrato
tan grave como el maltrato físico" 46
"El abuso sexual, al igual que la violencia hacia la infancia
en todas sus formas, es un problema de las clases bajas" 47
"El abuso sexual es un hecho raro, poco frecuente,
que les ocurre a pocos niños" 48
"Los ofensores sexuales son personas que sufren de alguna patología
en particular o abusan sexualmente bajo los efectos del alcohol" 49
"Los hombres tienen una impulsividad sexual que no pueden frenar" 49
"Los niños son seductores y provocan al adulto" 50
"El abuso sexual es cometido por personas extrañas a la víctima" 51

"Si un niño es abusado sexualmente, seguro lo contará de inmediato" 51
El mito de la ausencia de secuelas, del olvido y la adaptación..... 52
"Los niños son poco creíbles, fantasean, mienten" 53
"El niño muestra sentimientos positivos hacia el ofensor, entonces es imposible que haya habido abuso"..... 54
"El abuso sexual que ocurre dentro de las familias es una cuestión privada"..... 54

Capítulo 4
Fases del abuso sexual infantil 56
¿Cómo se desarrolla y progresa la conducta sexualmente abusiva?..... 56

Capítulo 5
Dinámicas comunicacional y relacional del abuso sexual infantil 68

Capítulo 6
Indicadores psicológicos, físicos y conductuales de abuso sexual infantil. El tema de la especificidad 76

Capítulo 7
Una mirada a los protagonistas de la historia 90
Niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual 91
Mitos y realidades sobre las madres no ofensoras..... 95
Mitos y realidades sobre los ofensores sexuales..... 100

Capítulo 8
Características de las familias en las que ocurre el abuso sexual 109

Parte II. El proceso de detección, diagnóstico e intervención 117

Introducción 118

Capítulo 9
Primer paso: el proceso de detección y diagnóstico preliminar 121
Sospecha de abuso sexual..... 122
El develamiento del as. Tipos de develamiento..... 126
La retractación: ¿qué es?, ¿cómo, cuándo y por qué ocurre? Su ponderación en el proceso de evaluación 137

Capítulo 10
Segundo paso: el proceso de evaluación diagnóstica 144
Diferentes modelos de evaluaciones diagnósticas 145
Condiciones óptimas para las entrevistas con el niño 160
Fuentes de información alternativas: alcances y objetivos 183
La importancia del relato infantil: recaudos para evitar
la sugestibilidad por parte del entrevistador 185
Preguntas e intervenciones a evitar 192
Los falsos alegatos 198
El síndrome de alienación parental (sap) 206

Capítulo 11
La necesidad de entender el abuso sexual
como un evento traumático 214
¿Cómo se manifiesta el impacto traumático?
Su incidencia en el relato infantil 220
La memoria de los sucesos traumáticos. Consideraciones evolutivas 232
La disociación como factor a evaluar.
Su incidencia en los recuerdos y en el relato infantil 239

Capítulo 12
Tercer paso: conclusiones del proceso de evaluación diagnóstica 246
Criterios de validez del relato infantil 248
¿Qué debe contener un informe? 255
Fundamentación de las conclusiones 258

Capítulo 13
Hacia una intervención respetuosa: atendiendo el impacto
en la propia persona como una forma de autocuidado
y de cuidado hacia el niño, su familia y el proceso 261
Autocuidado individual 271
Autocuidado a nivel de los equipos 273

Referencias bibliográficas 278

Índice analítico 285

Presentación

El libro Abuso sexual infantil: Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia pretende ser una herramienta de apoyo a la labor de los operadores judiciales —y de otras disciplinas— a la hora de enfrentarse con situaciones de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.

El material fue elaborado en el marco del curso del mismo nombre en el que participan jueces, fiscales, defensores públicos y técnicos del Instituto Técnico Forense de todo el país. Este curso se viene llevando a cabo desde el año 2010, dentro de la cooperación entre el Centro de Formación de la Fiscalía General de la Nación, el Centro de Estudios Judiciales del Uruguay y la Oficina de UNICEF en Uruguay.

El libro, escrito en lenguaje claro y preciso, trata todas las aristas y dimensiones que hacen al problema, y profundiza en aquellos aspectos más complejos vinculados al ámbito de la justicia. Además del índice de contenidos, en las últimas páginas el libro presenta un índice analítico cuyo fin es llevar al lector ágilmente a la información que está necesitando.

Se espera que este texto resulte de apoyo al quehacer profesional de operadores y técnicos del sistema de protección de la infancia, para contribuir así a generar mejores condiciones de acceso a la justicia para los niños y niñas.

IR A CONTENIDO

Parte I.
Generalidades del abuso sexual infantil

IR A CONTENIDO

Introducción

El abuso sexual infantil o infanto-juvenil (ASI) es una forma de violencia a la infancia. Sin embargo, su tratamiento en todas las instancias de intervención presenta diferencias con el de las otras formas de violencia, y de manera especial en la intervención que se lleva a cabo en el ámbito de la Justicia.

Particularmente, el ASI constituye, desde el minuto cero, un delito. Cuando ocurre una situación de ASI y esta llega al ámbito de la Justicia, la prioridad es proteger al niño o niña poniendo en marcha los mecanismos de los que dispone el sistema para ello. De esta forma, se procede a separar al niño del presunto agresor —acción que favorece además la generación de condiciones apropiadas para la investigación—, intentando preservar el derecho del niño a vivir en familia y sin afectar los demás ámbitos de su vida (educación, esparcimiento, salud). Paralelamente, la Justicia despliega una serie de acciones que le permiten determinar la responsabilidad penal del presunto agresor. Esto último contribuye, entre otros factores, al proceso de reparación de las secuelas generadas en el niño por la situación de abuso. Para la Justicia, toda denuncia de conducta abusiva en la cual está implicado un niño deberá ser investigada, priorizando ante todo la protección del niño en el marco de su interés superior.

Este es el esquema general en el que las intervenciones deberían funcionar, idealmente. Sin embargo, diversas razones contribuyen a que muchas veces este resultado no se dé. Es la intención de este libro aportar elementos concretos para ayudar a que quienes deban actuar transiten un camino en el que la intervención sea lo más eficaz posible; es decir, se trata de desarticular todo aquello que obstaculice la protección de los niños y niñas dañados por el abuso sexual, y que obture la posibilidad de brindarles la oportunidad genuina y real de sanar las heridas.

Coulborn Faller (2007: 1 vii) plantea que el abuso sexual es un tema social altamente controversial. Dice esta autora:

> Tanto si se cree como si no se cree en una denuncia de abuso sexual, esto puede tener consecuencias graves y de largo alcance para el niño, el adulto y las instituciones involucradas en dichos alegatos. Por ejemplo, descreer de un develamiento apropiado por parte del niño puede dejar a la víctima en

> un terrible riesgo. Por otro lado, creer, incorrectamente, que un niño ha sido abusado sexualmente puede tener efectos devastadores, principalmente para el acusado.

Entendemos que cuando Faller habla de creer o descreer se está refiriendo a adoptar una postura o actitud que promueva creer *en la posibilidad de que el abuso haya ocurrido*, versus una postura que parte a priori de la posibilidad de que el abuso *no haya ocurrido.*

Este ha sido un tema de discusión en las últimas décadas, y cada vez se encuentran más actores encargados de alguna etapa de la intervención —no solo en el ámbito judicial— dispuestos a anticipar la posibilidad de que el abuso no haya ocurrido, en caso de que estén presentes determinadas variables; por ejemplo, plantean de antemano que, si el abuso se denuncia en el contexto de un divorcio, entonces es altamente probable que sea una denuncia falsa, lo que determina una actitud sesgada hacia un resultado negativo en la investigación del presunto hecho.

En cambio, pararnos en la postura de investigar los dichos, la fuente de los dichos y la existencia de elementos que puedan corroborar esos dichos o refutarlos implica una actitud abierta, cuyos resultados serán posiblemente más cercanos al éxito que al fracaso.

Que el abuso sexual ocurre con frecuencia es una realidad, mucho más que una posibilidad. El deber del profesional, en el lugar de la intervención en que se encuentre, tanto por responsabilidad profesional como por responsabilidad ciudadana, es encaminar su tarea de la manera más eficaz posible para establecer si en cada caso denunciado esa realidad se ha dado o no.

Faller (2007: 1 vii) continúa diciendo:

> Entre los temas en disputa en el abuso sexual se encuentran los alcances del problema, la exactitud de los relatos de abuso del niño y del adulto, las técnicas y estrategias utilizadas por los profesionales al evaluar e investigar los alegatos de abuso sexual, los métodos para la toma de decisiones acerca de la probabilidad de que haya sucedido el abuso sexual, las intervenciones apropiadas en estos casos, y el impacto del abuso sexual en las víctimas.

La primera parte de este libro se abocará a la descripción de las generalidades que hacen a la comprensión del problema sobre el cual se va a intervenir. Es primordial entenderlo y delimitarlo, reconociendo qué dificultades

se presentan a la hora de definir qué es el abuso sexual infantil y de dónde provienen. Es necesario, además, conocer cómo se desarrolla el abuso puertas adentro de la familia o del contexto en el cual suceda, ya que cuando se pone en marcha el dispositivo de la intervención el abuso sexual infantil ha venido ocurriendo desde hace un buen tiempo, a veces durante años, a veces, incluso, a través de varias generaciones.

Mucha *mitología* rodea al abuso sexual y a sus protagonistas, y la mejor manera de limpiar el terreno para la intervención es poder diferenciar qué constituye un mito, y por qué, y qué no lo es. Es fundamental ser conscientes de que el impacto en las personas que intervienen, cualquiera sea la disciplina desde la cual lo hagan, siempre es alto. Lo que puede variar es la capacidad del operador para registrar dicho impacto y las estrategias que se implementen para amortiguarlo o disminuirlo, pero es muy difícil encontrar un ser humano que, habiendo intervenido en casos de abuso sexual, no se haya sentido impactado por el tema.

El cuidado de los agentes de intervención es un elemento fundamental de las buenas prácticas, y en este sentido a lo largo del libro se enfatizará en los obstáculos personales, institucionales y sociales que pueden alterar la mirada del operador respecto de la situación, así como en la necesidad de generar estrategias adecuadas de automonitoreo y autocuidado para quienes intervienen.

IR A CONTENIDO

Capítulo 1

Contextualización histórica y social del abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil no puede entenderse si no se lo estudia en el marco del contexto histórico y social donde se produce. La cosmovisión del mundo en general y de cada conducta social está determinada por las ideologías y teorías que predominan en determinados momentos. En esta cosmovisión quedan incluidos prejuicios, avances sociales, nuevas teorías, el retroceso a otras que ya no se consideraban útiles y la tolerancia social que permite que tales teorías sigan o no en vigencia.

La violencia hacia la infancia en todas sus formas no escapa a estas cosmovisiones. A lo largo de la historia los niños han sido olvidados, desacreditados, no tenidos en cuenta. El hecho de tomar conciencia de la necesidad de cuidarlos, protegerlos y tratarlos bien no se extiende mucho en el tiempo, si miramos hacia atrás. Dicho de otro modo: el ser humano *no siempre consideró* que debiera cuidar adecuadamente de su progenie. Este hecho es, en algún punto, relativamente moderno.

Lloyd de Mause escribió en 1974 su investigación acerca de la historia de la infancia, que recopiló en el libro homónimo. Con una mirada psicoanalítica buscó dar cuenta de cómo las relaciones entre padres e hijos se fueron configurando y transformando a lo largo de los siglos, y de qué fenómenos influyeron en dichos procesos.

En su recopilación, de Mause demuestra que la historia de la infancia presenta desde muy temprano diversos horrores, tales como muertes, castigos físicos y abusos sexuales a los cuales eran sometidos los niños.

Una tradición propia de la Antigüedad era considerar que si el niño lloraba demasiado podía convertirse en un *engendro,* y entonces debía ser atado o fajado durante largos períodos, a fin de evitar que se convirtiese en un ser *malvado.* Los instrumentos de castigo, que aún hoy pueden encontrarse y de hecho en algunos casos se siguen utilizando, eran látigos, palas, bastones o varas de hierro, y también se recurría a la amenaza con figuras monstruosas. El infanticidio y el abandono de niños eran prácticas absolutamente tolera-

das, y en las que ya se podían distinguir discriminaciones basadas en el género (si se daba a luz a un hijo varón, se lo conservaba, pero a una hija mujer se la abandonaba) y las diferencias (se abandonaba a los hijos deformes).

En la antigua Grecia, entre las prácticas habituales para con los niños, eran habituales el abandono, la mortificación del cuerpo,[1] el asesinato de niños, los sacrificios rituales y las castraciones femeninas y masculinas.

Algunas de las prácticas a las que los niños eran sometidos desde la Edad Media reafirman el hecho de que en ese entonces el maltrato infantil era una práctica bien vista, que lejos estaba de ser considerada un modo de crianza erróneo o reprochable.

Hasta el siglo XVIII los medios para relacionarse con el interior del niño eran los enemas y la purga, dado que los niños eran considerados impuros y se los identificaba con sus excrementos. Algunos pensadores de la época consideraban conveniente purgar a los niños antes de amamantarlos para que la leche no se mezclara con las heces (Rozanski, 2003). Lloyd de Mause sostiene que antes del siglo XVIII los niños eran llamados "niños zurrados" y que ellos a su vez serían padres que "zurrarían" (De Mause, 1974)

Los niños podían ser arrojados a los ríos o a las zanjas, envasados en vasijas para que murieran de hambre, o bien emparedados en muros o enterrados en puentes; estas dos últimas estrategias se utilizaban para reforzar la estructura de la construcción. Los filósofos de la época decían que "el hombre puede hacer lo que quiera con sus hijos ya que si nos liberamos de los piojos y saliva por qué no hacerlo de ellos que no sirven de nada" (Rozanski, 2003: 27).

Muchas de las situaciones a las que De Mause se refiere en su obra podrían ser hoy perfectamente enmarcadas dentro de cualquiera de los tipos de violencia hacia la infancia: castigos físicos que podían provocar la muerte de los niños (es decir, maltrato físico); el abandono por años en manos de una nodriza para que lo alimentara, que se daba habitualmente en las clases altas (negligencia afectiva); la inversión de roles (el niño que cuida del adulto y satisface sus necesidades, es decir, negligencia afectiva); diversas estrategias que tenían por finalidad aterrorizar al niño (maltrato emocional); la venta de niños (explotación), y la manipulación sexual de los niños por sus cuidadores, fueran estos sus padres biológicos o sus niñeras (abuso sexual). El autor plantea incluso que no era que los padres no amaran a sus

1. Consistía en la costumbre de vendar a las niñas con vendas muy apretadas —por ejemplo, en los pies, para que fueran pequeños—. Se consideraba que así eran más idóneas para el matrimonio. Este proceso de vendajes podía llevar años y provocaba mucho dolor, infecciones e incluso gangrena. En otras civilizaciones se anillaba el cuello de las niñas o se comprimía su frente.

hijos, sino que simplemente carecían de las capacidades afectivas para hacerlo apropiadamente. No hay mucha diferencia con lo que sucede hoy en muchos casos de negligencia emocional severa.

Los niños no solo eran abandonados en instituciones o en manos de sus nodrizas, sino que también eran entregados a otras personas, respecto a lo cual los padres argumentaban distintas razones: para aprender a hablar, para vencer la timidez o incluso para pagar cuentas médicas. Era habitual también suministrar a los niños opio y bebidas alcohólicas para que dejaran de llorar, y ofrecerlos como mercancía cuando se consideraba que *sobraban* en una familia.

* * *

El abuso sexual infantil también existió a lo largo de los siglos, propiciado de distintas formas, aunque De Mause sostiene que era más frecuente en otros tiempos que en la actualidad. En Grecia y Roma, los jóvenes eran utilizados como objetos sexuales por hombres mayores; incluso podían ser alquilados para llevar adelante prácticas sexuales. Era común la castración de los niños para llevarlos a burdeles. Si bien la mayoría de los documentos consultados por De Mause sugieren que los abusos sexuales se daban con mayores de 11 o 12 años, el autor considera altamente probable que niños menores de esa edad también fueran objeto de la manipulación sexual por parte de maestros y pedagogos.

Menciona que estas prácticas también eran comunes entre los judíos, quienes consideraban que la cópula con niños menores de nueve años no era un acto sexual, y solo castigaban con pena de lapidación la sodomía con niños mayores de esa edad.

En la Antigua Roma, la práctica sexual preferida con los niños era el sexo anal, y circulaba la idea de que el sexo con niños castrados era particularmente excitante; estos niños eran castrados desde la cuna, y esa costumbre se prolongó hasta que el emperador Domiciano prohibió la castración de los niños para ser llevados a los prostíbulos.

Con el cristianismo comenzó a aparecer un concepto diferente del niño, considerado como un ser puro e inocente, alejado del conocimiento y la comprensión de lo que eran los *placeres carnales*. En el Renacimiento y el siglo XVII, si bien se empezó a reprobar moralmente el contacto sexual de adultos con niños, aún se consideraba que detener tales avances sexuales era obligación del niño.

IR A CONTENIDO

En el siglo XVIII aparece el castigo a los niños por la masturbación; incluso hasta el siglo XIX estas conductas se castigaban con intervenciones quirúrgicas, con el fin de evitarlas. Según De Mause, esta práctica desapareció recién en 1925.

Ya en los siglos XVII y XVIII comenzaron a surgir ciertas consideraciones sobre algunas formas de violencia hacia los niños, en especial física y sexual, aunque la reducción más importante de estas prácticas se verifica recién en el siglo XX.

Hacia fines del siglo XIX se dio en Estados Unidos de Norteamérica el caso de una niña maltratada que fue protegida gracias a la invocación de una ley de protección a los animales. El paradigmático caso de *Mary Ellen* (1874) marcó de alguna manera el comienzo de la protección de los niños como una causa en sí misma, ya que hasta entonces no había leyes específicas para tal fin.

Habría que pasar la primera mitad del siglo XX para que el maltrato infantil comenzara a ser definido puntualmente como tal, a partir del pionero trabajo de Henry Kempe, con su estudio y descripción del *síndrome del niño apaleado o maltratado,* de 1962.

Es decir que la historia de la violencia hacia la infancia es antigua y moderna a la vez: antigua si seguimos sus rastros hacia atrás, pero moderna si la pensamos en términos de la categorización concreta del problema.

La historia moderna del abuso sexual infantil en la sociedad occidental

A principios de los noventa, Erna Olafson, David Corwin y Roland Summit publicaron un artículo que estudiaba lo que ellos llamaron *ciclos de descubrimiento o aparición y de supresión o desaparición* del tema del abuso sexual infantil en la sociedad occidental, haciendo hincapié especialmente en los siglos XIX y XX. Estos ciclos marcaron no solo la concientización social y académica sobre la problemática, sino el tipo de respuesta que se le daba.

Al igual que De Mause en su libro, estos autores demuestran que el recorte cronológico que se puede hacer para historizar el problema termina resultando en cierto modo arbitrario, ya que también hay evidencias claras del tratamiento que tanto la sociedad como la academia europeas le daban a la temática antes de tales siglos. Por ejemplo, refieren que en el siglo XVIII, en la ciudad de Londres, era una creencia popular que tener sexo con menores de edad

curaba las enfermedades venéreas. Llamativamente, dos siglos más tarde, este fue el argumento de muchos pedófilos acusados de abuso sexual a niños menores de edad en las conocidas situaciones de *turismo sexual* en el sureste asiático: con la moderna epidemia del sida, muchos de ellos planteaban que mantener relaciones sexuales con niños podía curar el virus (Baita, 2010).

En su artículo, Olafson, Corwin y Summit describen que, tanto en Europa como en América del Norte, niños y niñas esclavos eran sujetos especialmente vulnerables a la violación y el abuso sexual repetido, y que muchas niñas terminaban luego prostituyéndose.

En la Inglaterra victoriana, el abuso sexual y la violación empezaron a ser unidos de manera exclusiva a condiciones de pobreza. Se resguardaba así la estricta moral de las clases más acomodadas, protegiendo los abusos que en ellas ocurrían y a quienes los cometían. Esta situación hizo que el foco de las investigaciones se centrara exclusivamente en las clases pobres y en los inmigrantes.

Sin embargo, ya hacia fines del siglo XIX, un grupo de feministas y reformistas, tanto en Gran Bretaña como en Estados Unidos, comenzaron a promover la idea de que el abuso sexual y el incesto ocurrían en todas las clases sociales, sin distinción. El empuje de estos grupos hizo que en 1908 se criminalizara por primera vez el incesto en Gran Bretaña. Sin embargo, los ataques sexuales a niñas todavía recibían menores castigos que los que se cometían contra varones.

A pesar del hecho de que el abuso sexual se estaba reconociendo incipientemente como un problema en la sociedad occidental, en la medicina y la psiquiatría no aparece aún ligado especialmente a ningún tipo de trastorno o desorden, salvo por alguna que otra descripción aislada de casos. Problemas sexuales vinculados a la abstinencia, el exceso de relaciones sexuales o la masturbación son reconocidos como causantes de problemas de salud mental, pero la victimización sexual en la infancia por parte de un adulto ni siquiera aparece mencionada como posible causa etiológica.

Una mención especial merece el trabajo de Tardieu, Bernard y Lacassagne, forenses franceses que documentaron miles de casos de abuso sexual a mediados del siglo XIX. En un artículo publicado en 1856 en una revista científica de salud pública de la época, estos autores plantearon:

a. que el abuso sexual de los niños era muy frecuente;
b. que los niños abusados sexualmente muchas veces no mostraban signos físicos;

c. que sus reportes eran confiables;
d. que los perpetradores de tales actos solían ser padres y hermanos mayores, y
e. que una educación superior (en el ofensor) no inhibía la posibilidad de abusar sexualmente de un niño.

Sin embargo, muchos de los prejuicios y *mitos* que hoy circulan alrededor del AS ya estaban presentes en el pensamiento médico de la época, conviviendo con los hallazgos de los forenses franceses: por ejemplo, Brouardel decía que entre el 60 % y el 80 % de los alegatos de abuso sexual eran falsos, y que se originaban en histeria, búsqueda de atención, alucinaciones genitales, la conducta libertina o desenfrenada de los niños, o su extrema sugestibilidad ante preguntas de madres en pánico.

Según Jeffrey Masson (1984), Sigmund Freud, creador del psicoanálisis, se alimentó de ambos tipos de información para el desarrollo de sus teorías, que tuvieron un efecto fundamental en la visibilización y posterior invisibilización del AS como problema asociado a la salud mental de quienes lo sufrían.

En sus primeros escritos de finales del siglo XIX, Freud planteaba que las pacientes histéricas que atendía enfermaban como consecuencia de haber sido víctimas de ataques sexuales por parte de adultos que cuidaban de ellas. En su obra *La etiología de la histeria,* de 1896, Freud escribe: "Me parece indudable que nuestros hijos se hallan más expuestos a ataques sexuales de lo que la escasa previsión de los padres hace suponer".[2] Pero años más tarde, al escribir sus *Lecciones introductorias al psicoanálisis,* que engloban escritos suyos comprendidos entre los años 1915 y 1917, sus aseveraciones serán claramente diferentes: "[…] cuando una niña acusa en el análisis como *seductor* a su propio padre, cosa nada rara, no cabe duda alguna sobre el carácter imaginario de su acusación, ni tampoco sobre los motivos que la determinan […]".[3]

En sus primeros años, Freud estaba verdaderamente convencido de la etiología traumática de la histeria, originada en el abuso sexual, y planteaba que las mujeres eran más proclives a la histeria que los hombres, por el simple hecho de que siendo niñas eran víctimas más vulnerables a los ataques sexuales que los varones. También acusaba de tales ataques no solo a extraños y a las niñeras, sino a los mismos padres y miembros de la familia de la

2. Sigmund Freud (1896), *La etiología de la histeria,* Madrid: Biblioteca Nueva, 1984, p. 308.
3. Sigmund Freud (1915-1917), *Lecciones introductorias al psicoanálisis,* Madrid: Biblioteca Nueva, 1986 p. 2353.

paciente, por muy respetables que estas familias fueran (Freud no atendía pacientes de clases trabajadoras, sino de la clase alta de Viena).

Solo algunos años más tarde abandonó radicalmente estas teorías. El origen de la enfermedad ya no se encontraba en ataques reales, sino en encuentros sexuales fantaseados. Mucho se ha discutido acerca de por qué Freud hizo un viraje tan rotundo en su teorización de las enfermedades mentales y por qué dejó de atribuir su etiología a hechos reales, para comenzar a hablar de *fantasías.* Algunos historiadores opinan que vislumbró que, si continuaba por la vía del abuso sexual, tal vez prontamente debiera cerrar su práctica privada, pues las clases acomodadas dejarían de ventilar sus problemas más acuciantes en el consultorio de alguien que las atacaba y que exponía a la luz sus peores secretos.

De sus discípulos, solo uno, el húngaro Sandor Ferenczi, siguió sosteniendo hasta el fin de sus días la idea de que el abuso sexual existía, que era una realidad frecuente y que estaba en el origen de muchos de los desórdenes mentales de los pacientes adultos. Mantenerse en esta postura le valió la descalificación pública de su propio maestro ante otros colegas.

En la primera mitad del siglo xx, en Estados Unidos, si bien se consideraba que el abuso sexual existía, que era un fenómeno real, las idas y vueltas en torno al tema y a su conceptualización no cesaban. Por un lado se asumía que los perpetradores correspondían al estereotipo del hombre extraño, anciano y claramente desviado en su sexualidad; de esta forma quedaban fuera de escena no solo los ofensores sexuales de las clases más altas o acomodadas, sino básicamente todos los ofensores sexuales intrafamiliares. Por otro lado, se hablaba de las víctimas como *víctimas participantes* e incluso como personas que disfrutaban secretamente de la actividad sexual, y que por ello la propiciaban; algunos académicos consideraban que posiblemente el niño fuera un seductor activo más que un seducido pasivo, y que la actividad sexual entre un adulto y un niño posiblemente no fuera dañina.

En 1953 apareció el famoso informe Kinsey sobre sexualidad humana. En él, una cuarta parte de las mujeres que respondieron a la encuesta refirieron haber sido víctimas de abuso sexual en su infancia por parte de un hombre al menos cinco años mayor, y un 80 % de estas mujeres reportaron haberse sentido atemorizadas por la experiencia. A pesar de ello, Kinsey desestimó el valor de tales sentimientos, planteando que era difícil de entender por qué un niño podría verse afectado por ser tocado en sus partes genitales o por estar expuesto a contactos sexuales más específicos, y que muy probablemente lo que generara la perturbación en los niños fuera la reacción externa (padres,

policía) y no el abuso mismo. Los datos que más reacción social suscitaron en el momento de su publicación no eran los que hablaban de situaciones de abuso sexual, que fueron prácticamente ignorados, sino aquellos que hacían referencia a contactos sexuales prematrimoniales y extramatrimoniales, lo que muestra cuál era exactamente la preocupación de la sociedad norteamericana del momento en relación con la sexualidad adulta.

Muchos miembros del equipo de trabajo de Kinsey siguieron publicando artículos en los que la actitud hacia el abuso sexual era altamente condescendiente, con ideas tales como que la infancia era el mejor momento para aprender y que el incesto padre-hija podía producir mujeres notablemente competentes en el plano erótico. Publicaciones de este estilo datan ya de la segunda mitad del siglo xx. En paralelo, otros investigadores confirmaban los datos estadísticos presentes en el informe Kinsey acerca de la prevalencia de la exposición a abuso sexual en la infancia, y comenzaban a establecer conexiones entre tales hechos y sus consecuencias de orden psicológico.

Las décadas del setenta y el ochenta vieron renacer y ubicar en la agenda pública el problema del abuso sexual, la violencia doméstica y el maltrato infantil en general. Los grupos de feministas y los movimientos de defensa de mujeres víctimas de violencia en la pareja y de violaciones fueron instrumentales para visibilizar no solo el problema, sino además sus consecuencias nefastas para quienes lo sufrían. De hecho, fueron las activistas contra la violación de mujeres las que dieron el primer paso: primero se hizo foco en la violación callejera, a manos de un extraño; luego se pasó a entender que dentro de las relaciones de intimidad también se daban situaciones de violación. De allí se saltó al reconocimiento de las situaciones de violencia de todo tipo en el contexto de las relaciones de pareja, y esa fue la ventana que permitió poner en evidencia que los hijos e hijas también sufrían malos tratos y vejaciones físicas y sexuales, muchas veces a manos de sus propios padres (Herman, 1997).

Sin embargo, para entender y dar crédito a los efectos deletéreos de tales violaciones fue necesario que el mundo académico aceptara un nuevo diagnóstico, el de *trastorno por estrés postraumático*, desorden que entró en el mundo de la psiquiatría y de la salud mental de la mano de los excombatientes de la guerra de Vietnam.

Las dificultades para la adecuada visibilización, concientización y tratamiento del problema del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes jamás cesaron. Durante las últimas dos décadas del siglo xx surgieron nuevos embates, cuyos efectos siguen haciéndose notar hasta la fecha.

IR A CONTENIDO

De manera paralela, las investigaciones que recogen los efectos nocivos de la exposición a la violencia contra la infancia, y al abuso sexual infantil en particular, siguieron desarrollándose desde fines del siglo xx y en lo que va del siglo en curso.

También la Iglesia Católica Apostólica Romana ha comenzado a reconocer, especialmente en la última década, que miembros de la institución, muchos de ellos encumbrados en los más altos puestos eclesiásticos, cometieron abusos sexuales contra niños y niñas puestos a su cuidado en instituciones religiosas educativas o de cuidado.

Muchas de estas situaciones salen a la luz luego de décadas de haber sido cometidas, cuando los niños víctimas han crecido y se han transformado en adultos, poniendo en evidencia que durante años las autoridades correspondientes estuvieron al tanto de lo que ocurría y negaron, silenciaron e incluso desviaron las pruebas de tales delitos cometidos contra los niños.

IR A CONTENIDO

Capítulo 2

Definiciones según diversos autores y conceptos relevantes

¿Por qué es necesario contar con una definición clara de aquello que constituye abuso sexual infantil? Ochotorena y Arruabarrena (1996) plantean que una definición clara de la violencia hacia la infancia:

a. facilita y clarifica la comunicación entre los distintos agentes de la intervención, y
b. afecta el tipo y la calidad de las decisiones que se tomen respecto de las familias sobre las que se interviene.

Si las definiciones son demasiado amplias y generales, con límites poco claros entre lo que constituye abuso sexual y lo que no lo es, se corre el riesgo de que la vaguedad atente contra las buenas prácticas de intervención en cualquiera de sus etapas. Además, existen distintos aspectos no académicos que también ejercen influencia en las definiciones que utilice cada comunidad y cada colectivo profesional. Estos aspectos, mayoritariamente de tipo ideológico, afectan la mirada que el agente de intervención[4] pueda tener sobre:

- las conductas sexualmente abusivas;
- la confiabilidad de la palabra del niño, niña o adolescente involucrado;
- la posibilidad de que un adulto que debe ejercer roles de cuidado y protección (un padre, una madre, abuelos, tíos) se constituya en agente de daño para el niño.

En este sentido, por ejemplo, si un agente de intervención califica como *inviable* una denuncia de abuso sexual contra un abuelo porque "un abuelo

4. En este texto se considera *agente de intervención a todo profesional* —sin importar la disciplina— que, por las acciones derivadas de su rol o por el lugar de trabajo en el cual se desempeña, tiene algún tipo de injerencia en cualquier etapa del proceso de intervención respecto a un niño, niña o adolescente.

no puede abusar sexualmente de un nieto", tal fundamentación carece de sustento académico y científico, ya que no hay evidencia alguna que la sostenga.

También es importante tener en cuenta que, en el ámbito judicial, la correspondencia entre lo que constituye abuso sexual infantil desde el punto de vista psicosocial y desde el punto de vista jurídico no suele ser lineal. Sin embargo, jueces y fiscales necesitan saber primero si un niño fue o no abusado sexualmente para, desde ahí, ubicar lo sucedido a ese niño en la categoría legal correspondiente. Sin una definición clara y concreta de lo que constituye abuso sexual, psicólogos y psiquiatras forenses no podrían proveer a los magistrados de la información necesaria.

En este capítulo se exploran diferentes definiciones sobre lo que constituye abuso sexual infantil y se presentan todas aquellas conductas que se incluyen en el espectro sexualmente abusivo.

El abuso sexual como una forma de violencia hacia los niños. Similitudes y diferencias con otras formas de violencia

Muchos autores y estudiosos del tema califican al abuso sexual infantil como una forma de malos tratos hacia la infancia. En este sentido, es posible entender por *maltrato infantil* todas aquellas conductas en las que, por acción u omisión, un adulto produce daño real o potencial a un niño o adolescente. De manera más amplia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como:

> […] los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, [incluidos] todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (OMS, 2014)

Los malos tratos ocurren mayoritariamente en el contexto de los cuidados parentales, aunque no de manera excluyente. Otros adultos que están a cargo del niño o en contacto asiduo con él, sin que exista una relación de parentesco —maestros, profesores, niñeras, guías espirituales, sacerdotes, líderes de grupos, etc.— también pueden maltratarlo. La OMS ha planteado

que el maltrato infantil es "un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida" (OMS, 2014). Se considera que las consecuencias negativas no afectan solamente a los niños que padecen el maltrato, sino a las sociedades en su conjunto, por cuanto "los efectos sociales y laborales negativos […] pueden retrasar el desarrollo económico y social de los países" (OMS, 2014), debido a los altos costos acarreados por las necesidades de atención en salud física y mental (muchas veces derivadas de la prevención tardía o inadecuada de situaciones de violencia, así como de las intervenciones fallidas), la pérdida de productividad, la pérdida de días laborables, la incidencia en el rendimiento escolar y académico, etc.

La siguiente lista contiene los tipos de malos tratos reconocidos a la fecha:

- maltrato físico;
- maltrato emocional (en algunos textos puede ser denominado *psicológico*, en otros *verbal;* consideramos que la denominación *emocional* es la más adecuada, y que hablar de maltrato *verbal* excluye otras acciones comprendidas en el maltrato emocional, como la corrupción o el aislamiento);
- **abuso sexual**;
- abandono;
- negligencia física;
- negligencia emocional;
- síndrome de Munchausen por poderes (*by proxy*);
- ser testigo de violencia parental;
- maltrato prenatal;
- maltrato institucional;
- explotación sexual con fines comerciales;
- explotación laboral.

En muchas ocasiones niños, niñas y adolescentes son víctimas de más de una forma de violencia, ya sea en simultáneo o secuencialmente. Muchas niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual con fines comerciales han sido previamente víctimas de ASI en el contexto de sus relaciones familiares, o han sido entregadas por miembros de la familia a redes de explotación. A la vez, el haber sido víctima de alguna forma de malos tratos constituye un factor de riesgo para una nueva victimización a manos de otras personas. No es poco habitual encontrarse con adolescentes víctimas de abuso sexual

que cuentan en su historia con otros abusos sexuales previos, perpetrados desde su temprana infancia por diferentes personas (por ejemplo, por una anterior pareja de la madre, luego por un vecino y finalmente por un primo).

En la Tabla 1 se ilustran algunas similitudes y diferencias entre el ASI y otros tipos de violencia y malos tratos más comúnmente reportados (negligencia, maltrato físico y emocional).

Tabla 1

	Variables		
	Tolerancia cultural y social	**Visibilidad dentro de la familia**	**Visibilidad fuera de la familia**
Abuso sexual infantil	Nula.	Escasa a nula. El ASI es el único tipo de maltrato que requiere la imposición del secreto para poder continuar ocurriendo.	Nula. Salvo que el niño develе lo que le está sucediendo, o que presente signos físicos altamente sospechosos (como un embarazo), el AS no es "visible" a los ojos externos.
Otros malos tratos	Alta. El castigo físico y verbal como formas de disciplina suele tener niveles altos de tolerancia, que pueden oscilar entre distintas comunidades (rurales/urbanas, con mayores/menores niveles de educación).	Alta. El castigo físico, el maltrato emocional, la negligencia no requieren la imposición del secreto para poder continuar ocurriendo.	Relativa. El maltrato físico tiene más chances que el AS de dejar huellas físicas. Estas suelen ser más variadas y pueden ser más evidentes. La alta tolerancia cultural y social puede colaborar en que muchos padres se cuiden poco o nada de demostrar sus patrones de conducta para con sus hijos (o al menos los dejen traslucir). La negligencia física puede ser más claramente evidente que la negligencia emocional.

¿Qué es el abuso sexual infantil? Tipos de conductas sexualmente abusivas

No existe una definición única de lo que constituye *abuso sexual infantil*. Un recorrido general de la literatura muestra definiciones más o menos abarcadoras. Las más abarcadoras son aquellas que se encuentran en documentos

pensados y elaborados específicamente para la intervención, es decir, aquellos documentos que contienen toda la información necesaria para que no surjan dudas al establecer qué es o no es un determinado fenómeno sobre el cual se desea intervenir.

A continuación se presentan diversas definiciones que contienen elementos centrales que no deberían faltar a la hora de comprender de qué se trata exactamente el abuso sexual infantil.

Una definición abarcadora, por ejemplo, es la que se usa en el ámbito federal en los Estados Unidos, establecida por el Acta para la Prevención y el Tratamiento del Maltrato Infantil (U. S. Department of Health and Human Services, 2010). En ella se considera *abuso sexual infantil*:

> a. la utilización, la persuasión, la inducción, la seducción o la coerción de un niño o niña para realizar [o participar de] —incluida la ayuda a otra peçrsona para el mismo fin— cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de esta, o
>
> b. la violación, el tocamiento, la prostitución o cualquier otra forma de explotación sexual de un niño o niña, o el incesto.[5]

Suzanne Sgroi (1982), por su lado, plantea que abuso sexual 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 a 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.

La siguiente definición, de Berliner y Elliott (2002), presenta algunos elementos interesantes que vale la pena considerar:

> El abuso sexual incluye cualquier actividad con un niño o niña en la cual no hay consentimiento o este no puede ser otorgado. Esto incluye el contacto sexual que se consigue por la fuerza o por amenaza de uso de fuerza —independientemente de la edad de los participantes— y todos los contactos sexuales entre un adulto y un niño o niña —independientemente de si el niño o niña ha sido engañado o de si entiende la naturaleza sexual de la actividad—. El contacto

5. Se entiende por *incesto* el abuso sexual cometido dentro del ámbito familiar por una persona que ocupa un rol parental.

> sexual entre un niño más grande y uno más pequeño también puede ser abusivo si existe una disparidad significativa de edad, desarrollo o tamaño corporal, haciendo que el niño menor sea incapaz de dar un consentimiento informado. (Berliner y Elliott, 2002: 55)

Las definiciones de Sgroi y de Berliner y Elliott hacen hincapié en un elemento de fundamental importancia: el *consentimiento.* Dar el consentimiento implica aceptar, acordar, autorizar a que se haga algo. Sinónimos de la palabra *consentimiento* son *anuencia, aprobación, aquiescencia, conformidad, consenso, permiso, venia.* Cuando se habla de *consentimiento informado* se entiende que quien lo otorga tiene toda la información necesaria para comprender cabalmente la naturaleza de aquello que consiente, el alcance y el propósito de su participación, así como las eventuales consecuencias o riesgos.

El consentimiento da a quien lo otorga un lugar activo de protagonismo y, supuestamente, de ejercicio de la propia voluntad. El término *consentimiento* no encaja en el contexto del abuso sexual infantil, porque el niño abusado sexualmente está sometido a la voluntad de quien abusa de él, voluntad que además se ejerce desde una posición de autoridad y con diversos niveles de coerción. Lejos está un niño, niña o adolescente víctima de ASI de *comprender cabalmente la naturaleza de aquello que consiente,* así como *el alcance y el propósito de su participación.* En cuanto a *las eventuales consecuencias o riesgos*, incluso antes de poder comprenderlas las teme, porque siempre involucran una pérdida relacionada con su propia persona y/o con otras personas cercanas.

Ochotorena y Arruabarrena (1996) plantean que hay tres tipos de asimetría presentes en todo acto sexualmente abusivo:

- Una asimetría de *poder.* Esta puede derivar de la diferencia de edad, roles y/o fuerza física entre el ofensor y la víctima, así como de la mayor capacidad de manipulación psicológica que el primero tenga sobre la segunda. Esta asimetría de poder coloca siempre a la víctima en un alto estado de vulnerabilidad y dependencia. Cuando se trata de una relación cercana, como la de un padre y una hija, la dependencia ya no se establece solamente sobre la base de los diversos roles y jerarquías que cada uno ocupa en el sistema familiar, sino además sobre los pilares afectivos y emocionales en los que se construye toda relación parento-filial. Esto es de vital importancia comprenderlo, ya que si solamente vemos el ejercicio abusivo del poder sin tener en

cuenta los componentes emocionales y afectivos de la relación, podemos caer en el grosero error de considerar que una relación afectuosa en la que la niña desea estar con su papá inhabilita la posibilidad del abuso. Sin embargo, lamentablemente, esa relación afectuosa, esa conexión y dependencia emocional han sido también parte de los elementos utilizados por el abusador para acceder ilimitadamente a la víctima, entrampándola aún más.

– Una asimetría de *conocimientos*. Es de suponer que el ofensor sexual cuenta con mayores conocimientos que su víctima sobre la sexualidad y las implicancias de un involucramiento sexual. Esta asimetría es mayor cuanto menor es el niño o niña víctima,[6] ya que se supone que a medida que crece tiene mayor acceso a información y/o mayor comprensión de lo que es la sexualidad. Sin embargo, debemos ser muy cautos a la hora de establecer estos supuestos como verdades irrefutables, ya que corremos el riesgo de asumir *a priori*, por ejemplo, que una niña de 13 años —por la edad que tiene— ya tiene suficiente conocimiento sobre la sexualidad como para entender exactamente en qué se la está involucrando. Otra cuestión a considerar tiene que ver con la minimización que se hace de las conductas sexualmente abusivas cuando la víctima ya ha tenido experiencias sexuales con pares. En estos casos, la gran mayoría de las veces, se considera que el hecho de tener o haber tenido experiencias sexuales con un par es razón suficiente para desestimar el abuso sexual como tal, sin tener en cuenta el contexto relacional en el cual este último se ha desarrollado.

  Una de las autoras de este libro ha asistido al juicio contra un padre acusado de haber abusado sexualmente de su hija adolescente, y uno de los argumentos de la defensa del imputado era que, como la joven tenía un novio desde los 15 años con el que "seguramente" (es decir, según una suposición del letrado, sin que pudiera tener elementos confirmatorios) había tenido relaciones sexuales, esta había confundido, "tal vez bajo el efecto de alcohol o drogas" (nuevamente sobre la base de una suposición del letrado de que la joven se drogaba o alcoholizaba, sin contar con información fehaciente que lo confirmara), a su novio con su padre, y los contactos sexuales del primero con las muestras efusivas de afecto del segundo.

6. En el capítulo 6 se hará referencia al tema del conocimiento sexual de los niños conforme su edad.

– Una asimetría de *gratificación*. En la gran mayoría de los casos el objetivo del ofensor sexual es la propia y exclusiva gratificación sexual; aun cuando intente generar excitación en la víctima, esto siempre se relaciona con el propio deseo y necesidad, nunca con los deseos y necesidades de la víctima. (De ahí que para muchos ofensores sea tan fácil traducir el rechazo o el silencio de la víctima en *complacencia:* dado que en ningún momento la víctima es vista como un ser humano con derechos propios, todas sus acciones son percibidas exclusivamente desde la perspectiva autogratificante del abusador sexual.)

La existencia de asimetrías en la relación es diametralmente opuesta a la noción misma de consentimiento: ¿existe la posibilidad de consentir algo que no se entiende, cuando quien impone la conducta lo hace basándose en el ejercicio de al menos una forma de poder?

Más allá de lo que desde el punto de vista jurídico pueda entenderse como *consentimiento*, y de las edades que la ley establezca para este, hablar de consentimiento en situaciones de abuso sexual infantil es un sinsentido. Se impone entonces la necesidad de comprender de manera exhaustiva el contexto en el cual el abuso sexual se ha desarrollado.

Otro elemento a destacar de la definición de Berliner y Elliott es la *dinámica de la conducta* como un indicador de mayor precisión de abuso sexual que la diferencia de edad entre víctima y ofensor. Esto permite una comprensión de índole más cualitativa de la interacción, a la vez que incluye todos aquellos casos en los que el abuso es cometido por un menor de edad y no por un adulto, o los casos en los que la diferencia de edad es mínima pero otras diferencias marcan de modo contundente la relación de asimetría (por ejemplo, que un niño de 11 años abuse de otro de su misma edad que tiene una discapacidad mental o física). En este tipo de situaciones ambos niños (el que comete la acción abusiva y el que la padece) deben ser considerados en riesgo, lo que hace necesario abrir una investigación para determinar el origen de la conducta de quien está cometiendo el abuso sexual, ya que es posible que ese niño también sea o haya sido objeto de abusos sexuales o de alguna otra forma de violencia. De esta forma, no solo se interpondrían acciones de protección y reparación sobre el niño victimizado, sino también sobre el niño que ejerció la victimización.

* * *

IR A CONTENIDO

Un problema asociado a la definición del abuso sexual infantil radica en algunos preconceptos que circulan en la sociedad, incluso a veces en algunos agentes de intervención. Estos preconceptos suelen deformar la definición misma de lo que constituye una conducta sexual abusiva, y su resultado es una minimización de la gravedad de la situación. A continuación se detallan algunos de estos preconceptos:

- Homologar el abuso sexual a la violación.
- Desestimar el abuso sexual porque no hubo penetración.
- Minimizar el abuso sexual por el tipo de conducta (*fue solo un manoseo*).
- Minimizar el abuso sexual por la frecuencia de la conducta (*solo fueron algunas veces*).

Una forma de erradicar estos preconceptos consiste en entender qué conductas constituyen abuso sexual infantil en el contexto de las definiciones compartidas al inicio de esta sección:

- La utilización del niño y/o su cuerpo desnudo para la obtención de material pornográfico aunque no haya contacto directo del adulto con su víctima.
- Tocar al niño en sus genitales, zona anal y/o pechos, por encima de la ropa o por debajo de ella.
- Hacer que el niño toque al adulto en sus genitales, zona anal y/o pechos (en el caso de mujeres ofensoras), por encima de la ropa o por debajo de ella.
- Contacto oral-genital del adulto al niño.
- Contacto oral-genital del niño al adulto.
- Contacto genital del adulto sin penetración (frotamientos contra el cuerpo del niño o alguna parte de este, con el objetivo de lograr excitación sexual y eventualmente un orgasmo).
- Penetración vaginal y/o anal con dedo/s y/u objetos.
- Coito.

Estas conductas pueden darse en su totalidad o no. No todos los abusadores sexuales llegan al coito, y las razones por las cuales esto sucede pueden ser varias: preferencia por conductas específicas que satisfacen al ofensor, temor a dejar embarazada a la víctima si es una niña o al develamiento del

abuso sexual, que interrumpa su continuidad. Lo cierto es que no se puede predecir hasta dónde puede progresar un abuso sexual sin ser detectado, y hacer especulaciones al respecto equivale a *jugar con fuego,* con la certeza de que quien se va a *quemar* será la víctima.

Lo que sí se sabe es que una característica propia de la conducta sexual abusiva es ser *progresiva*. Según las descripciones hechas por víctimas adolescentes o por sobrevivientes adultas de abusos sexuales en su infancia, hay una serie de conductas previas incluso al primer tocamiento, que preparan el terreno para un acceso más intrusivo al cuerpo de la víctima. Así lo cuenta una joven de 17 años:

> Mucho antes de que me empezara a tocar ahí abajo, ya hacía algunas cosas medio desubicadas… Qué sé yo, pasaba por atrás mío muy cerca frotándose contra mi cola, y por ahí me pedía disculpas, como que se había tropezado. O entraba al baño cuando yo me estaba sacando la ropa para bañarme y se hacía el distraído, como que no sabía que yo estaba adentro. Él no quería que hubiera llaves ni pasadores en el baño porque decía que si uno se queda encerrado adentro ¿cómo sale?, entonces yo me empecé a llevar una silla y trababa la puerta…

Las conductas descritas pueden ser entendidas como formas manifiestas y abiertas de abuso sexual infantil, pero hay también formas encubiertas, que son todas aquellas que no implican necesariamente contacto físico entre quien va a abusar y quien es abusado, pero que permiten al ofensor:

a. chequear la permeabilidad o resistencia de la futura víctima;
b. generar un ambiente de confusión respecto de lo que es o no *normal;*
c. empezar a preparar las condiciones para conseguir el fin último, que es el contacto sexual.[7]

Algunas conductas y actitudes que pueden considerarse abuso sexual encubierto son:

– Mantener conversaciones con la víctima sobre su sexualidad y/o la sexualidad del adulto, pidiendo y/o aportando detalles explícitos, y/o

7. Un término que se ha utilizado mucho para denominar este tipo de conducta del ofensor sexual es el de grooming. Este término significa, en una de sus acepciones, 'entrenar, adiestrar o preparar', y hoy está ligado específicamente a las conductas de los pedófilos, sobre todo cuando utilizan diversas estrategias para conectar a potenciales víctimas a través de Internet.

IR A CONTENIDO

haciendo preguntas directas e íntimas. Esta estrategia persigue la finalidad de *desdramatizar* todo lo relacionado con la sexualidad humana. Los ofensores que actúan de esta forma suelen hacerlo a solas con su víctima, e incentivarla a no relatar a la madre (u otros referentes adultos) tales conversaciones con diversos argumentos (*Vos sabés cómo es tu mamá: es un poco anticuada, no le gusta pensar que su hija piense en sexo. / Hablar de esto así, con esta libertad, es completamente normal, pero la sociedad puritana y moralista no lo ve con buenos ojos, por eso es mejor que lo mantengamos entre nosotros. / Yo te puedo explicar mejor que nadie y además cuidarte; para eso soy tu papá, ¿no? ¿O vos te pensás que los chiquilines de hoy te quieren cuidar? Nooo, esos solo quieren una cosa…*). También se busca desdibujar los límites corporales y relacionales.

– Hacer chistes y/o comentarios subidos de tono sobre el cuerpo de la víctima. Cuando esto se hace en el contexto de vida cotidiana, el ofensor busca también evaluar cuánto el resto de la familia reprueba este comportamiento o cuánto se acostumbra a él, y en este último caso le sirve para aislar a la víctima de posibles fuentes de apoyo. Si los otros (madre, hermanos, otros miembros de la familia presentes) no intervienen, el ofensor se sentirá libre de seguir avanzando y la víctima será más proclive a creer que está completamente sola. La joven de 17 años del relato anterior lo ilustra de esta forma:

> Yo me desarrollé de muy chiquita, a los 11 ya tenía pechos y menstruaba, y era medio grandota, como mi mamá. En el verano era peor, él se la pasaba diciendo guarangadas… "Mirá las tetas de tu hija", le decía a mi mamá, "El que te las toque se pierde ahí adentro, nena"… ¡Era un desubicado! ¡Yo era una nena! Mi mamá al principio lo miraba mal, como con asco, pero después ya no le decía nada. A veces yo lo descubría tocándose… A la pileta me metía casi vestida, pero a él no lo paraba nada. Me miraba igual y decía guarangadas igual.

– Exposición a material pornográfico audiovisual. Esta es la forma más directa y concreta de adiestramiento y preparación para el contacto físico y persigue los mismos fines que las dos conductas anteriores.

Muchas veces las víctimas no van a contar estos detalles, a veces por vergüenza, a veces porque el desarrollo de tales conductas fue tan confuso que les cuesta integrarlo a todo lo que les ha sucedido; otras veces, las víctimas

comienzan por contar las situaciones que les resultaron más dolorosas físicamente, o que las asustaron más. Como veremos a lo largo de los próximos capítulos, el develamiento no es un acto único ni los relatos que el niño o niña ofrece son hechos en forma cronológica exacta. Solo la pericia del entrevistador permitirá obtener la información sobre todas las conductas abusivas a las que el niño o niña fue sometido.

Factores de riesgo para el abuso sexual infantil

Se entiende por *factores de riesgo* aquellas variables que incrementan la posibilidad de que determinado evento suceda (Bringiotti, 1999). La valoración de los factores de riesgo es un elemento clave de la intervención en las situaciones de violencia hacia la infancia en general, entre otras cuestiones porque sirve como eje para el constante monitoreo de las intervenciones.

Frente a una sospecha de abuso sexual o una situación de abuso sexual ya descubierta, la evaluación de factores de riesgo aporta más que nada a una comprensión retrospectiva de la problemática, pero poco a la prevención (salvo en algunos casos que detallaremos más adelante). De hecho, la mayoría de los estudios sobre factores de riesgo para el abuso sexual han sido retrospectivos en su naturaleza (Fraenkel, Sheinberg y True, 1996). Tanto en el abuso sexual como en cualquier otra forma de maltrato, es importante evitar la sobrevaloración y la subvaloración de los factores de riesgo. La sobrevaloración se da cuando el profesional que entrevista o quien debe tomar decisiones importantes en el plano de la intervención interpreta que la ausencia de uno o varios factores de riesgo implica que *el abuso no ha ocurrido*.

Veámoslo con un ejemplo. En la literatura encontramos como factor de riesgo para el ASI la falta de cercanía en la relación madre-hija. Esto *no significa* que en *todas* las situaciones en que se evalúa una falta de cercanía en la relación madre-hija haya ASI, como tampoco significa que, si la relación madre-hija de la situación evaluada es cercana y afectuosa, *entonces* es poco probable que el ASI haya ocurrido.

Teniendo en mente lo anterior, a continuación listan algunos de los factores de riesgo citados en la literatura sobre el tema (Fraenkel, Sheinberg y True, 1996; Ochotorena y Arruabarrena, 1996; Save the Children, 2001; Center for Disease Control and Prevention, 2014):

IR A CONTENIDO

- Presencia de un padrastro (en algunos países la prevalencia de ASI por parte de padrastros es mayor que la prevalencia de ASI por parte de padres biológicos).
- Falta de cercanía en la relación materno-filial (cuando la madre es el progenitor no ofensor).[8]
- Madres sexualmente reprimidas o punitivas.
- Padres poco afectivos físicamente.
- Insatisfacción en el matrimonio.
- Violencia en la pareja.
- Falta de educación formal en la madre.
- Bajos ingresos en el grupo familiar (en algunas fuentes se plantea directamente a la pobreza como factor de riesgo; no obstante, es necesario aclarar que esto no inhabilita el hecho de que el abuso sexual también ocurre en familias de clases económicamente más acomodadas).
- Abuso de alcohol o drogas por parte del ofensor.
- Impulsividad y tendencias antisociales por parte del ofensor.
- Antecedentes —en los adultos— de maltrato físico, abuso sexual o negligencia afectiva en la infancia, o haber sido testigo de la violencia de un progenitor contra el otro. A su vez, si un niño ha padecido situaciones de malos tratos y/o abuso sexual, estos antecedentes se convierten en un factor de riesgo para la revictimización; por ejemplo, si el niño es institucionalizado o si escapa a la calle, por citar algunos ejemplos, las posibilidades de que en dichos ámbitos sea nuevamente víctima de alguna forma de violencia se incrementan.
- Discapacidad psíquica en el progenitor no ofensor.
- Dificultades en el control impulsivo del adulto ofensor.
- Relaciones familiares con un marcado funcionamiento patriarcal.
- Fácil acceso a las víctimas (no solamente incluye a familiares, sino también a maestros, profesores, cuidadores, etc.).

Como se verá más adelante, en la descripción de las características de los ofensores sexuales y de las madres no ofensoras, varios de los factores de riesgo presentados en esta lista no siempre están presentes. Muchos abusos son cometidos por personas que no presentan ninguna de las características conductuales aquí detalladas, funcionan de manera impecable en el

8. Denominamos no ofensor al progenitor que no está involucrado en la conducta sexualmente abusiva.

entorno social en el que se mueven y pueden pertenecer a las escalas socioeconómicas más altas de la comunidad en que viven. Esto, nuevamente, debe recordarnos que una lista de factores de riesgo debe ser tomada a título meramente ilustrativo e informativo, pero no determina por sí misma la posibilidad de que el ASI haya ocurrido o no.

Desde el punto de vista social y comunitario también se ha trabajado para identificar algunos factores de riesgo para el ASI (Save the Children, 2001; Center for Disease Control and Prevention, 2014):

- Alta tolerancia a la violencia sexual en la comunidad en que se habita.
- Políticas y leyes débiles relacionadas con la igualdad de género.
- Altos niveles de tolerancia al delito en general.
- Normas y comportamientos sociales que apoyan la violencia sexual, la superioridad masculina y su derecho al ejercicio irrestricto de su sexualidad, y la sumisión sexual femenina.
- Aplicación de penas mínimas a los agresores sexuales.
- Fracaso en los programas de sensibilización social relacionados con el tema.
- Involucramiento de las fuerzas de orden y control en actividades delictivas, o pasividad excesiva ante estas, que favorece la circulación de niños, niñas y adolescentes por circuitos locales de explotación sexual con fines comerciales.

Existen argumentos que desde lo social y lo comunitario también constituyen un factor de riesgo para la perpetración de tales conductas, como, por ejemplo, la idea de que en el campo (o en lugares rurales, o en el interior y lejos de los cascos urbanos más densamente habitados) es común que los padres inicien a sus hijas en las relaciones sexuales. Es fundamental tener en cuenta que *lo habitual* no necesariamente es sano: en una ciudad puede ser común que los automovilistas no respeten la luz roja del semáforo, pero esta práctica, más allá de ser habitual, no solo es riesgosa para todos aquellos que circulan, sino que además no es legal. Cuando los miembros de la comunidad sostienen estas creencias, fallan a la hora de actuar como posibles agentes de protección de los niños y niñas, ya que no encuentran razones para denunciar hechos de esta índole de los que tomen conocimiento. Sin embargo, el problema es más grave si estos argumentos son sostenidos en las instituciones de dicha comunidad —desde escuelas y puestos sanitarios

u hospitales, hasta la comisaría, la iglesia y el juzgado—, ya que en ese caso las puertas hacia una resolución favorable de las situaciones de abuso sexual se ven cerradas y las víctimas son sometidas a circuitos de perpetuación de la violencia sexual. Parte de la dinámica propia del abuso sexual radica en la responsabilización de la víctima por parte del ofensor: niños, niñas y adolescentes pasan a ser *responsables* de la conducta del ofensor —por ejemplo, porque (siempre según la mirada del ofensor) los provocaron, porque no los detuvieron, etc.— y también de las consecuencias de dicha conducta —un embarazo, la separación de la familia, el encarcelamiento del abusador, etc.—. Para los niños y niñas, asumir a ciegas que lo que los adultos dicen es verdad es más un hecho concreto que una posibilidad.

Un argumento que los abusadores utilizan a la hora de forzar a sus víctimas a mantener el secreto es advertirles que si ellos hablaran nadie les creería. Por lo tanto, si la niña víctima de abuso decide hablar y se encuentra con un adulto no dispuesto a escucharla, por un lado la profecía del ofensor se habrá cumplido —lo cual refuerza, a la vez, la percepción de que el abusador es quien tiene el control absoluto de la situación— y, por el otro, la niña tendrá menos motivaciones futuras para develar la continuidad de estos hechos.

Si bien la primera *línea de defensa* con la que la niña cuenta es aquella persona que dentro de su propia familia no está ejerciendo el abuso (por ejemplo, la madre), los agentes de intervención no deben olvidar que todos, desde sus diversas disciplinas y lugares de trabajo, constituyen la segunda *línea de defensa* para esa niña.

También es posible identificar algunos factores de riesgo para el abuso sexual infantil asociados a los niños y niñas víctimas:

- *La edad.* A menor edad, es más fácil que el niño pueda ser involucrado por el adulto en conductas sexuales que no comprende, muchas veces a través de juegos. Por otro lado, su dependencia respecto de los adultos es mayor, no solo en el plano emocional sino también físico, situación que aumenta su vulnerabilidad. Algunas investigaciones han determinado que hay dos franjas etarias de mayor riesgo para el abuso sexual: entre los seis y los siete años y entre los diez y los doce; esta última posiblemente porque comienza a advertirse el incipiente desarrollo de características sexuales (Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000). No obstante, debe tenerse presente que se registran casos de bebés de un año o incluso más pequeños que han sido víctimas de abuso sexual; es decir, también se cometen abusos

sexuales contra niños y niñas de menos de seis años, así como contra púberes y adolescentes mayores de 12 años.

- Que el niño presente alguna *discapacidad física o mental,* lo que lo coloca en una situación de mayor vulnerabilidad a ser abusado sexualmente, ya sea por sus limitaciones físicas para moverse, escapar o defenderse, ya sea por una aún menor comprensión de las conductas en las cuales está siendo involucrado. Por añadidura, los niños con discapacidades que son víctimas de ASI tienen mayores dificultades para comunicar lo que les está sucediendo, y cuando logran hacerlo tienen mayores probabilidades de que sus relatos no sean considerados creíbles o válidos (Saywitz, Nathanson y Snyder, 1993).
- *Que el niño o niña ya haya sido víctima de abuso sexual* (por ejemplo, una niña es abusada sexualmente por su padre, y es alojada en una institución en la cual también es víctima de abuso sexual por un cuidador).
- *Ser niña.* Las estadísticas a escala mundial dan cuenta de que la prevalencia de ASI sobre niñas es mayor que sobre varones (algunas estadísticas hablan de dos a tres niñas por cada varón, y otras de cinco niñas por cada varón). Pese a esta mayor prevalencia, en ningún momento debe olvidarse que los varones también son víctimas de ASI.

En párrafos anteriores se planteaba que la valoración de los factores de riesgo para el ASI, por su naturaleza retrospectiva, poco puede aportar a la prevención, salvo en algunas situaciones puntuales, que se describirán a continuación. Un posible ejemplo es un caso en el que se haya radicado una denuncia de ASI contra un padre, acusado de abusar de su hija de cinco años. La niña convive con su padre, su madre y dos hermanos más, un varón dos años mayor y una hermana dos años menor. En principio la intervención suele estar dirigida a la niña que se sospecha ha sido la damnificada principal de esta situación. Sin embargo, hasta tanto se haya evaluado a la niña y también a sus hermanos, no hay ninguna razón fundamentada para decir que estos últimos *no están en riesgo*. No hay patrones predictivos de la conducta abusiva: no sabemos si este papá acusado tiene preferencia solamente por las niñas o no; no es posible saber si ha intentado abusar o si o directamente ha abusado de alguno de sus otros hijos y este abuso puntual se denuncia simplemente porque es el único que ha salido a la luz. Se desconocen una cantidad de elementos que son los que podrían decir con más claridad y contundencia si los dos hermanos de la niña de cinco años

han sido víctimas de abuso o no, e incluso, si no lo fueron al iniciarse la intervención, si podrían serlo en el futuro. Aquí, entonces, el hecho de que este padre haya abusado sexualmente de uno de sus tres hijos *constituye un factor de riesgo para el abuso de los otros dos;* es decir que tanto las medidas protectoras como la evaluación deberían estar dirigidas a los tres niños.

Otra situación que debe ser considerada con cautela, y sin descartarla de plano, es que la persona acusada en la actualidad registre algún antecedente conocido por situaciones similares. En ese caso es de fundamental importancia averiguar si esos antecedentes derivaron en una denuncia a la Justicia y rastrearlos. Esto aportaría datos que podrían ayudar a la valoración global de la situación presente. Si los antecedentes no fueron denunciados a la Justicia, es importante obtener la mayor información posible de todas las fuentes que puedan aportarla.

El siguiente ejemplo ilustra la situación. El abuso sexual de una niña de 12 años por su padre sale a la luz y es denunciado. Durante las entrevistas de evaluación, la madre de la niña, en el relato de antecedentes, cuenta que su marido tuvo un matrimonio previo, del que tuvo otra hija, que al momento de la denuncia tiene alrededor de 22 años. Que no sabe bien por qué se separó de su anterior mujer, pero que siempre le llamó la atención que nunca más tuviera contacto con la hija, a quien no ve desde que esta tenía 10 años. Su hija, la niña de la denuncia, siempre quiso conocer a su hermana, y la madre cuenta que por esa razón ella se encargó de buscarla y establecer contacto, lo cual finalmente logró en el último año, sin que su marido lo supiera. En una segunda entrevista, la madre cuenta, con mucha angustia, que ha hablado acerca de la denuncia con la hermana de su hija, y esta le contó que su padre le hizo lo mismo a ella cuando era pequeña y que esa fue la razón de la separación de sus padres. Tener una entrevista con esta joven pudo aportar datos relevantes sobre los antecedentes de la conducta sexualmente abusiva de este padre, que en ambos casos se había desarrollado más o menos de la misma forma. Aunque ya no se pudiera proteger a esta joven por lo que le había sucedido, su relato fue clave para sumar credibilidad al relato de su media hermana.

* * *

También se habla de factores de riesgo cuando se toma conocimiento de una situación en la cual un menor de edad tiene comportamientos abusivos con un niño menor que él; por ejemplo, un chico de catorce años con

su primita de cinco. En una situación de estas características se considera que ambos menores están en riesgo, ya que, aunque se conoce quién es el autor de las conductas sobre la niña de cinco años, queda por investigar exhaustivamente el origen de tales conductas en el púber de catorce, ya que es posible que él mismo haya sido o esté siendo víctima de abusos sexuales.

Abuso sexual infantil extrafamiliar e intrafamiliar

El ASI puede ser clasificado según la relación ofensor-víctima en *intrafamiliar* y *extrafamiliar*. La principal utilidad de dicha clasificación está relacionada de manera directa con las medidas de protección al niño o niña víctima. Si una niña es abusada sexualmente por su padre, que sea separada de él a efectos de evitar la continuidad del ASI dependerá de manera exclusiva de la Justicia: ningún médico ni psicólogo ni maestro tiene el poder y la autoridad para dar esa indicación y velar por su cumplimiento; es decir que el sistema de justicia es el principal responsable de garantizar la seguridad de la niña ante posibles futuros abusos de la misma persona. Pero si la niña ha sido abusada por el profesor de música de su colegio, otros adultos pueden tomar en sus manos la acción protectora de no contacto entre la niña y el ofensor —por ejemplo, sus padres pueden decidir cambiarla de centro educativo, las autoridades escolares pueden remover al profesor de su cargo—. En este caso a la Justicia le compete únicamente el papel de determinar si el delito denunciado ha sido cometido o no, y si la persona acusada es penalmente responsable de dicho delito.

En los abusos sexuales *intrafamiliares* se incluyen todas aquellas personas que conforman el grupo familiar biológico, político o adoptivo, nuclear y extenso: padres, padrastros, madres, madrastras, hermanos/as, primos/as, tíos/as, abuelos/as.

En el caso de los abusos sexuales *extrafamiliares* se incluyen todas aquellas personas que no conforman el grupo familiar del niño, pero que tienen suficiente acceso a este como para cometer el ASI a lo largo de un tiempo: niñeras, profesores/as y maestros/as de escuela, líderes de grupo —por ejemplo, boy scouts—, líderes espirituales de cualquier culto, amigos y/o allegados de la familia o de algún miembro en particular de la familia.

La gran mayoría de los casos de ASI se dan en el contexto intrafamiliar, y en ellos se evidencian las mayores dificultades a la hora de la intervención, en especial cuando el ofensor es un progenitor en línea directa (madre o padre):

el adulto tiene un acceso amplio al niño y la vinculación entre ambos está amparada por la ley —es decir, solo la Justicia puede actuar haciendo valer una suspensión de contacto, mantenerla o revocarla—; su relación con el niño es de las más significativas en cuanto constituye una figura de cuidado primaria; tiende a demandar un contacto irrestricto con su hijo o hija haciendo valer derechos propios y del niño; puede ejercer presión directa sobre el funcionamiento familiar si es el proveedor de los ingresos, si es el dueño de la casa que la familia habita o si hay otros hijos que no fueron abusados por él/ella.

El hincapié que se hace, muchas veces, en la necesidad de preservar los lazos parentales biológicos como derechos inalienables del niño y/o como forma de prevenir males futuros por *crecer sin un padre* suele favorecer medidas reñidas con el concepto mismo de *protección*. Si la preservación del lazo de parentalidad biológica adquiere mayor relevancia que el riesgo inherente a dicho lazo y el daño producido por este, se cierran las puertas a la posibilidad de evitar nuevas y futuras revictimizaciones sexuales. Esto es así, además, porque es poco lo que se conoce a ciencia cierta sobre la psicología de los ofensores sexuales, por lo cual la decisión de revincular al niño con el progenitor acusado del AS debería basarse —antes que nada— en la mayor certeza posible de que el abuso sexual no existió.

En el caso de los abusos sexuales *extrafamiliares,* algunos autores distinguen entre perpetradores desconocidos y conocidos por el niño y su familia (Barudy, 1998). En el primer caso se encontrarían los pedófilos clásicos, personas que encuentran placer sexual en el involucramiento exclusivo con niños o niñas y que los contactan en algún punto del circuito cotidiano del niño, niña o adolescente; por ejemplo, si suele frecuentar una casa de comidas rápidas o un salón de videojuegos en red. Últimamente, el desarrollo de la tecnología y el cada vez mayor acceso de los niños y niñas desde sus propias casas a juegos en red, interactivos y a las redes sociales, los convierte en blancos fáciles de pedófilos que suelen engañarlos falseando su identidad y haciéndose pasar por pares. El pedófilo clásico suele establecer diferentes tipos de trucos y estrategias (tales como engaños, promesas de regalos o beneficios que pueden ser tentadores para el niño) para involucrar al niño o niña en futuras conductas sexuales; por ejemplo, le promete mostrarle una colección de objetos especiales para lograr que el niño vaya a su departamento, donde se inician los contactos sexuales.

Si el niño o niña es contactado a través de Internet, muchas veces suelen pedirle que se desnude o que se saque fotos y se las envíe. Aunque no llegue a tener un contacto físico concreto con el pedófilo, este se las arregla

para obtener acceso a su sexualidad —en este caso, virtual, pero no por eso menos dañino—. Cuando el pedófilo accede a las fotografías, estas suelen ser rápidamente distribuidas como material de pornografía infantil a redes de pedófilos alrededor de todo el mundo. Esto es lo que hoy se conoce internacionalmente con el nombre de *grooming*. En esas situaciones, el abuso sexual del niño, niña o adolescente involucrado se multiplica por la incontable cantidad de personas que acceden a su intimidad a través de la web, y el daño se perpetúa a lo largo de los años aunque nadie esté *tocando* a esa criatura.

En los casos de AS extrafamiliar en que el perpetrador es conocido del niño y la familia, es precisamente este conocimiento el que funciona como la vía regia para dejar entrampado al niño en la trama del abuso. Aquí el AS tiene mayores chances de progresar por el hecho de que el contacto y la familiaridad del ofensor con el niño y su grupo familiar facilitan que la confianza funcione como una vía de acceso más fácil al abuso sexual y —a la vez— como camino para lograr el secreto. Cuando estas personas ocupan a la vez lugares destacados en la cotidianidad del niño —por ejemplo, si se trata de un maestro de escuela—, el escape de la situación se hace más complejo para las víctimas, ya que el ofensor hará uso de su lugar de autoridad para seguir involucrando al niño en las prácticas abusivas y en el silencio sobre ellas.

Cuando estas situaciones abusivas involucran a más de una víctima a la vez, los niños pueden sentir todavía más cerradas las vías de escape, ya que las eventuales amenazas para mantener el secreto se generalizan, así como el temor a hablar y a que algo malo suceda. Es más fácil entonces para el niño ver al ofensor sexual como alguien verdaderamente poderoso, ya que observa que este puede hacer con varios pares a la vez lo mismo que hace con él.

Barudy plantea que este tipo de abusadores "atribuyen sus actos a una finalidad altruista, y además usurpan una parte de la función parental, adoptando un rol de pseudoparentalidad hacia sus víctimas" (Barudy, 1998: 195).

Cuando el AS extrafamiliar es cometido por una persona que cumple funciones homologables a los roles parentales (como puede ser el director de un hogar en el que el niño está internado por estar separado de sus padres), el efecto que esta situación tiene sobre el niño es exactamente igual al que tendría si el AS hubiera sido cometido por un progenitor biológico. Esa persona cumple un rol parental sustituto, y antes del acceso directo al cuerpo del niño posiblemente haya generado situaciones que le dieran a este la

sensación de estar siendo cuidado por alguien que lo considera especial. La soledad, la lejanía del hogar (incluso aunque esta lejanía se haya generado por una medida de protección) contribuyen a aumentar en el niño sus necesidades afectivas de contacto, haciéndolo especialmente vulnerable a los predadores sexuales.

Un estudio de la década del noventa que investigó la relación entre el niño víctima y su perpetrador, desde la perspectiva del niño, determinó que para este último la relación con el perpetrador solía llenar algún déficit en su vida; por ejemplo, de cariño, cuidado, consejo, compañía, etc. (Berliner y Conte, 1990). Según la experiencia de las autoras de este libro, esto siempre se observa en aquellas víctimas de personas de autoridad (directores de instituciones, coordinadores de programas de rehabilitación, sacerdotes, guías espirituales) institucionalizadas, que provienen de situaciones de múltiples malos tratos y abusos en sus familias de origen, incluida la explotación sexual o su facilitación. Quienes volvieron a abusar de ellas en los contextos que el Estado había designado para su cuidado y para la reparación de sus heridas generaron primero un acercamiento basado en el cuidado, en la escucha, en el favoritismo respecto de otras niñas o niños institucionalizados, mostrando afecto y cercanía, para posteriormente iniciar las conductas sexualmente abusivas. Así lo ilustran las propias víctimas, como esta adolescente:

> ¿Vos sabés lo que significa que una persona como él, que podía elegir a cualquier chiquilina como yo, me eligiera a mí? A mí en mi familia nadie me miraba, no existía, era un fantasma, pero, eso sí, me hacían lo que querían… Yo pensaba de verdad que él [se refiere a quien abusó de ella en un contexto institucional] me iba a rescatar. Cuando me dijo que lo toque ahí, yo pensé que no podía decirle que no, después de todo lo que había hecho por mí.

Todo esto significa que no se debe minimizar el efecto que el abuso pueda tener en un niño, niña o adolescente si quien lo cometió no es un miembro de la familia. La única situación facilitada en la intervención en estos casos es la que atañe a la protección del niño, ya que no habrá reclamos de la parte acusada para retomar el contacto con este sobre la base de los lazos parentales que los unen, pero el efecto del AS no por ello será menos dañino.

* * *

Con relación al AS *intrafamiliar,* lo primero que se puede decir es que siempre desata un conflicto de lealtades. En este caso no están en juego solamente las relaciones afectivas del niño con el ofensor sexual, sino de este último con los otros miembros de la familia. Si quien abusa es un padre, están en juego las relaciones afectivas de los otros hijos y la madre. Si quien abusa es un abuelo o un tío, está en juego el universo emocional del progenitor relacionado con quien abusó. No hay forma de que el descubrimiento del AS intrafamiliar no desate una fuerte e inevitable turbulencia emocional.

Por otro lado, el AS intrafamiliar produce un mayor nivel de rechazo social, pero también de negación: "Si socialmente ya cuesta entender que pueda haber una persona que se sienta atraída sexualmente por los niños y que no tiene necesariamente que ser un enfermo ni estar 'loco', cuando se trata de un abuso sexual intrafamiliar, mucho más" (Save the Children, 2001: 96). Los mecanismos de disociación, evitación y negación pueden estar presentes entre las respuestas de los miembros de la familia. Cuando estos mecanismos son parte de la respuesta del adulto no ofensor, la situación de desprotección del niño o niña es grave, ya que carece de alguien que pueda protegerlo de los avances del ofensor sexual.

Cuando son parte de la respuesta del adulto no ofensor, estos mecanismos pueden ser producto de:

a. Un fuerte involucramiento afectivo con el ofensor, con fuertes rasgos dependientes.
b. Una motivación económica (temor a perder la manutención económica u otros bienes materiales).
c. Dificultades asociadas a la propia historia (por ejemplo, haber sufrido un AS en la infancia).
d. Una actitud de participación activa o pasiva en el AS. Entrarían aquí aquellas madres que también participan activamente del AS, ya sea a través del contacto sexual propiamente dicho o facilitándolo (por ejemplo, sostener a la niña mientras el abusador actúa), o bien facilitando con su pasividad que el AS ocurra (por ejemplo, mandando a la hija a dormir la siesta con el padre o a *calmarlo* cuando está borracho).

Las reacciones negativas y de falta de apoyo de los hermanos suelen tener su origen en la hostilidad alimentada por el favoritismo que el ofensor sexual ejercía con la víctima —ya fuera a través de regalos, de permisos

especiales, de excepciones, de ausencia de castigos—. Los hermanos también pueden plegarse al *duelo económico* si esta es la razón de la respuesta o reacción negativa de la madre.

Las reacciones de la familia extensa relacionada con el ofensor sexual suelen ser la mayoría de las veces negativas y hostiles, y estar dirigidas hacia la víctima tanto como hacia el adulto no ofensor si este asume una actitud de cuidado y protección del niño. En ocasiones, algunos miembros de la familia extensa pueden asumir una postura de abstención: no opinan a favor ni en contra, pero tampoco ayudan; pueden mantenerse al margen del conflicto, pero para no generar mayor malestar en la propia familia se despegan de la familia nuclear de la víctima. En estas circunstancias el niño o niña víctima de AS ve cómo todo su mundo de relaciones se va desmoronando.

Cuando los miembros de la familia extensa comienzan a reclamar judicialmente el contacto con el niño o niña víctima, siempre es necesario tener en cuenta:

1. ¿Cuál ha sido la actitud de esta familia con la denuncia del AS? ¿Lo niegan? ¿Consideran que el niño ha mentido? ¿Consideran que la madre lo ha inducido? ¿Asumen una actitud respetuosa de dejar trabajar a la Justicia?
2. ¿Ha habido en el relato del niño alusiones a la presencia en las situaciones de AS de algún miembro de la familia extensa que reclama el contacto, o a que esas situaciones se llevaban a cabo en casa de algún familiar?
3. ¿Es la familia extensa confiable en cuanto a evitar que el adulto ofensor pueda tener alguna forma de contacto directo (a través de la presencia física o de llamados telefónicos) o indirecto (a través de mensajes o regalos) con el niño o niña víctima?

Entre las situaciones de AS intrafamiliar merece mención especial el abuso sexual entre hermanos, aunque sea un tipo de abuso menos reportado que el cometido por un adulto (Caffaro, 2014). Algunos de los obstáculos detectados para la intervención en este tipo de casos suelen ser:

a. Las familias no lo reportan porque consideran que no es tan grave y/o que pueden manejarlo puertas adentro.
b. Entre los agentes de intervención puede haber discrepancias en cuanto a considerar la situación como abusiva; estas discrepancias

pueden estar basadas en la diferencia de edad, el tipo de contacto sexual involucrado o incluso el considerar como sexualmente abusiva la conducta de un menor de edad.

En los Estados Unidos, según estadísticas del Departamento de Justicia, más de un tercio de los AS son perpetrados por un menor de edad. En aproximadamente un 40 % de los casos las víctimas son miembros de la familia, en especial, hermanos o hermanas que viven bajo el mismo techo. Sin embargo, los estudios hechos con esta población siguen siendo escasos, mientras que obtiene mayor atención la díada padre victimario-hija víctima.

El AS entre hermanos consiste en la presencia de contacto sexual entre dos hermanos que tienen una diferencia de edad considerable —independientemente de la naturaleza de la actividad sexual— o cuando las actividades exceden la exploración sexual normal.

Entre las características del AS entre hermanos, Caffaro (2014) refiere:

1. Se trata de un contacto sexual forzado por un hermano/a mayor sobre un hermano menor. Las investigaciones citadas por el autor sobre población de Estados Unidos señalan que en la gran mayoría se trata de casos de abuso de hermano varón victimario hacia hermana mujer víctima, con una diferencia de edad de entre tres y seis años. Si bien a menor diferencia de edad entre ambos hermanos, mayor tendencia a ver la conducta como no problemática, es la característica de la conducta la que la convierte en abusiva. En presencia de alguna forma de manipulación o coerción —que podría estar también determinada por la diferencia de tamaño o fuerza física—, la conducta puede ser considerada abusiva. En este sentido, el autor coincide con la definición de AS de Berliner y Elliott aportada en la sección 2.2.
2. Actividad sexual compulsiva, contacto oral-genital y coito, o intento de alguna de tales actividades, que se extiende durante un tiempo.
3. Posible presencia de referencias a lo sexual en las conversaciones, exhibición de genitales, forzar a observar material pornográfico o la actividad sexual de otra persona, u obligar a participar de actividades tendientes a la obtención de material pornográfico.
4. La conducta no se limita a la curiosidad y la exploración propias del desarrollo evolutivo; si bien puede no parecer *forzada,* suele suceder en un contexto de manipulación, coerción e instilación de miedo, o incluso cuando la víctima no está consciente o despierta.

IR A CONTENIDO

Caffaro considera también, como situaciones propias de este tipo de AS, todo contacto sexual que se da entre hermanos que se involucran en esta clase de actividades como una manera de lidiar con necesidades afectivas y de apego no satisfechas.

En la evaluación e intervención en dichas situaciones se deben tener en cuenta los siguientes ítems:

a. Es necesario considerar que el niño o adolescente que abusa de un hermano/a también debe ser objeto de una evaluación exhaustiva que permita entender el origen de ese tipo de conductas, ya que también podría ser víctima de un AS actual o incluso pasado que hubiera sido inadvertido o no fuera denunciado.
b. La intervención debe apuntar a asegurar que el niño que ha cometido la ofensa sexual también reciba un tratamiento adecuado, a los efectos de no facilitar la latencia de un patrón abusivo que se siga repitiendo. En este sentido, la intervención apunta a la protección, pero también a la prevención.
c. Es de vital importancia evaluar, monitorear y acompañar a la familia. Cuando ambos niños pertenecen al mismo núcleo familiar, los padres pueden verse divididos en un conflicto de lealtades, sentir que no pueden proteger a uno y al mismo tiempo *acusar* a otro. La actitud familiar es fundamental a la hora de generar prácticas de protección concretas que eviten la revictimización futura. Estas son familias en las que el riesgo debe ser constantemente monitoreado, porque suele ser común que, pasada la primera crisis, o ante la evidencia de cierta mejoría, relajen sus estrategias de seguimiento del contacto y la cercanía entre los hermanos involucrados en el abuso. Si el niño que abusa sexualmente ha sido a su vez abusado dentro del grupo familiar, la identificación del abusador facilitará la puesta en marcha de prácticas de protección concretas hacia él (para que no continúe el AS) y hacia el hermano abusado por él (para que no se convierta en víctima de un abusador más dentro de la misma familia).

Capítulo 3

Mitos y realidades acerca del abuso sexual infantil

Tanto en el plano social como en el ámbito académico, hay una serie de obstáculos para el reconocimiento y la detección de las situaciones de abuso sexual, obstáculos que pueden además presentarse en todos los niveles de la intervención, tanto jurídica como terapéutica.

Varios de estos obstáculos suelen verse representados en una serie de mitos. Una de las acepciones de la palabra *mito* según el *Diccionario* de la Real Academia Española es: "Persona o cosa a las que se atribuyen cualidades o excelencias que no tienen, o bien una realidad de la que carecen". Y, en efecto, el abuso sexual infantil es un fenómeno al que se le atribuyen cualidades que no tiene.

La circulación de estos mitos en los contextos de intervención suele generar interferencias importantes que pueden tener severas consecuencias respecto a la protección infantil.

A continuación se describen algunos de estos mitos y las realidades contrapuestas.

"El abuso sexual infantil no es una forma de maltrato tan grave como el maltrato físico"

Muchas veces se cae en el error de considerar como maltrato infantil solo al maltrato físico, y en especial al que tiene consecuencias graves y severas (por ejemplo, una fisura de cráneo). En algunos sectores se lo considera una consecuencia de la *maldad intrínseca* de los padres, o de una deformación patológica individual, desconociendo todas las posibles explicaciones etiológicas y los factores multideterminantes de esta problemática. Hoy por hoy, las neurociencias han demostrado que todas las formas de violencia y malos tratos en la infancia —el abuso sexual incluido— tienen consecuencias severas en el desarrollo infantil. Por otro lado, se reconoce que el

ASI tiene ciertas características que lo hacen diferente de la negligencia, el maltrato físico o el emocional, tal como se presentó en capítulos anteriores. En términos de gravedad, el maltrato físico, emocional y la negligencia tienen diversos niveles que facilitan modular la intervención, por lo que la desvinculación del niño o niña de su padre o madre no siempre es condición necesaria para trabajar en la modificación de la conducta maltratante. En cambio, en el abuso sexual infantil, la separación transitoria del niño abusado de quien abusa de él es condición *sine qua non* para garantizar que el abuso sexual se detenga.

"El abuso sexual, al igual que la violencia hacia la infancia en todas sus formas, es un problema de las clases bajas"

El abuso sexual y la violencia hacia la infancia en todas sus formas no distinguen clases sociales, género ni religión. Hoy se sabe que tanto niños como niñas pueden ser abusados sexualmente desde muy temprana edad (incluso siendo bebés). Se sabe que pueden ser abusados en el contexto de sus familias, en contextos educativos, en contextos religiosos, por personas conocidas y cercanas o por personas desconocidas. Se sabe que no solo los hombres abusan sexualmente de niños y niñas, sino también las mujeres. Sin embargo, suele ser muy tentador pensar que el abuso sexual ocurre en clases bajas, ya que esto coloca a salvo el imaginario social según el cual la educación y el estatus económico funcionarían como factores de protección frente a un tipo de atrocidades que el ser humano es capaz de cometer en contra de los miembros más vulnerables de su comunidad. Existe una sustancial diferencia entre decir o pensar que el abuso sexual —y la violencia contra la infancia en general— solo ocurren en las clases bajas, y entender que en realidad en este sector poblacional tiene mayores posibilidades de ser detectado y evaluado por los organismos estatales. Distintos factores inciden en que haya un mayor énfasis puesto en la detección del abuso sexual en las clases sociales más vulnerables:

a. Las instituciones públicas —a las que asisten las personas de bajos recursos— suelen operar ejerciendo mayor control social sobre los sectores poblacionales más vulnerables que el que ejercen las instituciones privadas sobre los sectores más pudientes.
b. Se descree que personas bien educadas o con reputación social puedan llevar a cabo actos nocivos contra niños y niñas.

c. Se teme la posible respuesta de las personas de clases sociales más favorecidas que son acusadas de estos delitos, por cuanto se considera que tienen los medios económicos para contratar importantes estudios de abogados, los cuales no solo lograrán desestimar la denuncia, sino que además podrían incluso accionar legalmente contra los profesionales que hubieran intervenido en la investigación o el tratamiento de la situación de abuso sexual.

Las condiciones económicas desfavorables de los sectores más empobrecidos de la población pueden actuar como un factor potenciador del estrés; de la misma manera, condiciones de hacinamiento en la vivienda pueden facilitar el acceso de un abusador sexual a su víctima. Sin embargo, es preciso ser cautelosos a la hora de generalizar estas situaciones: en muchas familias de bajos recursos cuyos miembros viven hacinados en un mismo ambiente no ocurren situaciones de abuso sexual, a la vez que en muchas familias que no sufren privaciones económicas y viven en espacios amplios, con una amplia y cómoda habitación para cada miembro, el abuso sexual de una niña puede perpetrarse durante años.

"El abuso sexual es un hecho raro, poco frecuente, que les ocurre a pocos niños"

Aunque es difícil calcular el número de casos de abuso sexual infantil —tanto en el ámbito local como internacional—, todos los estudios confirman que no es un evento raro ni poco frecuente. Las razones de la dificultad para obtener una cifra exacta van desde la falta concreta de estadísticas hasta las diferencias en la definición de la problemática a censar, pero el problema principal, que aparentemente repercute en un subreporte general de casos de abuso sexual, es que este es un tipo de violencia que se da en el máximo de los secretos. Los casos que se conocen oficialmente son solo aquellos que se reportan, pero se considera que el número de casos que *no* se reportan es mayor. La prevalencia y la incidencia[9] del abuso sexual infantil se vienen estudiando desde hace más de dos décadas.

9. *Prevalencia* es la proporción de individuos en una población determinada que presentan un evento equis (en este caso, ASI) en un lapso determinado. La *incidencia* muestra la probabilidad de que una persona desarrolle en una población determinada el evento o la situación objeto de estudio.

IR A CONTENIDO

En un estudio realizado por la Universidad de Barcelona en 2009, se estimó que a nivel global un 7,9 % de hombres y un 19,7 % de mujeres habían experimentado abuso sexual antes de la edad de 18 años. África se ubicó a la cabeza de la tasa de prevalencia de abuso sexual, con un 34,4 %, mientras que Europa se encontró en el nivel más bajo, con 9,2 %. En dicho estudio, el país latinoamericano con mayor tasa de prevalencia de ASI fue Costa Rica (32,2 % de mujeres y 12,8 % de hombres). Al igual que muchos otros estudios de prevalencia e incidencia, en este se consideró que la tasa reportada de abusos sexuales a hombres podría ser mucho mayor de lo que surge en las estadísticas.

"Los ofensores sexuales son personas que sufren de alguna patología en particular o abusan sexualmente bajo los efectos del alcohol"

No se cuenta a la fecha con un perfil del ofensor sexual (en especial de aquel que abusa sexualmente en contextos intrafamiliares). Por otro lado, la ingesta de alcohol, si bien reduce la inhibición de los impulsos, no genera necesariamente una conducta sexualmente abusiva; no todas las personas que se alcoholizan abusan sexualmente de un niño, ni todas las personas que abusan sexualmente de niños y niñas se alcoholizan. De acuerdo al testimonio de muchas víctimas, muchos ofensores sexuales cometen estos abusos estando alcoholizados, pero también estando sobrios.

"Los hombres tienen una impulsividad sexual que no pueden frenar"

De los estudios de prevalencia e incidencia surge que la mayoría de los ofensores sexuales son hombres y que la mayoría de sus víctimas son mujeres. Esta situación estaría más relacionada con cuestiones inherentes a la socialización de género que con la impulsividad sexual masculina y la presunta incapacidad de frenarla. En estudios de personalidad, algunos ofensores sexuales muestran rasgos de impulsividad, pero no todos. Algunos ofensores sexuales muestran dificultades de algún tipo en la esfera sexual, pero no todos.

Existe consenso en que, en términos generales, los ofensores sexuales no reconocen su responsabilidad en el hecho, o la minimizan, y suelen culpa-

bilizar al niño por lo sucedido. En algunos casos justifican su conducta en la *poca satisfacción sexual* que obtienen con sus esposas o parejas, haciendo recaer nuevamente la responsabilidad en un tercero. Estas no son sino estrategias del ofensor para liberarse de la responsabilidad por lo ocurrido y de las consecuencias —legales, sobre todo— que esto implicaría. El enunciado de este mito no explica, además, las conductas sexualmente abusivas perpetradas por mujeres.

"Los niños son seductores y provocan al adulto"

Este mito suele plantearse muchas veces junto con el anterior, como si fuera otra cara de la misma moneda. Si bien es habitual escuchar este tipo de argumentos en relación con las víctimas adolescentes mujeres (sobre todo por el tipo de ropa que usan, argumento que no solo suscriben los abusadores, sino que muchas veces los agentes de intervención apoyan), no es poco habitual que un ofensor sexual utilice el argumento de la seducción infantil en niñas pequeñas, lo cual pone en evidencia un importante nivel de distorsión perceptual y cognitiva. Desde ningún punto de vista la manera de vestirse de un niño o una adolescente, ni sus manifestaciones de cariño, pueden confundirse con conductas seductoras con fines sexuales, que es la interpretación que hace el ofensor sexual para *justificar* su conducta y quitarle así gravedad.

Las conductas hipersexualizadas y la promiscuidad —cuando están claramente presentes— no son más que la consecuencia que el abuso sexual crónico y repetido ha tenido sobre el desarrollo psicobiológico de las víctimas. Muchos de estos niños han aprendido que la sexualidad es un modo de relación, pero no es responsabilidad de ellos este aprendizaje, sino de quienes los han introducido inadecuada y tempranamente en él. En las situaciones de ASI el ofensor entrampa al niño en un patrón de conducta en el cual el intercambio es el único modo de relacionarse, y este intercambio implica someterse a las conductas sexuales a cambio de afecto, o de protección, o de favoritismo.

La diferencia fundamental entre el adulto que abusa y la niña víctima del abuso está dada —entre otras cuestiones— por el hecho de que el adulto posee un conocimiento acerca de la sexualidad del que la niña carece, y porque el *placer sexual* tiene una connotación absolutamente distinta para la niña que para el adulto. Mientras que en la niña la excitación es una respuesta biológica natural frente a la estimulación de su cuerpo, en el adulto hay una

búsqueda intencional de satisfacción de sus necesidades, sean estas sexuales, de poder o de cualquier otro tipo. La respuesta biológica natural de la niña es lo que el adulto muchas veces interpreta como aceptación, consentimiento, connivencia con la conducta, como si la niña pudiera entender cabalmente el sentido de dicha excitación producto de la estimulación sexual. Por otra parte, es habitual que, a medida que crece y va comprendiendo la situación, la niña sienta culpa frente a la posibilidad de haber experimentado dicha excitación.

"El abuso sexual es cometido por personas extrañas a la víctima"

El mayor número de abusos sexuales es cometido por personas de la familia de la víctima, en especial padres, padrastros y parejas de la madre. Estas personas suelen tener mayor y mejor acceso al niño, mayores oportunidades de iniciar y continuar el abuso (por su proximidad, tanto como por el nivel de dependencia que la relación implica), y suelen ser en su mayoría los abusos sexuales que duran más tiempo y los que pueden presentar peores consecuencias a largo plazo. Esto no implica desestimar los abusos ocurridos por fuera de las familias, ni considerar que estos no ocasionan daños duraderos en los niños víctimas. La importancia de reconocer que el ASI sucede en un gran número de casos *dentro* del ámbito familiar es un llamado de atención sobre la necesidad de proteger a las víctimas de la posibilidad de ser dañados donde deberían ser resguardados de todo tipo de peligro. Los niños que son abusados sexualmente dentro de sus familias son proclives a seguir siendo abusados sexualmente por otros seres ajenos a esta. Tal es el ejemplo que suele darse con niñas y niños que escapan de sus casas debido al abuso y a otras formas de violencia, y que son fácilmente presa de la explotación sexual con fines comerciales o del abuso sexual por parte de personas que se acercan a ellos con supuestos fines de ayuda.

"Si un niño es abusado sexualmente, seguro lo contará de inmediato"

La principal razón por la cual esto *no es así* es que en la gran mayoría de los casos el abuso sexual se sostiene mediante una coerción del abusador más o

menos explícita, de tinte claramente emocional —que puede incluir además elementos de amenaza física—, para que el niño no hable. Parte de la dinámica de la conducta sexualmente abusiva es *convencer* al niño de que él ha sido parte activa o responsable exclusiva del abuso sufrido, por lo cual esto también coadyuva a que el niño calle, al acrecentar sus temores a posibles consecuencias negativas por hablar. Cuando las víctimas son adolescentes, es importante recordar que la adolescencia es una etapa de fragilidad y de inestabilidad emocional. Por este motivo no debería pensarse que los adolescentes son grandes para defenderse del abuso y evitar que este suceda o se prolongue, o que tienen más herramientas para develarlo apenas comienza. Muchas adolescentes víctimas de AS han sufrido, además, otros tipos de malos tratos que afectan sus capacidades madurativas, y existe incluso la posibilidad de que su exposición a situaciones de violencia interpersonal se remonte a la primera infancia, lo cual limita aún más el desarrollo de habilidades y capacidades, y aumenta la vulnerabilidad a la prolongación de todo tipo de abuso.

El mito de la ausencia de secuelas, del olvido y la adaptación

Este mito se basa por un lado en la dificultad de pensar a los niños como personas, y por otro en las dificultades propias de quien debe escuchar un testimonio (sea familiar, una maestra, un juez o un psicólogo) o intervenir en una situación de abuso sexual. Argumentos tales como "Ellos no se dan cuenta", "Los niños se adaptan a todo", "El abuso sexual no deja secuelas en los niños", "Es mejor que no lo hablen así se olvidan" suelen ilustrar este mito.

El abuso sexual deja secuelas psíquicas a corto, mediano y largo plazo, y en ocasiones también físicas (desde heridas y laceraciones genitales hasta enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados). El impacto traumático puede variar en función de la edad del niño, del tipo de vínculo con el ofensor, de la existencia de violencia o no durante el hecho, de la actitud del padre o madre protector, de la existencia de otros problemas familiares —tales como alcoholismo, adicciones, violencia conyugal, enfermedades psiquiátricas—, del número de ofensores sexuales, del tiempo que haya durado el abuso. Estos factores mediadores del impacto traumático podrán atenuar o acrecentar la sintomatología y su gravedad, pero la gama de consecuencias es muy variada.[10]

10. Véase la segunda parte.

IR A CONTENIDO

"Los niños son poco creíbles, fantasean, mienten"

Lamentablemente los niños suelen ser objeto de una serie de culpabilizaciones que ayudan a obstaculizar la correcta visibilización del problema. Así como se pueden negar las consecuencias nefastas del abuso sexual, también se encuentran a diario falsas creencias acerca de que los niños son fantasiosos, mienten, no pueden recordar con exactitud lo sucedido y son fácilmente influenciables.

La discusión respecto a si un niño *fantasea* una situación de AS sin realmente haberla vivido ha estado en el centro de la problemática desde hace mucho tiempo. Los niños no pueden fantasear detalles de una actividad sexual cuyo conocimiento es absolutamente inapropiado para su edad. En cuanto a las adolescentes, se las suele tildar de *engañar* con estos relatos para llamar la atención o conseguir algún tipo de beneficio. Sin embargo, es difícil que una adolescente desarrolle un relato de abuso sexual, sabiendo las consecuencias que esto originaría para sí misma y para su familia, si no fuera verdad. En ambos casos, los profesionales entrenados en el diagnóstico diferencial de abuso sexual cuentan con las herramientas necesarias para evaluar cuándo un relato es compatible o no con un hecho de ASI.

En cuanto a la capacidad de recordar de los niños más pequeños, diversos estudios dan cuenta de que los niños pueden recordar lo sucedido desde los tres años de edad. En momentos de estrés es posible que recuerden los hechos centrales más que los periféricos. También pueden variar la calidad del recuerdo y la cantidad de detalles según la edad. Cuanto más pequeños, mayor será la necesidad de recurrir a elementos contextuales para que puedan informar acerca de lo ocurrido. Parte de la experiencia del abuso pudo haber sido almacenada bajo la forma de memorias implícitas (sensaciones corporales, información sensorial, emociones), que pueden acompañar el relato del niño aunque este no pueda brindar una narración detallada. En cuanto a la sugestibilidad de los niños, se ha demostrado que esta se reduce notablemente cuando el profesional entrevistador está capacitado para hacerles preguntas no inductivas. Los resultados a favor de la capacidad de los niños de relatar estos hechos se vinculan también con la posibilidad de ser entrevistados con preguntas abiertas, no capciosas y con una actitud de neutralidad del entrevistador. Las creencias previas del entrevistador podrían moldear en el niño una actitud sesgada, y por tanto influir en la exactitud de las respuestas, pero queda claro que la sugestibilidad infantil puede ser perfectamente neutralizada con un entrevistador

bien formado en la temática, en psicología infantil y en el modo de preguntar para no inducir respuestas.

"El niño muestra sentimientos positivos hacia el ofensor, entonces es imposible que haya habido abuso"

Este mito puede encontrarse tanto dentro de las familias como en cualquier agente de intervención, ya sea en la etapa de evaluación, en la de tratamiento o cuando se debe decidir la reunificación o no del niño con el progenitor del cual fue separado (los llamados procesos de *revinculación*). Al plantear este argumento se desconoce el hecho de que ese adulto que está abusando es una persona significativa en la vida del niño. Por ejemplo, un progenitor, del cual no solo depende en un sentido concreto por cuanto vive con él y es él quien satisface sus principales necesidades básicas, sino que también —y fundamentalmente— depende de él emocionalmente.

Las figuras de apego son aquellas a las cuales el niño se aferra para crecer, y su dependencia de ellas es absoluta. Por otro lado, estos adultos abusivos suelen mostrar algunas facetas *positivas* o cariñosas, actitudes de compañía, o desarrollar con el niño conductas de juego que este valora. La paradoja de apegarse afectivamente a la persona que daña, cuando debería proteger de cualquier daño, es irresoluble y será la matriz de la mayoría de los síntomas postraumáticos complejos en los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.

"El abuso sexual que ocurre dentro de las familias es una cuestión privada"

Equivocadamente se sigue pensando que el abuso sexual es una *cuestión privada* y que por lo tanto debería resolverse exclusivamente dentro del seno familiar, sin intervención externa alguna, como si se tratara de un conflicto familiar más. El abuso sexual, en cualquiera de sus formas, es un delito y una forma gravísima de vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes. En este sentido, es competencia del Estado garantizar que esos derechos sean protegidos cuando las figuras parentales fallan en tal propósito. Los abusos sexuales intrafamiliares suelen prolongarse a lo largo de años, inmersos en una dinámica que se nutre de la coerción y el secreto

IR A CONTENIDO

que dificulta su develamiento. El ofensor sexual no tiene intención alguna de develar esta situación, y, aun cuando haya un adulto dispuesto a creer en la víctima y a apoyarla —como puede ser el progenitor no ofensor—, es necesaria la intervención de algún agente externo a la familia a fin de garantizar que se den las condiciones mínimas necesarias para que el abuso deje de ocurrir. En este sentido, una prohibición de acercamiento para resguardar inicialmente a la víctima en los casos de abuso sexual intrafamiliar solo puede ser expedida por un agente de intervención externa como la Justicia; no hay forma de que los mismos miembros de la familia actúen por sí solos con dicho poder de limitación.

* * *

Los mitos con relación al ASI no se diluyen por el solo efecto del conocimiento específico en la temática. Este es sin lugar a dudas el elemento fundamental, porque ordena cuestiones básicas: difícilmente se pueda combatir un cáncer si se desconoce qué es, cómo actúa y qué lo provoca. Pero los posicionamientos personales, sociales e institucionales ligados a la idea de parentalidad, a la idea de sexualidad, a la concepción de familia e infancia, así como al valor real que se le da a su protección de todo tipo de daño y peligro, incluido el que proviene de la propia familia, pueden causar tanto perjuicio como la ignorancia misma.

IR A CONTENIDO

Capítulo 4

Fases del abuso sexual infantil

¿Cómo se desarrolla y progresa la conducta sexualmente abusiva?

El ASI se da en el marco de un proceso particular de vinculación. No se podría entender nunca la dinámica abusiva si el abuso sexual se pensara como un hecho aislado, único, accidental. Aquí vale la pena detenerse un instante a marcar la diferencia entre *abuso sexual* y *violación*.

La *violación* hace referencia a un episodio único, violento, en el que es común que se utilice la fuerza física de manera inmediata o la amenaza de vida (por ejemplo, a través del uso de un arma), para lograr el sometimiento instantáneo de la víctima y evitar o reducir la posibilidad de resistencia. En general es llevado a cabo por un desconocido y el contacto del violador con la víctima comienza y termina en la acción de violación.

En cambio, el AS se desarrolla a lo largo de un tiempo a través de una vinculación progresiva cuya finalidad última es el acceso al cuerpo del niño. Una vez que el abusador sexual llega al contacto con el cuerpo del niño, ese contacto puede progresar a lo largo del tiempo en su nivel de intrusividad, e incluso llegar a una penetración completa, propia de una relación sexual. Es decir que, por lo general, existe un proceso en cuyo desarrollo el niño, niña o adolescente queda entrampado por el adulto en un modo particular de relacionarse.

A lo largo de este proceso, puede o no haber violencia física explícita (por ejemplo, pegarle para que acceda al abuso o si se resiste a él). A veces alcanza con la amenaza de violencia para conseguir el sometimiento del niño víctima (amenazarlo con que algo malo podría sucederle a él o a alguien querido si no acepta hacer lo que el adulto quiere o si le cuenta a alguien, como, por ejemplo, matar al niño, a un miembro de la familia o a una mascota). Otras veces la sola violencia emocional es más que suficiente (decirle al niño que el adulto se pondría muy triste si no accede a lo que le pide, o que su mamá se moriría de la pena si se enterara). En algunos casos, sobre todo en aquellos que perduran a lo largo de años, es posible encontrar también una progresión en el tipo de coerción o violencia utilizado por el ofensor sexual,

pero raramente la violencia física inmediata forma parte del inicio del AS. A diferencia de las situaciones de violación, en el AS el ofensor es un miembro familiar o alguien conocido por el niño, niña o adolescente.

Mientras que en la violación se logra el sometimiento inmediato de la víctima a través del uso de la fuerza, la amenaza y la intimidación, el sometimiento del niño o niña víctima de ASI empieza siendo un proceso psicológico. Los inicios de este proceso de vinculación suelen ser confusos; sus límites son difusos, ya que las acciones del ofensor tendientes a lograr el sometimiento de la víctima suelen mezclarse con lo cotidiano, lo cual hace aún más difícil para la niña tanto comprender lo que está sucediendo, como correrse de ello. Incluso, si siente malestar por alguna acción del ofensor sexual, la víctima suele alejarlas de su mente o bien culparse por *pensar mal.*

Cuanto más pequeña es la niña al comienzo del AS, más difícil le será comprender la situación, y el ofensor sexual necesitará menos esfuerzo para lograr su sometimiento. Cuanto más necesitada de afecto esté, más fácil será para el abusador acercarla a él. Cuanto más caótico sea el ambiente en el cual la niña y el abusador conviven, más fácil será que el AS sea para ella algo más en medio del caos, y pueda pasar aún más inadvertido. Cuanto más alejada, conflictiva y fría sea la relación de la niña con su madre, más fácil le será al abusador sexual ganarse su confianza y convertirse en el bueno, el compinche, el comprensivo, el permisivo.

Es este proceso psicológico de sometimiento el que explica en parte por qué, por ejemplo, si en una familia hay tres hijas, el abuso sexual solo lo sufren dos.

El ofensor sexual no actúa de manera impulsiva. Hay una serie de acciones previas al contacto físico propiamente dicho que le permitirán chequear la *permeabilidad* de la víctima. Así lo relata una adolescente de 16 años en relación con el AS de su padre a una hermana menor que ella:

> Una vez yo estaba lavando los platos, tenía trece. Esa vez que yo estaba lavando los platos, él me pasó por atrás, bien cerquita, y me tocó el culo. No es que a mí me pareció, ¿eh? Me lo tocó de verdad, y yo le grité: "¡¿Qué hacés, desubicado?!". Ahí me asusté porque dije: "Este me revienta". Pero él se hizo el zonzo, como que no escuchó. Yo me quedé pensando después…, pero ¡te juro que me tocó! Después, cada vez que él estaba cerca, yo trataba de no estar muy pegada a él. No me volvió a tocar nunca más. Pero a la de 11 ¿sabés por qué la tocó? Porque ella es muy calladita, no es bardera como yo. A mí no me iba a hacer lo que le hizo a ella porque te juro que lo mataba.

IR A CONTENIDO

En la descripción hecha por esta adolescente, ella cuenta cómo se da ese monitoreo previo del terreno que suele hacer el ofensor sexual. En el acto de tocarle la cola, su reacción —incluso más allá de lo que considera prudente ("Ahí me asusté porque dije: 'Este me revienta'")—, le da a su padre el mensaje de que ella presentaba altos niveles de resistencia y el sometimiento a futuras conductas similares no sería posible. Pero ella misma describe lo que entiende que facilitó que su padre abusara de su hermana menor: "Ella es muy calladita, no es bardera como yo".

Es a lo largo de este proceso de vinculación entre el ofensor y el niño que las conductas abusivas se irán desplegando desde formas de menor intimidad a conductas más intrusivas. La descripción de las conductas sexualmente abusivas se presentó en el capítulo 2. Para que esta progresión se dé *sin sobresaltos,* el ofensor sexual recurrirá a una serie de mecanismos que oscilarán entre la persuasión y diversas formas de coerción, que le permitirán ir evaluando qué posibilidades reales tiene de progresar en el acceso a la intimidad del niño. A continuación se presentan tres modelos elaborados por distintos autores que plantean las etapas o fases en que se desarrolla la conducta abusiva.

Suzanne Sgroi describe el abuso sexual en etapas bien diferenciadas (Sgroi, 1982):

1. Fase de preparación.
2. Fase de interacción sexual.
3. Fase de develamiento.
4. Fase de reacción al develamiento.

Fase de preparación

El primer eslabón en este proceso de vinculación está dado por el vínculo de confianza, y muchas veces de cariño, que une al niño con el adulto. La posición de autoridad del adulto le agrega un elemento fundamental y necesario para hacer del sometimiento una realidad. Sobre la base de la relación del niño con el ofensor, este último irá creando la red en la que el niño quedará entrampado.

Para que esta vinculación se afiance y fortalezca cada vez más, el ofensor pone en juego diversas maniobras psicológicas; una muy habitual es el favoritismo. Es común que el ofensor haga sentir al niño que es *especial* y que ambos comparten un *vínculo especial,* diferente del que el ofensor tiene con

otros miembros del grupo familiar, y se encarga de hacerle notar al niño esta diferencia una y otra vez, no solo con hechos, sino también con palabras. El niño, niña o adolescente comienza a recibir premios, regalos, privilegios y permisos que, por ejemplo, otro hermano no tiene.

Las prácticas de favoritismo producen mucha confusión y ambivalencia en los niños, niñas y adolescentes, ya que por un lado desean que el abuso cese, pero por otro lado temen y sufren de solo pensar que pueden ser despojados de ese lugar de cariño y de los beneficios de la relación. Esta característica del patrón de vinculación abusivo es un factor de riesgo futuro para la revictimización de estos niños, niñas y adolescentes en otras relaciones.

Christiansen y Reed Blake (1990), citados por Sanz y Molina (1999), hacen referencia a estos modos de vinculación como *estrategias de seducción y preparación* para el incesto.

Otras de las estrategias que el adulto ofensor suele utilizar en esta primera etapa es la de alienación. Esta consiste en lograr que, a raíz de las prácticas de favoritismo y de esta vinculación especial, el niño o niña quede aislado del resto de los miembros familiares. Refuerza con ello, por un lado, el aislamiento de posibles fuentes de ayuda y, por el otro, la dependencia respecto del adulto que abusa.

En muchas ocasiones las hijas mujeres, en particular, son tratadas de una manera diferente incluso respecto de la propia madre, lo cual suele dar lugar a una compleja inversión de roles y a una confusión en los límites intergeneracionales. Ya sea que haya un conflicto preexistente o se genere un conflicto por la actitud de favoritismo del abusador, siempre estos conflictos entre madre e hija serán utilizados por el ofensor para progresar en el desarrollo de las conductas abusivas, ya que aprovechará la brecha afectiva y relacional que se vaya gestando para colocarse en el lugar del salvador, del que comprende, del que permite, con lo que facilitará un acceso más libre a la víctima y una menor red de contención para esta por fuera del contacto con él.

Con el objetivo de evaluar la viabilidad de continuar y progresar en la intrusividad de sus conductas, sin riesgo de ser descubierto, el ofensor deberá revisar estas estrategias una y otra vez. Incluso, a través del relato de las propias víctimas, se sabe que en ocasiones el AS puede detenerse durante un tiempo debido a circunstancias que el ofensor evalúa atentan contra la posibilidad de continuar su accionar en secreto, para luego reanudarse.

Durante esta etapa aparecen las primeras distorsiones cognitivas que el ofensor utilizará para retroalimentar su accionar y para —eventualmente— *justificar* su conducta: si la niña no se queja o no se resiste, el abusador en-

tenderá que le gusta lo que él le está haciendo y proseguirá entonces con las conductas abusivas. Si la niña se viste, se mueve o lo mira de determinada forma, entenderá que lo está *buscando* o provocando: señal positiva —desde su propia percepción— para avanzar.

Como parte de la preparación, en esta etapa el ofensor va seleccionando el momento del día propicio y el lugar para llevar a cabo las conductas sexuales. Muchas veces se eligen momentos en los que el otro progenitor o los hermanos están fuera de la casa. Es común que ocurra también en períodos en los que el ofensor está solo al cuidado del niño. Esto no significa que el AS solo se comete si no hay otras personas en la casa, ya que por el relato de las mismas víctimas se sabe que hay situaciones de AS que se dan, por ejemplo, en medio de la noche, mientras la madre duerme. La planificación está guiada siempre por la necesidad de reducir los riesgos de ser descubierto.

Fase de interacción sexual propiamente dicha

Durante esta fase se desarrolla el contacto concreto con el cuerpo del niño, niña o adolescente a través de las diversas conductas detalladas en el capítulo 2. Los primeros contactos suelen ser fugaces, de poco nivel de intrusividad (es decir, ningún AS comienza con una penetración), y el tiempo que pueda pasar entre un tipo de contacto y otro de mayor intrusividad no es estático ni predecible. Algunos ofensores sexuales no llegan nunca al estadio de la relación sexual completa, lo cual no hace la conducta menos abusiva. Es posible que algunos de esos contactos fugaces se hayan dado ya durante la fase de preparación, para chequear la permeabilidad o resistencia del niño, y durante esta fase ese mismo contacto puede prolongarse, aumentar la frecuencia o progresar. Para cuando esta fase se encuentra plenamente instalada, el ofensor sexual sabe que puede avanzar. El límite o los alcances de ese avance estarán antes que nada en su propia mente. Aquí cobra fuerza un componente fundamental de las situaciones de abuso sexual: la imposición del secreto. El secreto sella el pacto de silencio que el abusador necesita para poder continuar con su conducta. Puede comenzar también a instalarse durante la fase previa, pero en esta claramente necesita consolidarse, por cuanto es la fase central al desarrollo de la conducta sexualmente abusiva.

El secreto es uno de los motivos que impiden al niño, niña o adolescente el develamiento de estas situaciones, a la vez que ayuda a mantener la homeostasis familiar.

IR A CONTENIDO

Imponer el secreto es el primer objetivo del ofensor, una vez que ha cometido la primera conducta sexualizada. Una de las primeras cuestiones que el secreto elimina es la responsabilidad: el abusador convence al niño de que, a partir de ahora, *todo lo que suceda* será responsabilidad de la víctima, no del victimario. A la vez, permite que la actividad sexual prosiga y se repita. El ofensor persuade o presiona al niño para mantener el secreto. El niño generalmente lo mantiene.

El ofensor sexual logra que el niño mantenga el secreto a través de diversas estrategias. Una puede ser convencerlo de que la actividad es especial, única, y por tanto solo ellos dos pueden compartirla y saber de ella. También puede hacerle notar que *los otros* no entenderían lo particular de esa actividad y que por ello sería mejor mantenerla en secreto, para que pueda continuar. Y finalmente el ofensor puede también utilizar amenazas explícitas o implícitas para conseguir el silencio infantil. Las explícitas son del estilo de "Nadie va a creerte", "Te voy a matar a vos y a tu mamá/hermanos", "Se van a quedar en la calle", " Vas a terminar internado en un hogar".

También hay amenazas implícitas, que consisten en conductas del ofensor que por sí solas representan para el niño un peligro y lo atemorizan. Por ejemplo, si en la familia además hay violencia conyugal, el solo ejercicio de esa violencia en la casa constituye un elemento de coerción para el niño. Este puede sentir o percibir que, si habla, el ofensor podría utilizar la misma violencia para lastimarlo a él o a algún integrante de la familia, aunque no se lo haya dicho de manera explícita. Una adolescente relataba:

> Mi papá se ponía en el lavadero de mi casa y desde ahí afilaba su cuchilla. Otras veces limpiaba su escopeta. Eso solo me aterraba. Nunca sabía de qué era capaz.

Estas amenazas sumergen al niño en un ambiente de miedo o terror que le impiden romper el secreto y develar lo que está sucediendo.

Por otro lado, en algunos casos las amenazas del ofensor terminan por cumplirse en la realidad (por ejemplo, si el relato infantil no es creído, o si por la falta de apoyo materno el niño, niña o adolescente debe ser separado de su familia entera y alojado en una institución), lo cual abona el ambiente propicio para la retractación, esto es, que el niño se desdiga de sus dichos iniciales para conservar el *statu quo* y detener la cadena de consecuencias negativas.

Como manifiesta Rozanski (2003: 40), "todo abuso sexual implica violencia". El autor hace referencia a que las coerciones o amenazas que veni-

mos describiendo son en sí mismas un acto de violencia en el que la víctima llega a perder la noción de si tal violencia se produjo o no. Es posible decir que en toda situación de abuso sexual hay implícito un maltrato emocional.

Fase de develamiento

Tal como se ha descrito, el secreto cumple varias funciones: ayuda a mantener la homeostasis familiar, evita la crisis del develamiento (para la familia, para el niño víctima y para el ofensor sexual), y además protege al ofensor de las consecuencias de sus acciones. Por tanto, este continúa manipulando desde el poder que le otorgan su lugar y las estrategias implementadas, a la vez que responsabiliza al niño por las conductas sexuales inapropiadas en las que lo involucró.

Sin embargo, a pesar de estas estrategias, existe la posibilidad de que el abuso sexual sea develado. Si bien más adelante se explicarán con mayor detalle las características del develamiento, en este punto es necesario entender que este no es un acto único, sino más bien un proceso. El develamiento puede ser accidental (por ejemplo, que el ofensor sea sorprendido por otro adulto, o bien que el niño presente alguna lastimadura producto de la actividad sexual, alguna enfermedad de transmisión sexual o un embarazo) o intencional. El develamiento intencional se da cuando la niña toma la decisión de relatar lo que está viviendo, motivada por alguna circunstancia puntual; por ejemplo, el temor a quedar embarazada. Este relato puede estar dirigido al adulto no ofensor de la familia o a alguien por fuera del círculo familiar, como, por ejemplo, un docente.

Los motivos por los cuales un niño decide relatar lo que está viviendo son muy variados: pueden relatar el AS porque están siendo lastimados físicamente y no toleran más el dolor, porque están perdiendo su autonomía (esto es habitual en las adolescentes, cuando el ofensor impide que se conecten con pares o que tengan novio), porque algún hermano se está acercando a la edad en la que él fue abusado o porque percibe las mismas señales anticipatorias del AS en la relación del abusador con los hermanos menores. Otras veces el relato aparece cuando la adolescente teme quedar embarazada, ya sea porque el ofensor *no se cuida* o porque le impide cuidarse a ella. Los niños pequeños muchas veces relatan las situaciones de abuso como *juegos* que realizan con el adulto, sin tener la noción de que son conductas abusivas. En estos casos no existe un motivo para el develamiento, por lo que solo queda la posibilidad del develamiento accidental.

IR A CONTENIDO

También es posible que el niño devele el AS cuando percibe que ya no hay riesgo o que este ha disminuido; por ejemplo, luego de un divorcio. Si bien los alegatos de AS en el contexto de un divorcio son objeto de múltiples controversias, sí es cierto que muchos AS se develan en el posdivorcio, porque: a) el niño puede sentir que el no estar en contacto constante con el ofensor le permite relatarlo, o b) el niño lo relata ante la presión de tener que ir a visitar a su papá o pernoctar con él, y el temor de estar a solas con él y no poder defenderse de modo alguno lo impulsan a contarlo para explicar su negativa al contacto con su padre.

El develamiento, como proceso, muy pocas veces se produce en un solo relato, en un solo momento. Es posible que el niño vaya evaluando cuán seguro (en el sentido de ser creído y protegido por otro adulto) es revelar los detalles y cuán seguro estará si los cuenta. Este proceso suele incluir retractaciones, minimizaciones o develamientos parciales. El develamiento puede ser entendido como la puerta de entrada del sistema de intervenciones en la situación de AS. Sin embargo, si el develamiento es realizado puertas adentro —por ejemplo, a una madre que no está dispuesta a creer lo que su hija le dice—, es posible que el AS continúe y se prolongue hasta que se dé una nueva oportunidad de que lo que está sucediendo salga a la luz.

Fase de reacción al develamiento

El develamiento del AS desata una crisis en el seno de la familia, tanto si ha sido cometido por un miembro de esta como por alguien externo, aunque la intensidad de la crisis y las formas de resolverla probablemente sean muy distintas en cada caso. La crisis familiar se puede desencadenar por: a) temor al cumplimiento de las amenazas del ofensor; b) incredulidad ante el relato infantil; c) temor a la pérdida del bienestar material; d) temor al involucramiento con el sistema legal; e) pérdida de la *ilusión* familiar; f) pérdida de lazos familiares (por ejemplo, cuando el abusador es un abuelo o un tío y se teme perder el contacto con el resto de la familia extensa); g) idea de daño permanente.

En esta fase de reacción al develamiento también es necesario tener en cuenta el lugar que ocupen los agentes de intervención, ya que en ellos también puede desatarse una crisis que repercuta en su modo de actuar. Al igual que las familias, los agentes de intervención deben tomar decisiones respecto de las acciones a llevar a cabo, y estas decisiones pueden estar atravesadas por las propias ideologías (o por las ideologías de las instituciones en las

que trabajan), así como por el temor a las consecuencias de dichas acciones (conductas retaliativas del ofensor sexual, pérdida del lugar de trabajo u otras sanciones). También es probable que los operadores queden atrapados en la duda de si lo que escuchan realmente sucedió, o bien se sientan tan impactados por lo que escuchan o por las consecuencias postraumáticas que el niño manifiesta que tal impacto nuble su juicio a la hora de tomar decisiones.

Las distintas presiones a las que el niño se ve sometido y los temores que esto genera, así como la clara percepción de que no hay salida posible, favorecen las condiciones para una posible retractación, que se da cuando el niño se desdice de lo relatado inicialmente. Esta es una fase *represiva* caracterizada por el conjunto de comportamientos y discursos que tienden a neutralizar los efectos de la divulgación.

La retractación se da cuando:

- La familia o el adulto que debería funcionar protegiendo a la víctima no le cree.
- La víctima percibe que las amenazas podrían llevarse efectivamente a cabo.
- El adulto que debería funcionar protegiendo a la víctima le dice que no debe contar lo que sucedió fuera del ámbito de la familia inmediata, que es el ámbito en el cual *se resolverá todo.*

La posición del adulto no ofensor suele constituir un factor desencadenante de la retractación: una madre que teme *perder a su familia,* o a su esposo, o que teme por el futuro económico de la familia, puede incitar al niño a desdecirse de su relato original.

* * *

Otro aporte interesante a la descripción de la dinámica de vinculación propia del AS es el de Reynaldo Perrone y Martine Nannini (1997). Estos autores hablan de la *dinámica del hechizo,* y describen al hechizo como la influencia que una persona puede ejercer sobre otra sin que esta última se dé cuenta de ello. El ofensor sexual invade el territorio de la víctima, en una suerte de negación de la existencia de esta como persona, como individuo. La relación abusiva es descrita como una forma extrema de *relación no igualitaria:* el niño registra el comportamiento del ofensor, pero carece del

contexto para decodificarlo y alejarse de él. En esta forma de vinculación, la niña va perdiendo su sentido de identidad y su lugar.

Según los autores, este estado de *hechizo* se logra a través de tres tipos de prácticas relacionales: la efracción, la captación y la programación.

En la *efracción* se produce lo que llaman una *estafa a la confianza,* ya que el abusador sexual "toma posesión de la víctima mediante argumentos falaces, traicionando la confianza que esta depositó en él" (Perrone y Nannini, 1997: 126). En tanto *efracción* significa 'penetrar una propiedad privada por medio de la fuerza y la transgresión', los autores entienden que es lo que en el esquema anterior se correspondería con el inicio de la fase de preparación.

En la *captación* el adulto se apropia del niño, lo atrae, retiene su atención para privarlo de su libertad. Y lo logrará a través de la mirada, el tacto y la palabra. Es frecuente escuchar a los niños víctimas de abuso sexual describir el impacto y el poder de la mirada de los ofensores sexuales. Algunos incluso lo describen como la capacidad para hipnotizarlos. Para Perrone y Nannini, la mirada del abusador sexual tiene un peso fundamental. Sutil e inasible, a mayor intensidad y carga, menos comprensible se hace el mensaje que lleva. La mirada contiene el mensaje del deseo sexual tanto como de la amenaza y la conminación al silencio, pero, al carecer de palabras explícitas que la acompañen, favorece la confusión respecto de lo que verdaderamente significa. En muchos casos, lo máximo que puede hacer la víctima es anticipar lo que dicha mirada anuncia.

En cuanto al tacto, los contactos físicos generan confusión cuando están asociados al juego o al cariño como modo de acceder al cuerpo del niño. Dicen Perrone y Nannini: "el tacto con finalidad sexual reviste, al principio, formas que no permiten identificarlo" (1997: 130). Tal como se explicó en capítulos anteriores, la conducta sexual no comienza por lo más invasivo, sino, al contrario, por un contacto sutil, casi *de prueba,* que muchas veces surge como la continuación de otro contacto, inocente (por ejemplo, estar jugando a la lucha libre y pasar de tomar los brazos o las piernas a tomar los genitales y acariciarlos). Cuando además el contacto físico va acompañado de un contexto diferente del que declama la verdadera intención sexual —como un juego, como una acción de cuidado, como una acción de afecto—, su compresión se torna aún más confusa para la víctima. La palabra, finalmente, será el vehículo por medio del cual el ofensor generará no solo amenazas sino distorsiones cognitivas en el niño a través de la tergiversación del sentido de sus acciones.

La tercera práctica que completa el hechizo es la *programación.* Aquí los autores hacen una comparación con el mundo de la informática y plantean

que el cerebro del niño, al igual que una computadora, es *programado* por el abusador al incorporarle un conjunto de datos codificados (los que hacen a la dinámica abusiva) para producir determinados comportamientos (el silencio, la sumisión, etc.). La programación limita las posibilidades de elección y el comportamiento de la víctima.

* * *

Finalmente, Roland Summit (1983) describió el *síndrome de acomodación al abuso sexual infantil* para explicar cómo y por qué el AS puede ocurrir a lo largo de años, sin ser notado o percibido, y cómo y por qué las víctimas callan.

Summit detalló una secuencia de comportamientos que suelen observarse en los niños víctimas de AS (Summit, 1983; Intebi, 1998), algunos de los cuales ya han sido desarrollados en este capítulo, a saber:

1. El secreto.
2. La desprotección. Está dada por las estrategias de aislamiento mencionadas, en que el abusador sexual va minando los lazos de cercanía y confianza que el niño tiene o pueda desarrollar con otras posibles fuentes de ayuda; pero al mismo tiempo se ve reforzada por una serie de prácticas sociales habituales: el enseñar a los niños a desconfiar de los extraños los aleja también de la posibilidad de acudir al *afuera* como una fuente posible de protección y ayuda. A solas con el abusador, el niño queda claramente desprotegido. Secreto y desprotección son requisitos fundamentales para que el abuso ocurra.
3. El atrapamiento y la acomodación. Se dan como consecuencia de la repetición crónica del abuso sexual infantil. El niño rápidamente entiende que no hay escapatoria real, física, a la situación del AS, y que todo intento conlleva el peligro del cumplimiento de las amenazas del adulto que abusa de ella. Por otro lado, el abuso se da en la intimidad de su propio hogar, de su propia cama, con lo cual la escapatoria se ve aún más imposibilitada. Frente a estas evidencias, el niño comienza a *acomodarse* a la situación a través de diversas estrategias psicológicas (entre ellas, la disociación).
4. El develamiento tardío, conflictivo y poco convincente. Es común que el AS ocurra durante años, y la primera pregunta que salta en boca de los familiares (y muchas veces en boca de los agentes de la

intervención) cuando se descubre es: "¿Por qué no lo contó antes?". Si el develamiento se da en medio de un estallido o conflicto familiar, su surgimiento en dicho contexto posiblemente lo haga poco creíble a los oídos de quienes lo escuchan. Lo primero que se piensa es que la víctima tiene una suerte de *agenda oculta* y este pensamiento colabora en el descreimiento de lo que dice.

5. La retractación se suele dar como consecuencia de la reacción al develamiento, y puede devolver a la familia a su homeostasis abusiva, así como a la víctima a la situación concreta de AS. La retractación de la víctima suele generar alivio y tranquilidad en la familia si esto implica no accionar y no modificar el estado de situación. En cierto modo se puede esperar que la familia reaccione de esa forma, dado que en última instancia es una evidencia más de su disfuncionalidad. Lo que no se puede permitir desde ningún punto de vista es que las instituciones y los distintos agentes de intervención funcionen de la misma manera que la familia, sintiendo alivio por la retractación de la víctima. Desde el punto de vista de la intervención, la retractación no debe ser entendida como la evidencia de que el AS no ocurrió, sino, por el contrario, como la evidencia de un nivel de disfuncionalidad tan grande en la familia de la víctima que hace necesario redoblar los esfuerzos de protección.

Capítulo 5

Dinámicas comunicacional y relacional del abuso sexual infantil

Como se expuso en el capítulo anterior, el AS ocurre de una manera determinada, no de forma aleatoria. Estudiar las dinámicas involucradas en el desarrollo de la conducta sexualmente abusiva tiene el objetivo no solo de comprender los mecanismos en los cuales las víctimas incurren mientras dura el AS, sino también una vez que este ha sido develado.

Reynaldo Perrone y Marianne Nannini (1997) plantean que el AS se desarrolla en el contexto de una determinada dinámica comunicacional y de una determinada dinámica relacional.

Al referirse a la dinámica *comunicacional* Perrone y Nannini plantean tres procesos: la ruptura y confusión de los registros comunicacionales, el lenguaje de conminación y la represalia. A continuación se describe cómo opera el primer proceso.

Entre los seres humanos el lenguaje está al servicio de generar significados y de compartir tales significados con otros seres. Es de suponerse que ese significado es único: cuando un padre dice "te quiero", está expresando un sentimiento que su hijo o hija le despierta; cuando esa expresión viene acompañada de determinadas conductas congruentes con tal expresión (una caricia, un abrazo, una sonrisa), el niño o la niña incorpora dentro de su cabecita una conexión entre la conducta parental y el lenguaje que la acompaña. Pero si el papá justifica o explica una conducta abusiva utilizando el mismo lenguaje ("esto te lo hago porque te quiero"), la conexión entre la expresión de cariño y la conducta abusiva que la acompaña generará en el niño confusión y una dificultad para establecer los límites entre lo que es un contacto físico apropiado y lo que no lo es.

Muchos abusadores sexuales utilizan verbalizaciones con las cuales generalizan sus conductas, como si estas fueran universales y comunes a todas las personas. Frases como "todos los padres hacen estas cosas", "esto es normal", "a todas las nenas les gusta hacer esto con sus papás" colaboran en esa confusión de los significados. Lo que dice el padre abusador se transformará

para la niña en algo inapelable e indiscutible, aun cuando durante mucho tiempo tal vez perciba algo diferente en su entorno; por ejemplo, escuchará a otras niñas de su edad contar cosas que hacen con sus papás, entre las cuales no estarán las conductas sexualmente abusivas que su propio papá despliega con ella. Dentro de esa confusión y ruptura de los significados es posible que sean incluidos los juegos (en las situaciones de AS que involucran a niños muy pequeños, puede ser muy habitual que un abusador sexual explique el propio accionar como un juego, o bien que utilice determinados juegos para acceder desde allí al cuerpo del niño) y también las nociones de cariño, de manera tal que el niño no pueda aprender a discriminar un contacto físico positivo y aceptable —como una caricia en la cabeza— de otro que no lo es —como una caricia en los genitales—.

Perrone y Nannini recalcan: "Al escuchar los relatos de niños sometidos a semejantes variaciones de registro se advierte su profundo agotamiento y el progresivo abandono de todo deseo de comprender" (1997: 114). Precisamente, este *abandono de todo deseo de comprender*, sumado —desde la perspectiva de las autoras de este libro— a la progresiva evidencia de que el abuso se transforma en un hecho más o menos predecible y, por lo tanto, sin escapatoria, conduce al segundo proceso: el lenguaje de conminación.

El lenguaje de conminación tiene para los autores dos vías de acción: por un lado, y de la mano de lo que se detalló en párrafos anteriores, empuja al niño a adquirir, sin posibilidad de discusión, el sistema de creencias del abusador. Dicho en palabras de una adolescente que era abusada por su padre médico:

> Él me dijo que todos los papás revisaban a sus hijas como él me revisaba a mí, y a mí no se me ocurría que eso no era cierto. ¿Cómo se lo iba a discutir si él era doctor?

Pero el lenguaje de conminación también actúa por vía de inocular la culpa: en el ejercicio de la coerción para obtener la sumisión del niño o niña de quien va a abusar, la culpabilización futura actúa como forma de sostener el secreto y de frenar cualquier acción de develamiento. Para un niño es prácticamente imposible tolerar el peso de la culpa. El abusador no necesita culpabilizarlo a posteriori de la conducta; le alcanza con advertirle el futuro: "tu mamá se va a enojar/enfermar/poner triste" o "nos van a echar de esta casa" son advertencias poderosas y suficientes para que el niño mantenga silencio.

Tal como se señaló en el capítulo anterior, cuando el develamiento se da, el descubrimiento del AS dentro de la familia y la intervención externa suelen generar una crisis, y alguna de esas amenazas inductoras de culpa puede hacerse realidad. Así, si luego del develamiento la niña ve a su mamá triste, su primera lectura la llevará a culparse por ese estado de tristeza y no a responsabilizar a quien abusó de ella: "Mi mamá está triste por lo que yo le conté. Si no le hubiera contado nada, no se habría puesto triste". Por eso a la hora de entrevistar a un niño es tan importante ser cuidadosos con las preguntas y con el tono en que estas se formulan, ya que el niño podría sentir que el objetivo de la pregunta no es saber lo que le pasó para protegerlo de lo sucedido, sino reforzar su idea incorporada de que todo lo que le sucedió y lo que le sucederá por haber hablado es exclusiva culpa de él.

Ligado a este último proceso aparece lo que Perrone y Nannini denominan la *represalia oculta*, que diferencian de la represalia explícita o amenaza, que también puede utilizar (y de hecho utiliza) el abusador. En algunas situaciones puede no ser necesario que exista una amenaza explícita para que el niño imagine que algo malo sucederá si cuenta lo que está viviendo, pero lo cierto es que en la gran mayoría de las situaciones el abusador hace amenazas de diverso tenor e intensidad, muchas veces escalando a lo largo del tiempo. No necesita repetir a diario la amenaza para que su valor se incorpore en la mente infantil. En palabras de una joven: "A veces mi padrastro se iba y desaparecía por días. No importaba; yo me acordaba de lo que me decía cuando estaba y eso me alcanzaba para no estar tranquila". Se entiende que lo que Perrone y Nannini denominan *represalia oculta* es la internalización de la amenaza concreta, que la torna efectiva aun cuando el abusador no esté repitiéndola ni recordándosela explícitamente a su víctima.

En cuanto a la dinámica *relacional,* Perrone y Nannini destacan las siguientes características de la interacción entre el abusador y su víctima:

a. La relación es *complementaria*, dado que se caracteriza por la desigualdad y porque una serie de acciones la sostienen en ese estado para que nada cambie, lo cual cierra a la víctima las vías de escape, a la vez que la inmoviliza.
b. La relación es *desigual*, por cuanto el abusador no tiene intención de respetar al niño abusado en sus derechos, mientras que el niño sí debe acatar aquello que el abusador plantea como derecho propio.
c. La relación es *abusiva,* porque el abusador utiliza todo su poder y supremacía para acceder al cuerpo del niño y a su sexualidad con el

solo objetivo de su propia satisfacción. La autoridad que tiene sobre el niño, la confianza que este último siente hacia él, la dependencia inherente al tipo de relación misma ponen al adulto en una situación de absoluta ventaja para obtener lo que quiere del niño. Esta situación se ve facilitada además por el hecho de que socialmente los niños reconocen a los adultos como autoridad incuestionable. Cuando esto es, además, reforzado por otras interacciones ("¿Cómo vas a decir algo así de tu papá? Los papás no hacen esas cosas. Es imposible que tu papá te haya hecho algo así porque es una buena persona/porque te quiere mucho"), la niña queda aún más entrampada y aislada en la relación abusiva, y el abusador aumenta su poder sobre ella.

d. Se trata de una relación *de impostura,* ya que el abusador, en palabras de Perrone y Nannini "se aprovecha de la confianza del otro, lo engaña a sabiendas y lo induce a error voluntariamente" (1997: 107). Tanto lo que el abusador le dice al niño para involucrarlo en el abuso como lo que dice y hace para mantenerlo atrapado en él implican el uso del engaño y la mentira para aumentar el sometimiento de la víctima. El padre que le dice a su hija adolescente, luego de que esta se haya peleado con la madre, "yo creo que en realidad tu mamá no te quiere si te trata así", está induciendo a su hija al engaño, y al decirle a la madre "yo creo que tenés que ser incluso más firme, porque si no esa chica se te va a descarrilar" trata de reforzar un circuito de interacción conflictiva entre madre e hija que le permita seguir sosteniendo el argumento del desamor como forma de alejar a la hija de la madre y acercarla más a él y a su conducta abusiva.

e. Es una relación en la que *se pervierte la dialéctica autoridad/responsabilidad*, ya que el adulto ostenta el poder, la autoridad (de abusar, de ejercer coerción, de asustar, de engañar, de amenazar y de abusar), mientras que carga a la niña víctima con toda la responsabilidad. Esa responsabilidad abarca desde la propia conducta —"a vos te gusta", "si usás esos pantaloncitos es porque querés que te toque"— hasta las eventuales consecuencias para sí y para otros, incluido el mismo abusador, si decidiera hablar y contar lo que le está sucediendo. El error en que puede incurrir la intervención es acoplarse a esta perversión de la responsabilidad con argumentos similares a los que usa el abusador sexual, especialmente cuando la víctima es adolescente —"la niña usa ropa atrevida y provocativa que la hace parecer una mujer y no una menor de edad", "la joven manifiesta que no se negó"—.

Cuando el sistema de intervención replica esta lógica, la niña queda en manos del abuso sexual, ya no solo en manos de la primera persona que abusó de ella, sino de todos los potenciales abusadores que podría enfrentar en adelante, porque el mensaje que la sociedad le ha dado es que, sencillamente, no cree en su palabra y sí, en cambio, en la palabra de quien la dañó. ¿Por qué ella va a creer que esta sociedad podría ayudarla en una segunda o tercera oportunidad?

f. Es una relación *al margen de la ley*, no solo en el sentido de lo delictivo, sino en el sentido de todas las acomodaciones que el abusador hace de su conducta y de su discurso para otorgarle —siempre desde su perspectiva— *legitimidad* a su transgresión. Salvo los casos de abusadores sexuales muy perturbados, el ofensor sexual sabe que lo que hace está al margen de la ley, que está penalizado y que además no es aceptado socialmente.

g. Es una relación *fuera de contexto,* si se toma a la familia como el contexto en el cual el niño debería ser protegido de todo mal y de todo daño. El lugar de la víctima en el grupo familiar queda desdibujado: las fronteras intergeneracionales se borran, los roles se invierten y la familia toda se desvanece como lugar de referencia. En el AS, a través de la conducta sexual prematura y abusiva, el ofensor ha otorgado al niño jerarquía de adulto, aunque no goce de los beneficios del ser adulto.

h. Es una relación *fuera de control;* por sobre todas las cosas, del control externo, aunque, salvo en familias muy disfuncionales y perturbadas, también escapa al control de otros miembros de la familia. El niño víctima de AS no solo siente que no puede contar lo que está sufriendo; también siente que no hay palabras para explicarlo ni interlocutores dispuestos a escucharlo. Pero mientras el ofensor sexual logra sustraerse a sí mismo, a la víctima y a la conducta de la mirada y el control externo, necesita incrementar su propio control sobre la situación y sobre el eventual contacto de la víctima con el sistema externo. De ahí entonces que, a medida que el niño crece y su contacto con el exterior se puede ver incrementado, el ofensor sexual necesitará limitar esa libertad todo lo posible. En un caso atendido por una de las autoras de este libro, una adolescente que había abandonado el colegio comenzó a buscar trabajo. Cada vez que conseguía trabajo, ocurría que al poco tiempo su padre también estaba trabajando allí. Eso la llevaba a renunciar y a buscar otro lugar de trabajo, en el que, indefectiblemente, se encontraría con su padre más temprano que tarde.

IR A CONTENIDO

* * *

En su libro *Trauma y recuperación* (1997), Judith Herman plantea que, mientras que los eventos traumáticos únicos pueden ocurrir en cualquier circunstancia, el trauma repetido y prolongado —como es el caso del abuso sexual infantil— solo ocurre en situaciones de cautividad. En las situaciones de violencia dentro del seno de la familia no hay, generalmente, barreras físicas que detengan el escape; sin embargo, para las víctimas el escape no es una opción. Los niños quedan cautivos por el simple hecho de depender de los adultos que abusan de ellos.

Herman plantea que el ofensor no se conforma con la simple complacencia de su víctima: necesita obtener un control absoluto sobre la vida de esta. Horarios, vestimenta, acciones, e incluso funciones corporales, pasan a estar bajo ese control. Esto último es particularmente cierto cuando el AS se perpetra contra púberes y adolescentes y el ofensor sexual controla, por ejemplo, las fechas de menstruación, así como las salidas con pares y eventualmente los encuentros con un noviecito. Pero, además, el ofensor se sirve de sofisticadas maniobras psicológicas para ejercer y mantener ese control sobre la víctima; le quita todo poder (lo cual es muy fácil con niños y niñas pequeños, por cuanto no lo tienen en absoluto; mientras que con adolescentes la estrategia es destruir cualquier intento de rebeldía) y promueve la desconexión con los otros hasta el punto de destruir el sentido de sí misma en relación con los otros. Según esta autora, el objetivo del perpetrador no es solo que la víctima le tema, sino que además le agradezca que las amenazas no se cumplan.

Para que la desconexión y la ruptura de cualquier lazo con otro ser humano sean efectivas, el perpetrador necesita además que la víctima pierda toda imagen interna de conexión con los demás. Una niña de 13 años cuenta:

> Me habían regalado un diario y yo ahí empecé a escribir todo lo que sentía, todo lo que me pasaba. Una vez mi papá lo descubrió, pero yo lo tenía muy bien escondido… Igual lo encontró. Se enojó mucho por lo que yo había escrito ahí y le arrancó todas las páginas, pero me lo devolvió. Yo dejé de escribir un tiempo, pero igual él venía y lo revisaba casi todas las noches. Entonces yo empecé a pegarle figuritas que cortaba de las revistas, pavaditas, cualquier cosa que a él no le pareciera malo. Igual un día el diario desapareció…

A mayor aislamiento, la dependencia respecto del ofensor sexual se incrementa: "En ausencia de cualquier otra relación humana, ella tratará de

encontrar la humanidad en su captor" (Herman, 1997: 81). En palabras de una joven de 17 años:

> Cuando mi mamá se murió yo estaba tan sola… Ella no sabía nada de lo que mi papá me hacía, pero por lo menos cuando estaba en casa yo podía hablar con ella, hacer cosas con ella, aunque no supiera nada. Después, cuando se murió, mi papá me dijo que quedábamos solo él y yo. No pude ir más a visitar a mis tías ni a mi abuela… Ellas tampoco venían, porque nunca se habían llevado bien con mi papá, entonces ahí fue donde de verdad me quedé sola. Mi papá me dijo: "Ahora la mujer de la casa sos vos", y que por eso tenía que dormir en su cama, al lado suyo. A mí me daba miedo dormir sola, por eso me lo aguanté eso de dormir con él. Si total él, cuando quería hacerme eso, me lo hacía igual.

El mundo interno de los niños, niñas y adolescentes víctimas de AS está moldeado y contaminado por las dinámicas conductuales, relacionales y comunicacionales desarrolladas a lo largo de este capítulo y el anterior.

Cuando el AS sale a la luz, los niños afectados no cambian automáticamente su modo de relacionarse y de ver al mundo, ni perciben de manera instantánea la posibilidad de seguridad real. Oscilaciones entre el amor y el terror hacia la persona que abusó de ellos, así como la dificultad para contar, las retractaciones o las minimizaciones, las justificaciones o el silencio serán subproductos de una forma de vinculación que el abusador sexual usualmente ha madurado a lo largo de años.

Conocer el proceso que favorece el desarrollo del AS debe servir para que los agentes de la intervención puedan comprender en un contexto amplio el relato de las víctimas, su comportamiento, su temor y su anestesia emocional.

Herman refiere que puede ser muy tentador ponerse del lado del perpetrador. Lo único que necesita este es que no se haga nada. Sin embargo, la víctima demanda acción, involucramiento y memoria, y desde ese lugar invita a los otros a compartir la carga insoportable de su dolor.

> Para poder escapar de la responsabilidad por sus crímenes, el perpetrador hace todo lo que está en su poder para promover el olvido. El secreto y el silencio son su primera línea de defensa. Si el secreto falla, el perpetrador ataca la credibilidad de la víctima. Si no la puede silenciar del todo, trata de asegurarse de que nadie escuche. Con ese fin, arma un impresionante despliegue de argumentos que van desde la más descarada negación a la más sofisticada y elegante racio-

> nalización. Luego de cada atrocidad es posible escuchar las mismas disculpas predecibles: esto nunca sucedió; la víctima miente; la víctima exagera; y en todo caso es tiempo de olvidar el pasado y seguir adelante. Cuanto más poderoso es el perpetrador, mayor es su prerrogativa para nombrar y definir la realidad, y es más posible que su argumento prevalezca. (Herman, 1997: 8)

La intervención en ASI demanda una toma de posición. Y en esa toma de posición se debe recordar siempre cuál de las personas involucradas es la que se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad. Si la toma de posición apunta a la protección del ofensor, es imprescindible ser conscientes de que la vulnerabilidad y el aislamiento de la víctima se incrementarán exponencialmente, ya no solo de la mano del abuso sexual, sino, peor aún, de la mano de la inacción de quien debería intervenir.

Capítulo 6

Indicadores psicológicos, físicos y conductuales de abuso sexual infantil. El tema de la especificidad

Al igual que un síntoma, un indicador es una señal o signo de algo. En el tema de ASI cualquiera de las dos palabras, *síntoma* o *indicador,* suelen ser utilizadas de la misma forma. Sin embargo, hay una diferencia entre las palabras *síntoma* y *signo*. Mientras que la primera consiste en los "datos percibidos y descritos por los pacientes […] ligados a sensaciones corporales, sentimientos y pensamientos" (Intebi, 1998: 177), la segunda abarca "todos los fenómenos que pueden ser apreciados por el observador" (Intebi, 1998: 177). En este capítulo se empleará el término *indicadores,* dado que engloba tanto los síntomas (descritos por los pacientes) como los signos (observados desde fuera).

La palabra *síntoma* en el universo médico implica que hay una señal que está revelando la existencia de una enfermedad o de alguna condición que requiere atención. Parte de esta acepción puede ser utilizada en el campo de intervención en ASI: un indicador es una señal que *revela* que algo que no se conoce, que está sucediendo y que requiere atención.

Por esta razón, y por otras que se explicarán a continuación a lo largo de este capítulo, el relato del niño, la niña o el adolescente que ha sido o está siendo víctima de ASI constituye *el principal indicador de abuso sexual infantil.*

¿Por qué? Porque la información derivada de dicho relato, correctamente recogida y valorada, será la que contenga los datos reveladores del ASI; básicamente, los elementos sobre el tipo de conducta, su duración, la dinámica de su desarrollo, la respuesta infantil, etc.[11]

Pero entonces, si el relato infantil es el principal indicador de ASI, ¿por qué sería necesario reconocer otros indicadores? Porque la valoración de

11. En subsiguientes capítulos de la segunda parte se hará referencia de manera más extensa al relato infantil, sus características y los criterios de validación.

otros signos y síntomas conductuales, psicológicos y físicos ayuda a complementar el diagnóstico de ASI. Por otro lado, en un segundo momento de la intervención, el eminentemente asistencial, guían la planificación terapéutica (no solo psicológica, sino médica cuando es necesario), en tanto y en cuanto proveen información sobre el impacto de la situación en el niño victimizado.

Sin embargo, la tarea de recolectar y valorar indicadores dista de ser simple. La principal razón para la dificultad radica en la especificidad. Un ejemplo del mundo médico puede servir para ilustrar la cuestión de la especificidad. Mientras que la fiebre avisa de la existencia de una condición a evaluar —puede ser indicador de un cuadro viral o de una infección, y en este último caso puede darse en diversas partes del cuerpo y deberse a bacterias u otras razones—, la presencia de un tumor en el páncreas significa que el paciente tiene cáncer. En este sentido, entonces, la fiebre tiene menor especificidad que un tumor.

En el campo del ASI ocurre algo similar. Muchos de los indicadores psicológicos, conductuales y físicos no son específicos de AS. De hecho, los indicadores *específicos* son muchos menos que aquellos que revisten menor especificidad, y varios de estos últimos se encuentran presentes en otras diversas situaciones. Sin embargo, como surgen o son puestos en evidencia ante la sospecha o la denuncia del abuso sexual, requieren que se les preste atención aunque no sean específicos. La única forma de determinar cuán asociado al AS está dicho indicador será establecer el momento de su aparición.

Por ejemplo: una niña de seis años víctima de un posible AS por la pareja de su mamá presenta enuresis[12] recurrente y se han descartado posibles causas orgánicas. La niña aprendió a controlar esfínteres exitosamente a la edad de dos años, pero a los cuatro comenzó con estos episodios de enuresis. Si la enuresis es previa al comienzo de la relación de la madre con su nueva pareja, podrá considerarse un indicador *inespecífico* si es que recrudeció a partir de esta nueva pareja de la madre (es decir, hubo causas previas que lo desencadenaron, pero el síntoma se intensificó a partir de la relación de la madre con la persona acusada de AS), o se lo descartará como indicador de AS si comenzó antes que dicha relación y hay otras situaciones que podrían haber funcionado como causa etiológica (es posible que el comienzo de la enuresis coincidiera con la separación de los padres la niña, con la muerte

12. Hacerse pis encima.

de alguna persona cercana o querida, con que la madre se ausentara porque hubiera comenzado a trabajar o incrementara su horario laboral, etc., entre otras muchas causas).

Si la enuresis apareció después de iniciarse la relación de la madre con esta persona, se puede decir que se trata de un indicador *inespecífico pero probable*, y si comenzó a la edad en que la niña ha dicho que empezaron los abusos y la mamá refiere que se da solamente cuando la niña ha quedado al cuidado de su pareja porque ella va a trabajar, se puede decir que se trata de un indicador *inespecífico pero altamente probable*. Es decir, si bien el indicador es inespecífico porque hay otras razones que pueden producir un cuadro de enuresis, la probabilidad de que este esté ligado al AS y no a otra causa la darán la cercanía y la conexión de la enuresis con la situación de AS vivenciada.

Por eso es importante que quienes realicen las evaluaciones diagnósticas de AS informen, toda vez que sea posible, acerca de la probabilidad de que un indicador inespecífico esté ligado a la situación de AS denunciada.

Los síntomas también pueden diferir en su presentación, dependiendo del período evolutivo del niño, niña o adolescente que esté siendo evaluado.

En cuanto a *los indicadores psicológicos específicos,* a continuación se hace referencia al listado de síntomas descritos por Sgroi, Porter y Blick (1982) mencionados por Intebi (1998):

1. actitudes de sometimiento;
2. conductas agresivas que externalicen el conflicto;
3. comportamiento sobreadaptado;
4. indicios de actividades sexuales;
5. juegos sexuales inadecuados con niños, con juguetes o con sus propios cuerpos, o conductas sexuales agresivas hacia terceros;
6. comprensión detallada de conductas sexuales no acorde a la edad;
7. permanencia prolongada en la escuela;
8. mala relación con los pares y dificultades para establecer amistades;
9. desconfianza, en especial hacia figuras significativas;
10. disminución brusca del rendimiento escolar;
11. falta de participación en actividades sociales y escolares;
12. dificultades para concentrarse en la escuela;
13. temor exacerbado a los hombres (cuando la víctima es niña y el ofensor, hombre);
14. conducta seductora con adultos;

15. conductas regresivas;
16. retraimiento;
17. depresión;
18. ideación suicida;
19. trastornos del sueño;
20. fugas del hogar.

Los indicadores del listado de Sgroi y colaboradores no deberían ser considerados indicadores psicológicos específicos, por cuanto también se pueden encontrar en muestras de niños que hayan sufrido otras formas de violencia. Por otro lado, se debe considerar que muchas veces los niños y niñas son objeto de más de una forma de maltrato, por lo cual la sintomatología que presenten posiblemente sea representativa del conjunto de factores a los que se han visto expuestos, con algunos síntomas más claramente vinculados al AS. De este listado, indicadores psicológicos más específicamente relacionados con AS, y que tienen menos probabilidad de aparecer en otras formas de malos tratos exclusivos (es decir sin coocurrencia con AS), pueden ser:

1. indicios de actividades sexuales;
2. juegos sexuales inadecuados con niños, con juguetes o con sus propios cuerpos, o conductas sexuales agresivas hacia terceros;
3. comprensión detallada de conductas sexuales no acorde a la edad;
4. temor exacerbado a los hombres (cuando la víctima es niña y el ofensor, hombre);
5. conducta seductora con adultos.

Desde la perspectiva de las autoras de este libro, los demás indicadores del listado de Sgroi y colaboradores deberían ser considerados inespecíficos.

En la tabla 2 se presenta un listado de *indicadores psicológicos inespecíficos* discriminados en tres estadios evolutivos (en el que podrán verse repetidos algunos de los indicadores presentes en el listado de Sgroi y colaboradores).

Del listado, la promiscuidad y la prostitución pueden estar más asociados al AS que a otras formas de violencia excluyentes (es decir, sin coocurrencia con AS), por cuanto se relacionan con una forma de socialización familiar en la que la sexualidad se caracteriza por una falta de barreras interpersonales. Por otro lado, se debe tener en cuenta que la prostitución infantil y adolescente —sobre todo en sectores de la población más desprotegidos

Tabla 2

Edad preescolar	Edad escolar	Adolescencia
• ansiedad • pesadillas • oscilaciones entre conducta retraída o muy impulsiva • temor • agresión • depresión • enuresis/encopresis • TEPT*	• pesadillas • temores • quejas somáticas • hiperactividad • bajo rendimiento escolar • conductas regresivas • TEPT	• fugas del hogar • consumo de sustancias • abuso de alcohol • ideación suicida • intentos de suicidio • automutilaciones • conductas autoagresivas • quejas somáticas • conductas antisociales • promiscuidad/prostitución • TEPT

* Trastorno por estrés postraumático.

desde el punto de vista económico y del progreso y desarrollo social, sin empleo o con bajos recursos económicos— se convierte en una forma de ingresos extra para el grupo familiar. Niños, niñas y adolescentes son expuestos a situaciones de explotación sexual, ya sea porque sus familias no los protegen o porque directamente participan en el regenteo o los entregan a proxenetas. En muchos casos estos niños y niñas tienen antecedentes de AS intrafamiliar.

En un trabajo sobre consecuencias psicológicas iniciales del AS, Pereda Beltrán (2009) analizó una serie de estudios y categorizó la sintomatología en cinco áreas: emocional, cognitiva, conductual, de relación y funcional. Muestra cómo la diversidad de síntomas en estas áreas es muy variada, y concluye que se hace imposible establecer la existencia de un síndrome por AS o de un conjunto de síntomas específicos del AS y ausentes en otras formas de malos tratos.

¿Significa esto que se debe renunciar a comprender el impacto psicológico del AS y sus manifestaciones en niños víctimas? No, de ninguna manera. En todo caso, se debe recordar siempre que la población infantojuvenil es la que se encuentra en estado de mayor vulnerabilidad ante la posibilidad de ser expuesta a situaciones de violencia y malos tratos crónicos, abuso sexual entre ellos, a lo largo de su vida y a manos de sus cuidadores.

¿Cómo esclarecer qué síntomas pueden relacionarse de modo directo con el AS? Las autoras de este libro consideran que en este sentido es clave la pericia del entrevistador para establecer la posible causalidad de un síntoma con el AS. Por otro lado, es necesario recordar permanentemente que el indicador psicológico de máxima especificidad es el relato infantil, lo cual

enfrenta a los profesionales que lleven adelante las entrevistas diagnósticas con la responsabilidad de prepararse adecuadamente para su obtención y evaluación.

El diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT) y su relación con el AS merecen mención y desarrollo aparte. Las autoras de este libro entienden que, desde el campo de la psicotraumatología, los modelos que explican el estrés postraumático, el estrés postraumático complejo y la disociación pueden ser de mayor utilidad a la hora de explicar y comprender la sintomatología infantil. Este tema será desarrollado con mayor profundidad en los capítulos 11 y 12.

* * *

En cuanto a los *indicadores físicos,* la primera regla a considerar es que el mayor porcentaje de los abusos sexuales no causa lesiones físicas permanentes y observables; según las estadísticas, solamente entre un 30 y un 50 % de los casos reportados presentan hallazgos físicos compatibles con AS (Intebi, 1998). Jenny (2002: 239) refiere:

> El examen físico por abuso sexual suele ser enteramente normal, incluso en los casos en que se probó el abuso […] La ausencia de signos físicos de trauma no significa que el abuso no ocurrió. Muchos tipos de abuso, tales como la masturbación o el contacto oral-genital, no causan trauma anal, genital ni oral. Otros tipos de trauma pueden curar completamente […] El trauma grosero en el tracto genital o anal no es difícil de diagnosticar […], pero un trauma curado o imperceptible puede ser más problemático.[13]

Además del tema de la especificidad de los indicadores físicos, que se detallará un poco más adelante, es necesario hacer un alto para puntualizar algunas dificultades asociadas a la revisación médica y el diagnóstico físico de AS que las autoras de este libro han encontrado a lo largo de sus años de trabajo:

1. Falta formación en los profesionales de la pediatría y la ginecología para evaluar correctamente los indicadores físicos de AS.
2. Algunas madres reportan que los médicos les han dicho algo que luego no han escrito en sus informes. Muchos profesionales que no

13. Aquí la palabra *trauma* debe ser entendida en su acepción médica.

trabajan en el ámbito forense temen el involucramiento con la Justicia y que el ejercicio de su rol profesional les implique luego un juicio por mala praxis.

3. La familia tarda en realizar la evaluación médica. En algunos casos esto se debe al temor a la mirada de control social que el sistema de salud pueda poner sobre ella. Aquí es importante considerar cuánta participación en el AS o cuánta negligencia ha tenido la familia para evitar que el niño o niña reciba una adecuada evaluación médica.
4. Algunos profesionales de la salud mental aconsejan no llevar adelante la revisación médica por considerarla potencialmente traumática para el niño o niña. Estos profesionales desconocen dos cuestiones fundamentales. La primera es que un hallazgo físico constituye evidencia para la Justicia. La segunda —que no excluye la primera— es que la niña o el niño puede haber contraído una enfermedad de transmisión sexual como producto del AS sufrido, en cuyo caso se hace imperativo el adecuado tratamiento médico para resolver dicha condición, que escapa al campo de la salud mental.

De la misma manera que sucede con el diagnóstico psicológico de AS, la evaluación médica requiere formación y compromiso de los profesionales actuantes. Es preciso que los profesionales de la salud mental que desaconsejan la revisación médica comprendan que esta es una necesidad en aras de la protección infantil.

Retomando el tema de los indicadores, se consideran *indicadores físicos específicos* (Intebi, 1998):

- embarazo;
- lesiones en zonas genital y/o anal que no puedan ser explicadas por otras causas;
- enfermedades de transmisión sexual;
- contusión o sangrado anal o vaginal que no puedan ser explicados por otras causas;
- semen en la ropa o el cuerpo.

En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), Jenny (2002) aclara que la presencia de estas enfermedades o de microorganismos en el cuerpo del niño puede ser o no diagnóstica de AS, y que algunas tienen mayores probabilidades de ser consecuencia del abuso que otras. La siguiente

lista elaborada por la autora citada muestra las ETS que pueden ser transmitidas de un adulto a un niño:

- *Neisseria ghonorrea.* Si se contrae fuera del período neonatal inmediato puede ser atribuida a AS.
- *Chlamydia trachomatis.* Las infecciones luego del segundo año de vida y las infecciones sintomáticas es más probable que hayan sido adquiridas por AS.
- *Trichomonas vaginalis.* Es probable que sea causada por AS.
- *Herpes simplex virus (HSV).* La presencia del virus de herpes genital tipo I no excluye la posibilidad de AS, aunque este tipo de infecciones es menos probable que sean transmitidas por contacto sexual.
- *Bacterial vaginosis.* Si bien no es diagnóstica de AS, estudios de niñas abusadas versus grupo control han mostrado que esta enfermedad es más común en las primeras.
- *Human papillomavirus (HPV).* En todos los casos en que el virus se presente por fuera del período neonatal, se debería considerar el AS como posible etiología.
- *Sífilis.* A menos que se pueda comprobar que el niño contrajo sífilis de forma congénita, esta enfermedad debe ser considerada como prueba de AS.
- *Virus de inmunodeficiencia (VIH o sida).* A menos que el niño presente el virus por transfusión, amamantamiento por madre con el virus u otras causas probadas que no implican contacto sexual, debe considerarse que el contagio es producto de AS.

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos sugiere considerar una serie de factores a la hora de decidir la evaluación de la presencia de una ETS en un niño, niña o adolescente:

- ¿Cuáles son las posibilidades de que el AS haya ocurrido?
- ¿Qué tipo de contacto sexual es el que se está reportando? Es más probable que las ETS se contagien por contacto con el pene o la vagina del/la ofensor/a que por masturbación o contacto con la boca de este/a.
- ¿Hay factores de riesgo para la ETS en el ofensor (promiscuidad, frecuenta prostitutas, usa drogas por vía intravenosa, etc.)?
- ¿Presenta el niño síntomas de alguna posible ETS?

IR A CONTENIDO

Como parte de la entrevista médica, Jenny sugiere al profesional, entre otras cuestiones:

- tomar una historia de posibles problemas físicos asociados con abuso, tales como dolor vaginal y anal, sangrado, secreciones, inflamación, enuresis, encopresis, síndromes de dolor crónico, enfermedades de transmisión sexual y embarazo;
- chequear posibles factores de riesgo para las ETS en el perpetrador, incluyendo abuso de drogas, preferencias sexuales, promiscuidad e historia de ETS conocidas.

Por otro lado, se consideran indicadores físicos inespecíficos:

- dolor o picazón en zona vaginal o anal;
- trastornos psicosomáticos tales como dolores abdominales recurrentes que no pueden ser explicados por causas orgánicas;
- trastornos de la alimentación;
- enuresis y encopresis en niños que habían logrado el control de esfínteres.

* * *

A continuación se presentan las conductas y juegos sexualizados que denotan un conocimiento no acorde a la edad evolutiva, como *indicadores conductuales,* y se examina el nivel de especificidad con el que pueden ser considerados.

El tema de las conductas sexualizadas y su relación con el AS ha generado diversas posturas:

a. Una postura plantea que, si el niño presenta conductas sexualizadas, eso significa que ha sido víctima de AS.
b. Una segunda postura plantea que, si el niño no presenta conductas sexualizadas y no las despliega delante del entrevistador, no se puede comprobar que haya sido víctima de AS.
c. Una tercera postura plantea que las conductas sexualizadas son normales en los niños porque forman parte de su natural curiosidad.

La presencia de conductas sexualizadas es un indicador altamente probable de AS; sin embargo, el AS no es la única causa de estas conductas, y se considera que entre un 30 y un 40 % de niños con AS verificado ha

desarrollado tales conductas (Coulborn Faller, 2007; Everson y Coulborn Faller, 2012). Este porcentaje se refiere a conductas francamente abiertas y evidentes, pero se considera que un número no calculado de víctimas de AS podría desarrollar conductas o actitudes evitativas de la sexualidad en algún momento de su vida (Everson y Coulborn Faller, 2012).

Estas son algunas preguntas que deben guiar al profesional entrevistador en relación con este tipo de conductas:

1. ¿Qué se entiende por *conductas sexualizadas* y en qué se diferencian de las conductas sexuales normales o evolutivamente esperables?
2. ¿Cómo se establece que una conducta sexualizada es producto del AS o no?
3. ¿Qué factores contribuyen al desarrollo de una conducta sexualizada?

Básicamente se considera que una conducta es *sexualizada* cuando su contenido es del orden de lo sexual y excede, por sus características —tipo, frecuencia, intensidad, respuesta ante el límite externo, presencia de agresividad, etc.—, los parámetros esperables para la edad del niño o niña en cuestión. Las conductas sexualizadas variarán de acuerdo a la etapa evolutiva en que se encuentre el niño, niña o adolescente a evaluar, y, así como no pueden relacionarse automáticamente con un posible AS, tampoco deben descartarse desde el vamos como consecuencia de un posible abuso.

Aquí el eje es la recolección de información que pueda sustentar la hipótesis de que la conducta está relacionada con AS, o bien, en caso contrario, identificar cuál sería el origen de tal conducta y establecer pautas terapéuticas para trabajar al respecto, ya sea con el niño o niña o con su grupo familiar.

En la literatura existe cierto consenso en considerar como conductas sexuales normales en niños en edad preescolar la curiosidad y mutua exploración de los genitales así como el querer tocarlos. En niños y niñas menores de 12 años, la frecuencia de conductas similares al acto sexual está menos clara en las investigaciones, mientras que son raras las conductas sexuales más intrusivas, agresivas, que involucren alguna forma de penetración anal o vaginal y contacto oral-genital (Everson y Coulborn Faller, 2012).

William Friedrich, psicólogo norteamericano, estudió en profundidad las características de las conductas sexuales normales, y aquellas que se presentan con menos frecuencia y por lo tanto serían susceptibles de considerarse sospechosas de AS.

IR A CONTENIDO

Entre las conductas sexuales evolutivamente normales —además de las ya mencionadas— para niños y niñas en edad preescolar, Friedrich y colaboradores (1998) refieren:

- Tocar las partes sexuales en público
- Masturbarse en la casa
- Tratar de mirar a la gente cuando está desnuda o desvistiéndose
- Tocar o intentar tocar los senos de la madre o de otras mujeres

Al mismo tiempo identifican para la misma franja etaria una serie de conductas que se presentarían muy raramente, tanto en niños como en niñas. Por ejemplo, entre los niños menores de cinco años, solo el 1,4 % de los varones y el 3,2 % de las niñas dibujan partes sexuales; solo el 0,7 % de los varones y el 0,0 % de las niñas ponen su boca en partes sexuales; solo el 0,7 % de los varones y el 2,8 % de las niñas hacen sonidos sexuales; solo el 0,4 % de los varones y el 2,8 % de las niñas ponen objetos en el ano o la vagina; solo el 0,7 % de los varones y el 1,1 % de las niñas juegan a que sus muñecos tienen sexo, y solo el 4,3 % de los niños y el 1,8 % de las niñas ponen la lengua en la boca al besar.[14]

La presencia de este tipo de conductas en preescolares no implica de manera directa que el niño o la niña objeto de estudio haya sido víctima de AS. Es el el psicólogo o psiquiatra entrevistador quien debe asegurarse de obtener toda la información que le permita determinar el origen de dichas conductas. ¿Lo copió de alguien? En tal caso, ¿de quién y en qué contexto? ¿Estuvo expuesto a ese tipo de conductas, ya sea observándolas en otras personas o bien en la TV? En ese caso, ¿qué más puede conocerse sobre este tipo de exposición? ¿Hubo negligencia de los adultos, una actitud liberal hacia la sexualidad o puede que esto se corresponda con una actividad de *grooming* hacia la criatura? ¿Tiene este tipo de conocimiento porque ha estado expuesto de manera más directa a ciertas prácticas, por ejemplo, sufriéndolas en carne propia?

Otras conductas que requieren atención y que el operador indague en su posible origen son:

- Masturbación compulsiva, con objetos y/o con la mano, que puede llegar a dañar al niño/a y no se detiene fácilmente cuando se le llama la atención.

14. Adaptado de Friedrich y colaboradores (1998).

- Tocar los genitales de adultos de manera intempestiva, repetitiva, insistente.
- Imitar con pares, con muñecos o con mascotas los movimientos del acto sexual.
- Utilizar palabras que describen actos o conductas sexuales.
- Tratar de desvestir a otra persona —par o adulto— por la fuerza.
- Hacer sonidos propios del acto sexual (por ejemplo, gemir).
- Intentar que otros realicen actos sexuales con él/ella.

En ocasiones los niños pueden desplegar algunas de estas conductas en presencia del entrevistador. En esos casos:

a. Es necesario tener en cuenta de qué se estaba hablando o qué estaba haciendo el niño en el momento de iniciarse la conducta.
b. Si el niño no la menciona de forma espontánea, el entrevistador debe llevar gentilmente la atención del niño al movimiento o la conducta que está llevando a cabo: "Veo que estábamos hablando de la casa de tu abuelo y de repente empezaste a moverte en la silla (repite el movimiento o lo describe con detalle), ¿quisieras contarme algo?"

Cuando el niño no despliega tales conductas frente al entrevistador pero el adulto no ofensor refiere haberlas visto, es necesario que el entrevistador pregunte sobre:

1. El tipo de conducta, hasta obtener la descripción más clara y detallada posible.
2. Las características de la conducta: inicio, intensidad, frecuencia, disparadores (cuándo sucede).
3. Si quien la reporta la observó en primera persona o alguien se la refirió (por ejemplo, una niñera).
4. La respuesta del adulto que observó la conducta: ¿rezongó al niño?, ¿le preguntó qué hacía?, ¿se hizo el distraído?, ¿trató de distraer al niño?
5. El manejo general de la sexualidad en la casa: ¿Es habitual que los padres se paseen desnudos delante del niño? ¿Se bañan juntos sin ropa? ¿Son descuidados en cuanto a la posibilidad de que el niño observe sus relaciones sexuales?
6. ¿Es posible que el adulto haya malinterpretado o sobredimensionado la conducta infantil? En ese caso, ¿se puede saber por qué?

Entre los motivos para el despliegue de conductas sexualizadas *no relacionadas de manera directa con el* AS, Friedrich (2002) cita:

- maltrato físico,
- exposición a la violencia dentro de la casa,
- estándares sexuales relajados dentro del funcionamiento familiar.

También propone llamar la atención sobre variables familiares que podrían intervenir o influenciar tanto el desarrollo como el despliegue y el mantenimiento de las conductas mencionadas; entre ellos, una respuesta coercitiva o punitiva severa de los padres ante estas conductas que termine potenciándolas.

En presencia de conductas sexuales agresivas, el contexto también es de suma importancia. Hall y colaboradores (1998), citados por Friedrich (2002), sugieren nueve características contextuales a la hora de evaluar la severidad de la conducta sexual agresiva: a) que la conducta no sea mutua; b) que cause daño o malestar en quien la despliega o en otros; c) que motive quejas de otras personas; d) que haya diferencia en la relación de poder/no se trate de pares; e) que la conducta persista a pesar de la puesta de límites por terceros; f) que implique coerción/chantaje; g) que implique uso de fuerza o amenaza de uso de fuerza; h) que sea premeditada o planificada; i) que sea una conducta sexual de tipo adulto.

Estas características contextuales tampoco implican forzosamente que la conducta sexual tenga su origen en un AS, pero hablan de niveles de gravedad e intrusividad que distan de ser evolutivamente normales y exigen una correcta valoración de su origen.

* * *

Finalmente, cabe hacer referencia a los niños asintomáticos. Existe un porcentaje de niños que no presentan síntomas en el momento de la intervención. Una explicación posible es que los síntomas no estén manifiestos en forma temporaria, como si se encontraran latentes, pero aun así exista una alta probabilidad de que se desarrollen más adelante.

Otra posible explicación es que estos niños hayan tenido el sostén suficiente en sus familias, junto con aspectos resilientes propios, para enfrentar la situación de abuso sexual, lo cual los protegió del desarrollo de sintomatología. En estos niños es posible que el AS haya durado poco tiempo, que

IR A CONTENIDO

haya sido perpetrado por una persona ajena a la familia y que haya implicado menores niveles de intrusividad.

El profesional interviniente debe considerar todas las variables posibles que determinen la ausencia de síntomas psicológicos o conductuales en un niño cuyo relato de AS es claro y creíble, o que presenta hallazgos físicos.

IR A CONTENIDO

Capítulo 7

Una mirada a los protagonistas de la historia

¿Por qué el abuso sexual no ocurre en todas las familias, ni todos los niños, niñas y adolescentes son abusados ya sea dentro o fuera de ellas?

¿Hay características que predicen que un niño pueda ser abusado?

¿Cómo podemos reconocer a un ofensor sexual? ¿Es posible que un padre amoroso sea capaz de abusar sexualmente de sus hijos? Y si esto es así, ¿por qué lo hace?

¿Qué papel juegan las madres en el AS de sus hijas e hijos? ¿Es posible creer que no supieran lo que sucedía, cuando el AS se perpetraba en su propia casa? ¿Por qué algunas madres protegen a sus hijos y otras colaboran activamente en el AS?

Estos son solo algunos de los interrogantes que muchas veces surgen en los agentes de intervención, cualquiera sea su lugar de trabajo.

La complejidad del tema hace que cualquier respuesta taxativa a tales preguntas sea siempre limitada. En el discurso habitual se suele encontrar cierta tendencia a la generalización (por ejemplo, se dice que las madres *siempre* saben lo que les sucede a sus hijas; esta es una de las generalizaciones más habituales que se pueden escuchar). Lo cierto es que las características de las personas involucradas en estas situaciones, tanto el adulto ofensor como el adulto no ofensor, los niños, niñas y adolescentes víctimas, pueden ser verdaderamente muy variadas.

En este capítulo se describirán algunas particularidades que pueden estar presentes en los actores de esta historia, recomendando especialmente no tomarlas de manera categórica, sino simplemente ilustrativa y orientativa.

Las autoras de este libro han elegido poner énfasis en los roles de quien abusa, de quien es víctima del abuso y de quien puede —o no— funcionar como protección para el niño, persona a la que generalmente se denomina *adulto no ofensor*.

Se hará referencia a las madres como adultos no ofensores, por el hecho de que en la mayoría de los casos de abuso sexual intrafamiliar son ellas quienes efectivamente cumplen ese rol, o al menos quienes deberían cumplirlo (en especial cuando el abusador es el padre, el padrastro o la pareja

de la madre), y porque cuando esto no sucede es tarea de los agentes de intervención identificar qué elementos pueden estar obstaculizando dicha función protectora.

Niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual

Niños, niñas y adolescentes, por su condición de tales, son vulnerables al abuso sexual. Sin embargo, no todos los niños, niñas y adolescentes son víctimas concretas de AS.

Algunas características favorecen la probabilidad de que algunos niños, niñas y adolescentes, y no otros, sean abusados sexualmente.

Un factor relevante es la edad. Se sabe que, cuanto menor es la edad, mayor es el riesgo que corre un niño de ser maltratado —en cualquiera de las formas de malos tratos—, por cuanto aumenta su nivel de dependencia respecto del adulto y su vulnerabilidad (menor desarrollo, menor comprensión madurativa, menor capacidad de escapar de situaciones de peligro).

Malacrea (1998) cita investigaciones según las cuales, los cuatro, los ocho y los once años serían las edades en las que se produce más fácilmente el inicio del AS. Por su parte, Intebi (1998) cita una investigación de fines de la década del setenta realizada por Finkelhor en Estados Unidos —sobre una muestra de 796 estudiantes universitarios— que sitúa el pico más alto de inicio del abuso sexual en el período entre los diez y los doce años, tanto para varones como para niñas.

Considerando las franjas de cuatro a seis años, de siete a nueve años, de diez a doce años y de trece a dieciséis años, el 14 % de las mujeres de la muestra de Finkelhor reportó que el AS se había iniciado en la primera franja, el 23 % en la segunda, el 47 % en la tercera y el 16 % en la cuarta. En cuanto a los hombres, el 18 % reportó que el AS se había iniciado en la primera franja, el 9 % en la segunda, el 41 % en la tercera y el 32 % en la cuarta.

Otros estudios relevados por Intebi (1998) son coincidentes con los datos aportados por la investigación de Finkelhor.

Es claro que los niños en edad preescolar y en edad escolar se encuentran en alto riesgo de ser victimizados sexualmente, pero esto no excluye a púberes y adolescentes. Lo que sí se sabe es que a menor edad de inicio del AS, mayor probabilidad de que este se prolongue.

¿Qué otras características harían vulnerables a las víctimas, además de la edad de comienzo del AS?

Los niños y niñas con discapacidades físicas, motoras y mentales están en mayor riesgo de ser víctimas de AS, por su mayor limitación a la hora de escapar, así como por su menor capacidad de comprender las situaciones en las que están siendo involucrados.

Los niños, niñas y adolescentes con rasgos sumisos, poco asertivos, extremadamente tímidos, lábiles y fácilmente manipulables también se encuentran en mayor riesgo de ser víctimas de AS.

Niños, niñas y adolescentes con necesidades afectivas insatisfechas suelen ser presa fácil de los predadores sexuales. Puede que estén separados de sus cuidadores primarios, internados en hogares de amparo, o que alguna de las figuras de apego no esté disponible emocionalmente para ellos, quizá por estar cursando una depresión, por padecer algún trastorno psiquiátrico o por alguna otra circunstancia. El ofensor sexual rápidamente detecta la *necesidad imperiosa de cariño* que estos niños suelen manifestar y se acerca primero desde lo afectivo, para luego acceder sexualmente al niño. En estas situaciones al niño o la niña se le hace aún más difícil develar la situación, porque ello implica perder la presencia de un adulto que le había prometido —implícitamente— sostenerlo y acompañarlo (aunque el niño no sabe que, desde la perspectiva del adulto, esa compañía exige de él una *contraprestación*). El conflicto de lealtad se da entre el niño abusado y el abusador exclusivamente: si el niño *traiciona* al abusador contando lo que sucede, se quedará solo. Lo sabe con certeza, porque ya antes de ser abusado estaba solo.

Las hijas púberes y adolescentes que mantienen una relación conflictiva, fría y distante con sus madres pueden ser fácilmente accesibles al abusador sexual, sobre todo dentro de la familia (padre o padrastro). La dinámica que el abusador sigue es similar a la del acercamiento al niño deprivado de afecto. En este caso, potencia el conflicto y se constituye en el salvador de la niña o adolescente, mostrando un costado más benévolo, flexible, presente y simpático, que explotará como primera escala previa al involucramiento sexual propiamente dicho.

Los niños, niñas y adolescentes aislados, huraños, poco comunicativos, que establecen pocas relaciones sociales entre pares o no se sienten cómodos en ellas, que suelen no buscar ayuda para nada que necesiten, también son presa fácil del abusador sexual, que entiende que la desconexión de los otros le garantizará mayor seguridad en el secreto que imponga al niño.

A veces estas mismas condiciones son inherentes al funcionamiento del grupo familiar completo. Se pueden encontrar familias enteras con escasa socialización, alto grado de aislamiento, poco o nulo soporte de familia-

res extensos, posiblemente con alta movilidad geográfica, que desconfían del mundo exterior y enseñan a los hijos el mismo patrón de desconfianza. Familias en las que se desalienta el contacto social entre pares, muchas veces por temor a que el mundo exterior descubra los patrones de disfunción familiar. Estos niños, entonces, crecen sin las habilidades sociales necesarias para la interacción con otros por fuera de su mundo familiar nuclear. La interacción puertas adentro es enteramente disfuncional, y el niño crece creyendo que esa es, por excelencia, la forma en que todos los seres humanos se relacionan con su familia. Por ende, no cuestionará nada de lo que se le imponga, incluido el AS, porque carecerá de otros modelos con los cuales comparar la propia experiencia.

Los niños y niñas que han sido víctimas de AS están en mayor riesgo de volver a ser abusados, tanto por otros miembros de la misma familia como por personas ajenas a ella (en hogares de acogida, familias sustitutas y adoptivas). Estos niños y niñas no solo se han *adaptado* a la anormalidad del AS, sino que además han aprendido posiblemente que la sexualización de las relaciones es *la* forma por excelencia de relacionarse con otros. Desde esta perspectiva, involucrarlos en futuros abusos es mucho más fácil para el abusador, porque el niño o la niña ya han sido mentalmente preparados para ello en las primeras experiencias abusivas de las que fueron objeto. En algunas oportunidades, el factor de atracción para el abusador sexual será el patrón comportamental sumiso que el niño presente, como si estuviera preparado para que siga sucediendo lo que venía soportando. En otros casos, los niños y niñas que despliegan conductas seductoras o abiertamente sexualizadas pueden convertirse en nuevas víctimas precisamente a raíz de las consecuencias visibles de su traumatización sexual previa. Los abusadores aprovecharán la *oportunidad* que les provee la conducta sexualizada para ingresar al cuerpo del niño sin mayores problemas ni obstáculos. A posteriori podrán utilizar el argumento de la *provocación* como forma de justificar su accionar.

Mención aparte merece el tema del *consentimiento*. En términos generales, cuando se habla de abuso sexual infantil, la palabra *consentimiento* está por completo fuera de lugar. El ser humano no viene al mundo preparado para *consentir* una acción en su contra. El tema del consentimiento suele plantearse mayoritariamente en los casos en que las víctimas son púberes y adolescentes. Consentir la acción sexual de un adulto implica que la niña o adolescente:

- entiende cabalmente la actividad que está consintiendo;
- entiende cabalmente las consecuencias para sí y para otros de la actividad que está consintiendo;
- está dispuesta a aceptar y tolerar tales consecuencias;
- se siente plenamente libre de detener esta situación por voluntad propia, sin importar lo insistente que sea el adulto ni la forma que tome dicha insistencia (uso de fuerza o amenaza de uso de fuerza hacia ella u otras personas cercanas).

La realidad es que, cuando se observan detenidamente las situaciones de AS que padecen las niñas y adolescentes de quienes después se dice que han *consentido* tales prácticas, no se encuentra nada de lo detallado anteriormente. Incluso en algunos casos en que las autoras de este libro han intervenido, en los que adolescentes planteaban haberse *enamorado* de sus abusadores, en ningún momento los abusadores pusieron freno a esos supuestos enamoramientos, sino que, por el contrario, los alentaron y utilizaron como la perfecta plataforma de acceso irrestricto al cuerpo de sus víctimas.

En la situación que sirvió de base para definir el síndrome de Estocolmo,[15] un grupo de personas fue mantenido en cautiverio por ladrones de un banco por más de cinco días. Al ser rescatadas, estas personas manifestaban sentimientos positivos hacia sus captores y negativos hacia las fuerzas de seguridad que habían actuado para liberarlas. ¿Sería posible pensar que esas personas, que además eran adultas, *consintieron* ser secuestradas por los ladrones por esa cantidad de tiempo? Difícilmente.

Es factible pensar que una dinámica similar está puesta en juego en las situaciones de AS descritas, en las que las niñas o adolescentes abusadas refieren haberse *enamorado* de sus abusadores y sienten, perciben y valoran la intervención externa como negativa. Se profundizará más sobre este tema en el apartado sobre trauma y disociación.

Como se ha expresado, esta descripción caracterológica de las víctimas dista mucho de ser exhaustiva. Niños, niñas y adolescentes que no reúnan estas características también pueden ser victimizados sexualmente. Por otro lado, es imperativo recordar que el principal motivo para el abuso sexual radica *siempre* en la mente, la motivación y la intención del abusador sexual, y no en las características de la víctima.

15. El síndrome de Estocolmo se utiliza para describir el lazo de conexión emocional que las víctimas de una situación de cautividad pueden llegar a establecer con quien las mantiene cautivas.

Mitos y realidades sobre las madres no ofensoras

Al inicio de este capítulo se han visto las generalizaciones que suelen hacerse a la hora de describir a los protagonistas de esta historia.

Con relación a las madres, algunas de estas generalizaciones suelen manifestarse en los siguientes términos:

- Las madres siempre saben que sus hijas están siendo abusadas. Son cómplices del abuso sexual.
- Las madres entregan a su hija a la relación abusiva, sea de manera directa o no, como forma de evitar el contacto sexual indeseado con sus esposos/parejas.
- Las madres entregan/facilitan el abuso sexual como una forma de mantener tranquilo al esposo violento.
- Las madres no creen lo que sus hijas les cuentan.

No se puede negar que hay madres que cuadran con algunos de los argumentos previos, pero tampoco se puede decir que esos argumentos sean los únicos que expliquen la conducta materna. Muchas madres creen de primera mano en lo que sus hijas e hijos les relatan, ponen en marcha las acciones necesarias para protegerlos (denunciar al abusador, separarse de él, etc.) y luego se deshacen en una culpa dolorosa por haberse casado con un monstruo, por no haberse dado cuenta, por haber permitido que algo así sucediera, etc.

Otras dudan en un principio, hasta que la evidencia les estalla en la cara, y entonces reaccionan y ponen en marcha todo el andamiaje en pos de la protección de sus hijos e hijas.

Es riesgoso establecer juicios de valor acerca de la conducta materna sin tener una comprensión clara de las características de cada madre, ni de las circunstancias en que el abuso ocurrió, ni de la forma del develamiento del abuso y la reacción materna ante este.

Un punto fundamental parece ser la historia de vida de la madre. Distintos estudios hacen hincapié en los antecedentes de malos tratos en la infancia materna como un factor que compromete sus habilidades parentales.

Más específicamente, una historia de abuso sexual en la infancia, cuando no ha sido correctamente elaborada, parece limitar las habilidades parentales de las madres en forma importante.

Tarczon (2012) plantea que las madres que tuvieron una historia de abuso sexual crónico en la infancia pueden desarrollar un desorden postraumático

complejo, caracterizado por una miríada de síntomas, sobre todo a nivel de la desregulación de afectos, conductas e impulsos, y severas dificultades en las relaciones interpersonales, entre otros aspectos, que pueden generar en ellas problemas para establecer una parentalidad empática, sensible y contenedora, y en cambio llevarla a la inversión de roles con los hijos, con pobres habilidades de comunicación y sentimientos de desprotección.

Por otro lado, las mujeres que han tenido una historia de AS en la infancia están en mayor riesgo de establecer relaciones de pareja disfuncionales, que incluyen relaciones con hombres violentos, situación que también pone en riesgo a los hijos. Tarczon presenta los resultados de diversas investigaciones según los cuales una historia de AS en la infancia de la madre es el predictor más fuerte de AS en la siguiente generación. Cuando la madre ha sido víctima de AS, el riesgo de que la hija también sea abusada se cuadruplica. Si la madre, además, tiene una historia de consumo de drogas, ese riesgo es 24 veces mayor.

Además de los factores mencionados en el párrafo anterior —parentalidad poco empática, inversión de roles, pobres habilidades de comunicación, desprotección y tendencia a establecer relaciones de pareja disfuncionales y con patrones violentos de comportamiento—, una historia no resuelta de trauma en la infancia puede interferir en la correcta apreciación de los datos de la realidad que la madre haga respecto de lo que le sucede a su hija.

Así como en algunas madres la propia historia de AS ha servido como punto de partida para comprender las conductas que observa en la relación de su esposo y su hija, en otras la amnesia disociativa del propio abuso funciona como un obstáculo claro para interpretar como peligrosas las señales de la relación que pueda estar observando, o incluso para creer en el relato de su hija.

En su estudio sobre madres de niños y niñas víctimas de abuso sexual, Carol-Ann Hooper (1994) propone reflexionar acerca de las diferencias de género entre hombres y mujeres, y de cómo inciden en la actitud que las mujeres adoptan cuando el AS ocurre dentro de la familia. La autora señala:

> En los conflictos con hombres […] habitualmente tienen más para perder. Es en el contexto de su falta de poder en la sociedad y de la dependencia con respecto a los hombres donde manifiestan apocamiento, una falta de disposición para vérselas con la elección y una tendencia a evitar la confrontación. Es también este contexto el que hace particularmente intensos los conflictos que enfrentan las mujeres cuando un niño es abusado sexualmente por otro miembro de la familia. En el presente estudio, por lo común se describieron a sí mismas

> como desconfiadas y sus descripciones de la respuesta demostraron a menudo incertidumbre en cuanto a la validez de su juicio de la situación [de abuso], y con ello en cuanto a la acción apropiada, una incertidumbre que había sido manipulada y explotada con frecuencia por los abusadores. […] El miedo al conflicto deja a las mujeres no preparadas para una situación en la cual alguien tiene que ser lastimado y en la que su rol es proteger a la víctima. El miedo a causar daño no significa, desde luego, que eviten provocarlo. Al contrario, la renuencia a enfrentar el conflicto puede inhibirlas seriamente de satisfacer las necesidades de sus hijos cuando estos son abusados sexualmente por otro integrante de la familia. (Hooper, 1994: 156-157)

Al parecer, la descripción de Hooper se complementa con los datos de la historia de estas mujeres, es decir: además de la significación de las relaciones hombre-mujer en la sociedad y de las inequidades de género, ¿qué han aprendido ellas siendo niñas acerca del mundo de relaciones más cercanas? ¿Cómo han sido sus vidas con sus padres y madres? ¿Cuánta violencia, negligencia o incluso abuso sexual han sufrido ellas mismas siendo niñas, y cuánto de esa historia puede haber influido o modelado —y de qué forma— la actitud frente al abuso develado por sus hijos e hijas?

En la película *Precious* (2009), basada en la novela *Push* (1997), la madre de la protagonista se convierte rápidamente en un personaje fácil de detestar. Maltrata física y emocionalmente a su hija, abusa sexualmente de ella, y además sabía del abuso sexual al que su marido sometía a la hija de ambos, hasta el punto de dejarla embarazada no una, sino dos veces. La madre de Precious obliga permanentemente a su hija al silencio sobre esta parte del secreto (los embarazos); además, no quiere que Precious tenga un contacto con el mundo exterior que la deje a ella, su madre, sola. En una entrevista con la trabajadora social que lleva el caso de la adolescente, cuando la profesional le pide que cuente sobre los abusos sufridos por su hija, en un momento dado la madre rompe en llanto y pone en evidencia su conflicto emocional: "No quería que le hiciera nada a ella, lo quería solo para mí… ¿Ahora quién me va a amar a mí?". En su constelación afectiva, esta mujer sintió siempre que, para poder conservar al hombre que la amara a ella, tenía que aceptar que ese hombre abusara sexualmente de la hija de ambos.

A veces es posible encontrar madres cuya dependencia emocional del hombre que abusa de sus hijos es tan grande que, o bien obstaculiza su accionar para proteger a la niña, o bien colabora en una revictimización emocional posterior a haber accionado la intervención.

Además de la madre de la película mencionada, está la madre que, ante el develamiento del AS que le hace su hija, le responde a esta: "Creo que tendrías que dejar de decir esas cosas, ¿o preferís un papá que te pegue? Este al menos no te pega, ni a vos ni a mí tampoco".

Como ejemplo de la segunda situación está la madre que consulta en un servicio por los relatos de su hija y acepta hacer la denuncia contra su marido, pero cuando este está en la cárcel, lleva a su hija a visitarlo con el siguiente argumento: "Vos seguís yendo a tu escuela, durmiendo en tu cama, comiendo rica comida. Él, en cambio está ahí solo, en ese lugar feo y lleno de gente mala… Lo menos que podés hacer es ir a visitarlo con una sonrisa… y decirle que lo querés mucho, ¿sí?",

A veces, el argumento para la inacción se basa en la parálisis que la mujer enfrenta ante la posibilidad de perder el sustento económico que el marido abusador representa. Una mujer albergada en una casa refugio con sus dos hijos abusados por su pareja, que además la golpeaba a ella, plantea a los profesionales intervinientes: "Yo acepté venir aquí porque me dijeron que iba a poder ir a buscar mis cosas con la policía. En la pensión está mi heladera, mi microondas y mi lavarropas nuevo. Si no me llevan ahí a buscarlos, yo me voy de aquí. ¿Usted sabe cuánto me costó conseguir todo eso?".

Intebi (1998) hace referencia a Anna Salter para definir las posibles responsabilidades de las madres. Salter describe distintos marcos teóricos en los que se responsabiliza a las madres por el AS que sus hijas sufrieron a manos de sus padres, en los cuales se las clasifica como madres entregadoras, responsables indirectas, madres que fracasan en la puesta de límites o que no pueden admitir el abuso pero saben de él.

En ese trabajo Intebi refiere que la *responsabilidad indirecta* de las madres frente al abuso sexual podría deberse a factores tales como el rechazo de estas madres a los hombres, el negarse a mantener relaciones sexuales con ellos y la parentalización de las hijas. Por otro lado, la autora dice que estas madres parecen hacer uso de mecanismos de defensa como la negación, con lo que permiten el abuso.

No existe un único tipo de respuesta materna frente al abuso, en especial frente al abuso que sucede dentro de la propia familia. Por otro lado, cuando se parte de una actitud exclusiva de culpabilización, se corre el riesgo de sesgar la intervención.

En su experiencia, las autoras de este libro han encontrado un porcentaje relativamente bajo de madres que actuaban de forma similar a la descrita por Salter. También han encontrado madres que, una vez develado el abuso,

no tomaron las medidas de cuidado necesarias para con sus hijos, por alguna de las razones antes expuestas.

Pero resulta imprescindible recordar que, como parte de la dinámica misma del AS —tal como se ha venido describiendo en los capítulos precedentes—, estos hechos suceden bajo la *ley del secreto.* Es inherente al AS y a las intenciones del abusador que el abuso no sea descubierto. El abusador trabaja fuertemente en ello. Por ese motivo también es probable que muchas madres no estuvieran enteradas de que el abuso estaba ocurriendo.

Así como algunas madres no protegieron a sus hijos adecuadamente al conocer sobre el abuso, otras, al enterarse de lo sucedido, reaccionaron protegiéndolos y cuidándolos, incluso cuando el abusador era el principal sostén económico. Se pueden encontrar también madres que en un principio no creían en el relato de sus hijos y no los protegieron adecuadamente, pero más tarde, ya sea por la ayuda de un profesional, de un familiar, o porque los niños insistieron en sus relatos o manifestaron su sintomatología de manera más contundente, revirtieron su actitud inicial y pudieron poner en marcha estrategias de protección.

El punto fundamental a la hora de evaluar a la madre, además de obtener información sobre el niño y el develamiento del abuso (puntos que se analizarán en la segunda parte de este libro), radica en comprender hasta qué punto esta es, o puede llegar a ser con la ayuda profesional y en el menor tiempo posible, un verdadero punto de apoyo y cuidado para el niño. Cuando la actitud materna hacia el niño es de desprotección absoluta, de duda, de inacción cuando debe protegerlo (por ejemplo, haciendo la denuncia) seguida de responsabilización al niño por la ausencia del padre o por los problemas que dicha ausencia está generando, se considera que ese niño está en riesgo. Es menester entonces determinar hasta qué punto están dadas las condiciones para que permanezca viviendo con su madre y, si esas condiciones no están dadas, qué se necesitaría para que se dieran, para lo cual es preciso establecer tiempos de trabajo, así como acciones de monitoreo y seguimiento de la evolución.

Desde el punto de vista psicológico, los niños tendrán que lidiar no solo con el impacto traumático del abuso sexual, sino también con los sentimientos de dolor y ambivalencia que les provoca el hecho de no haber sido creídos/protegidos por su madre.

La actitud de la madre como adulto no ofensor es fundamental en cada etapa del proceso. Si esa actitud es de protección y contención, ayudará a que el niño se sienta seguro en el proceso de develar. Si, por el contrario, su

actitud hacia el niño es de descreimiento y hostilidad o de culpabilización, puede llevar al niño a una retractación. Esta conducta de la madre coloca al niño en una situación de revictimización, lo expone al riesgo de la repetición del abuso y, con ello, a un agravamiento del impacto traumático.

Diversos estudios muestran que la madre tiene un papel fundamental a la hora de que el niño o niña devele el abuso, y que su respuesta ante el develamiento influirá de manera tajante en el pronóstico de recuperación del niño.

Para finalizar, es fundamental hacer hincapié en una situación que se da en la valoración de las madres y que, desde la perspectiva de las autoras de este libro, está producida y potenciada por el mismo sistema de intervenciones.

Es posible observar en la práctica —de manera ampliamente difundida y pobremente fundamentada con estudios académicos— que, cuando los abusos sexuales se cometen en el ámbito de la familia nuclear y el padre es acusado por la madre de haber abusado del hijo o hija de ambos, cae sobre la madre un manto de sospecha. Comienzan a ponerse en tela de juicio sus acciones (tanto si hizo la denuncia sin consultar con un profesional como si la hizo luego de haber consultado), sus reacciones (tanto si llora desconsoladamente como si habla con tranquilidad), sus actitudes (si consulta a uno o a más profesionales, si toma nota de lo que su hijo o hija le cuenta, si lo filma o lo graba), de modo tal que se presume una motivación maliciosa en la denuncia, mucho antes de investigar su validez. Si la actitud general de la madre llama la atención por ruidosa, tal vez escandalosa, claramente desesperada, empieza a circular la idea de que la madre *está loca*.

Pero si la madre no actúa, es negligente.

La pregunta es, entonces, ¿qué madre es la que esperan (o incluso desean) encontrar los *agentes de intervención* y cuánto de sus propios prejuicios acerca de lo que una madre *debería ser* se ponen en juego en esta valoración anticipada?

Mitos y realidades sobre los ofensores sexuales

¿Qué se suele escuchar sobre los ofensores sexuales?

Que la conducta sexual es producto de una compulsión o adicción sexual.

Que los abusadores sexuales fueron a su vez víctimas de AS en la infancia.

Que los abusadores sexuales padecen severas disfunciones sexuales.

Que no hay un perfil que los identifique, aun cuando es frecuente referirse a ellos como *pedófilos*.

¿Qué se sabe a ciencia cierta?

Se sabe que los abusadores sexuales pueden elegir indistintamente niños y/o niñas, adolescentes varones y/o mujeres. Que pueden tener predilección exclusiva por niños de determinado sexo. Que pueden abusar de hijos propios (biológicos) y de hijos ajenos, o elegir uno solo de estos tipos (o solo biológicos, o solo ajenos). Que dentro del mismo grupo familiar pueden abusar de todos los niños, solo de algunos o de uno solo, aunque en el grupo haya cinco, por ejemplo.

Se sabe que pueden abusar de niños ajenos al círculo familiar y nunca de los del círculo familiar, o viceversa.

Se sabe que las mujeres, al igual que los hombres, también pueden abusar sexualmente de niños y niñas.

Hay poca información que permita predecir que una persona va a abusar sexualmente de un niño, y tampoco es posible predecir o anticipar ninguna de las características tan diversas detalladas en párrafos anteriores.

Muchas evaluaciones forenses son solicitadas para conocer si el acusado presenta un perfil compatible con la conducta por la que se lo acusa. Y la gran mayoría de esas evaluaciones concluyen diciendo que no, porque no hay tal perfil compatible.

El problema se da cuando los informes concluyen con un *no* pero no avisan que esta conclusión por sí sola es insuficiente para determinar si la persona acusada abusó de un niño. La realidad es que la determinación de la validez del abuso sexual recae en las evidencias que se recojan del niño, de su relato y de las evidencias médicas, si las hay.

Los intentos de describir y perfilar la conducta sexual de un abusador han sido múltiples, y posiblemente seguirán multiplicándose. En esta sección la propuesta es hacer un resumen somero de la información provista por diversas fuentes académicas.

Murphy y colaboradores (1994) refieren:

> Lo que sabemos es que los ofensores sexuales infantiles constituyen un grupo muy diverso, que muestra un rango de disfunción psicológica que va de ninguna a severa, y una variedad de patrones de excitación sexual que van de normal a desviado.

Los mismos autores plantean que, en el área de la evaluación y el tratamiento de los ofensores sexuales, se llegó a un consenso acerca de qué áreas debían ser evaluadas: 1) funcionamiento intelectual, 2) personalidad,

3) competencia social, 4) nivel de negación, 5) factores de riesgo, 6) grado de distorsiones cognitivas, 7) grado de comprensión del impacto en la víctima o empatía, 8) funcionamiento marital y familiar, y 9) presencia de patrones de desviación sexual.

En las fuentes consultadas por las autoras de este libro, los estudios más modernos sobre el tema incluyen en sus investigaciones el grado de distorsión cognitiva y la capacidad de empatía, así como los estilos de apego.

Jon Conte, citado por Intebi (1998), propone que en las entrevistas el técnico que interviene tenga en cuenta el análisis de:

- negación;
- presencia de patrones de excitación sexual con niños;
- presencia de fantasías sexuales con niños;
- distorsiones cognitivas utilizadas para justificar la propia conducta;
- deficiencias en el área social (manifestadas por posibles interacciones superficiales y escasas, por ejemplo, con compañeros de trabajo, pero con falta de intimidad o conocimiento profundo mutuo);
- capacidad para empatizar con las víctimas;
- algunos trastornos mentales asociados, como adicciones o depresión.

Es sabido que el abusador sexual está lejos de la imagen del hombre extraño, ajeno a la familia y con apariencia temible. De esos hay muy pocos. Los ofensores sexuales pueden ser personas de todas las clases sociales; el estatus socioeconómico y la educación no son obstáculos para el AS. La ingesta de alcohol y estupefacientes pueden funcionar como facilitadores de la desinhibición impulsiva, pero personas físicamente sanas, deportistas y sin vicio alguno también pueden abusar sexualmente.

La *máscara de normalidad* suele funcionar como un potente hipnótico de los agentes de intervención. Los abusadores se presentan como intachables e interpelan a los agentes de intervención desde la pregunta: "¿Usted cree realmente que alguien como yo podría hacer algo así?". Cuanto más *similares a nosotros* se los vea o perciba, más fácil será que se instale la duda en la mente del agente de intervención, a menos que siempre se tenga presente la idea de que esa presentación es parte del folklore del abusador sexual y que esa pregunta no es en sí misma indicativa de nada.

IR A CONTENIDO

Dice Intebi:

> El abusador sexual, como todo transgresor, tiene facilidad y experiencia para manipular las percepciones, emociones y juicios de los demás, logrando así distorsionar la realidad de la manera que le resulte más conveniente. Por lo tanto no es de extrañar que también manipule al investigador que lo interroga acerca de sus intereses sexuales y de sus antecedentes sexuales y sociales. (Intebi, 1998: 117)

Esto, por mucho que cueste admitirlo, es una señal de advertencia hacia cada uno de los agentes de intervención en este tema.

Sigue Intebi:

> Todos los especialistas que se han ocupado del tema coinciden en que los ofensores sexuales son manipuladores y tienen fuertes tendencias a utilizar la negación, la proyección, la racionalización, la minimización, la parcialización, como mecanismos de defensa que les permiten contar fragmentos de las situaciones abusivas que no resultan tan comprometedoras para su autoimagen, sin llegar a sentir que mienten. (Intebi, 1998: 117)

En términos generales los abusadores no reconocen sus acciones. En aquellos que no fueron condenados por la situación de abuso o cuya situación procesal está en curso de investigación, uno de los mayores desafíos es determinar hasta qué punto el no reconocimiento es parte de una estrategia para su defensa legal y hasta qué punto es parte de la propia patología.

Los que reconocen el abuso sexual suelen hacerlo porque han sido descubiertos o confrontados de alguna forma, y nunca reconocen todos los hechos; comienzan a minimizarlos ("Fue solo una vez", "Solo la toqué") y a justificarlos desde el vamos ("Estaba borracho", "Estaba dormido", "Ella se metió en mi cama", "Se puso esa pollerita"), y pueden llegar a utilizar razonamientos confusos, del estilo: "Si lo hice, no me di cuenta", "Vos decís que lo hice y puede ser, pero no lo hice, creeme vos a mí".

Algunos ofensores sexuales pueden presentar rasgos de psicopatía —de acuerdo al listado de psicopatía de Hare—, tales como falta de empatía, conducta impulsiva y pobre control conductual. Sin embargo, no necesariamente reúnen las características necesarias para ser diagnosticados como psicópatas (Van Dam, 2001).

Según Salter (1995), la conducta sexual abusiva debe ser pensada desde la perspectiva de un ciclo de conducta desviada. No es algo que *simplemente*

sucedió, es decir, no es una conducta impulsiva, aunque el descontrol impulsivo podría eventualmente tener participación en la perpetuación y repetición de la conducta. Más bien el modelo para comprender las adicciones, según la autora, permite entender al menos algunos de los aspectos de la conducta sexual abusiva: se busca una gratificación a corto plazo o inmediata; es una conducta que no se da una única vez, sino que tiende a repetirse; se lleva a cabo en un contexto de secreto y negación; se repite compulsivamente aunque las consecuencias puedan ser catastróficas, y está sujeta a frecuentes recaídas. La autora se encarga igualmente de aclarar que, aunque ambas compartan dichos aspectos, no sería correcto tratar la conducta sexual abusiva como una adicción.

En su descripción del ciclo de conducta desviada, Salter hace mención a los errores de pensamiento, entendidos como los procesos mentales necesarios para que el abusador sexual viva la vida que vive. Estos errores del pensamiento están presentes durante todo el ciclo de la conducta desviada. Los errores del pensamiento que la autora describe son:

- "No puedo", o sea, el argumento de no poder frenar su impulso. Muchas veces colocan en la víctima la responsabilidad de frenarlos o detenerlos en su conducta.
- El lugar de víctima. Se ubican ellos en el lugar de la víctima, por cuanto son los que tienen el problema (de la conducta o lo que sea que ellos expliquen que la provocó).
- Falta de perspectiva temporal, esto es, la imposibilidad de considerar las consecuencias futuras de su conducta. Salter considera que de todos modos esto no es estrictamente así, sino que más bien tienen una idea subyacente de impunidad, de que no van a ser descubiertos.
- Fallan a la hora de ponerse en el lugar del otro y de considerar que hirieron a otro. Esto se relaciona con la falta de empatía y la imposibilidad de ver a la víctima como tal.
- El derecho a hacer aquello que desean. El otro no es considerado alguien con derechos propios.
- Superoptimismo, es decir, la convicción de que no serán descubiertos.

Otros errores del pensamiento de los abusadores incluyen la culpabilización de la víctima, la tergiversación del sentido de lo que hacen aduciendo que es beneficioso para la víctima, y las comparaciones paliativas (por ejemplo, plantear: "No la violé, solo la toqué. Podría haber sido peor").

Según Finkelhor, citado por Echeburúa y colaboradores (2000), se necesita una serie de precondiciones para el abuso sexual:

1. Motivación para tener conductas sexuales con niños.
2. Superación de las barreras de inhibición internas para cometer el abuso; los desinhibidores externos, como el alcohol, o internos, como las distorsiones cognitivas, colaboran en esta superación.
3. Eliminación de las barreras externas, es decir, lograr el aislamiento real y concreto del niño respecto de sus principales fuentes de contacto y eventual apoyo, y toda otra estrategia que le permita conseguir tiempo a solas con el niño o niña.
4. Superación de la resistencia del niño, niña o adolescente, lo cual logra a través de todos los mecanismos de seducción y coerción descritos en capítulos anteriores.

En cuanto a si los abusadores sexuales han tenido o no antecedentes de AS en la propia infancia, Intebi (1998) refiere que los hallazgos en las investigaciones no son coincidentes, y tales antecedentes se ubican en un porcentaje que va del 22 % al 82 %. Otras formas de violencia, incluida la negligencia afectiva severa, podrían encontrarse en las historias de vida de los ofensores sexuales.

Es necesario tener en cuenta que, mientras el maltrato físico, emocional y el abuso sexual pueden tener registros claros en el recuerdo de las personas ("Me pegaba con un cinto", "Me decía que era una inservible, una puta", "Me tocaba debajo de la ropa"), el registro que las personas adultas tienen de la negligencia afectiva puede estar sesgado ("Siempre fueron padres que hicieron lo que tenían que hacer, mandarnos al colegio, el mejor colegio de la ciudad; nunca nos faltaba nada") o ser directamente nulo ("Tuve una infancia muy buena, pero no sé, no tengo ahora un recuerdo exacto, concreto; solo sé que fue muy buena"). Tampoco hay que descartar la posibilidad de que los ofensores sexuales presenten manifestaciones o trastornos disociativos con amnesia, y no den información adecuada de sus experiencias infantiles no porque se nieguen a hacerlo, sino porque no lo recuerdan. Estos motivos, entre otros, podrían dar cuenta de la variabilidad en los números sobre los antecedentes de abuso sexual y otras formas de malos tratos en la infancia de los ofensores sexuales.

Las mujeres que abusan sexualmente

Las mujeres también pueden abusar sexualmente de niños, niñas y adolescentes. Pueden ser madres, madrastras, hermanas, primas, tías, abuelas, niñeras, maestras.

Es difícil conocer el número de mujeres que abusan de niños en comparación con el de varones que lo hacen. Al habitual subregistro por situaciones de AS que no se reportan se suma el hecho de que existen barreras importantes para detectar el AS perpetrado por una mujer, en especial si ella es la madre del niño o niña. Estas barreras son de índole meramente ideológica; están atravesadas por concepciones sobre la maternidad y la femineidad.

Elliott (1993) considera que hablar del AS perpetrado por una mujer es un tabú. Refiere una serie de razones por las cuales esto es así:

- El abuso sexual por parte de una mujer es más amenazante: socava los sentimientos que suelen tener las personas acerca de cómo las mujeres deberían relacionarse con los niños
- El AS suele ser ubicado en el contexto del poder y la agresividad sexual masculinos. Se supone que las mujeres no son agresivas sexualmente, y la teoría del poder masculino solo coloca a las mujeres como abusadoras sexuales si un hombre las obligó a hacerlo. Sin embargo, las investigaciones demuestran que muchas mujeres que abusaron de niños no sufrieron coerción de nadie.
- Suele ser difícil para la gente entender cómo una mujer abusa de un niño si no tiene pene.
- Cuando las sobrevivientes adultas hablan de haber sido abusadas por la madre, suelen ser vistas como fantasiosas. Si una mujer cuenta que fue abusada por el padre y la madre, se suele tomar como cierto el abuso por el padre, mientras que se considera que el relato sobre el abuso de la madre es producto de la fantasía o la proyección.

Muchas de las situaciones de AS perpetradas por mujeres comienzan en el escenario de los cuidados básicos infantiles: la hora de ir a la cama, el momento de bañarse, la higiene poseliminación. Esto se corresponde con los números y situaciones reportados por Elliott, sobre una muestra de 127 personas adultas (hombres y mujeres) que fueron abusadas en su infancia por mujeres.

Las abusadoras fueron mayoritariamente las madres: 42 de 95 mujeres de la muestra y 22 de 32 hombres de la muestra. En ambos casos la mayoría

de los abusos comenzaron antes de los cinco años de edad, y en el baño. Las conductas sexualmente abusivas reportadas incluyeron toqueteos, sexo oral, penetración con objetos y masturbación mutua forzada.

Estos números son en cierto modo similares a los reportados por una línea telefónica para niños en riesgo del Reino Unido. En el transcurso de un año, entre 1990 y 1991, 8663 niños, niñas y adolescentes llamaron a esa línea para reportar situaciones de abuso sexual. El 9 % de esas situaciones involucraban a mujeres, y dentro de ese número (780 niños) el 34 % de los abusos habían sido perpetrados por madres.

Otros datos sobre la población de mujeres abusadoras sexuales aportados por Intebi (1998) grafican lo siguiente:

- Presentan altos porcentajes de abuso sexual en la infancia. Intebi cita dos estudios en los que entre el 50 y el 58 % de las mujeres había tenido tales antecedentes, y otros dos en los que prácticamente todas habían sido abusadas en la infancia.
- Suelen utilizar la violencia con menos frecuencia que los hombres, y cuando lo hacen son menos violentas.
- Suelen amenazar menos a las víctimas para que mantengan el secreto.

Algunas de las dificultades que pueden presentarse a la hora del diagnóstico en niños y niñas radica en que, si las conductas comienzan cuando los niños son muy pequeños y se dan en contextos de cuidado y aseo, se hace más difícil para los niños explicar las cualidades de la conducta, y más complejo para el adulto que interroga identificar las peculiaridades de esa conducta como sexualmente abusiva.

De los casos atendidos por las autoras de este libro en que las víctimas habían sido abusadas por una mujer, en un caso reportado por una adolescente de 17 años, en que la abusadora era la hermana, el abuso sucedía en la cama. La hermana mayor se metía en la cama de la hermana menor y la tocaba por debajo de la ropa. En otro caso de una mujer de 66, en que la abusadora era la madre, la víctima podía recordar las situaciones sufridas en el dormitorio de su madre porque estas involucraban un gran dolor en la zona vaginal y anal.

De todos los casos en que las autoras de este libro han intervenido que implicaron a mujeres abusadoras sexuales, solo una mujer fue llevada a prisión por este delito, y una segunda recibió prisión domiciliaria debido a su avanzada edad. En otros casos la situación nunca fue denunciada, o la denuncia fue desestimada, o la persona acusada fue sobreseída.

Para concluir, se puede afirmar que el principal obstáculo para detectar el abuso sexual perpetrado por mujeres es de índole ideológica. La dificultad para pensar a una mujer ejerciendo actos sexualmente abusivos contra niños y niñas a su cuidado, que se observa en los agentes de intervención y en la sociedad en general, obstaculiza una correcta conceptualización de la situación, una concienzuda evaluación y, por ende, una eficaz intervención.

No obstante, se debe recordar que los obstáculos y las intervenciones fallidas, mal programadas o ejecutadas, así como la no intervención, son la principal causa por la cual un niño abusado sexualmente puede seguir siendo víctima del mismo abuso, en la misma familia, por el mismo perpetrador, sin que nada cambie.

IR A CONTENIDO

Capítulo 8

Características de las familias en las que ocurre el abuso sexual

Realizar una caracterización ajustada de las familias en las que ocurre el AS es una tarea ambiciosa y a la vez muy difícil de completar.

La gran mayoría de los autores consultados describen características de las familias en las cuales han ocurrido abusos sexuales *intrafamiliares*. Estas caracterizaciones pueden ser excesivas, incompletas o incluso ajenas al funcionamiento de las familias en las que un miembro es abusado, por ejemplo, por un maestro en la escuela.

La intención de ofrecer una descripción de las familias en las que ocurren los AS intrafamiliares se dirige principalmente a detectar factores que contribuyen al riesgo de que un niño sea victimizado sexualmente. Lamentablemente, la intervención en AS es siempre secundaria al develamiento, por lo cual muchos de los rasgos del funcionamiento familiar suelen conocerse *a posteriori* del descubrimiento de los hechos. Aun así, esto posibilita que los agentes de la intervención pongan su atención en determinadas características de los grupos familiares con miras a:

- Evaluar si el grupo familiar se constituye en una fuente de apoyo para el niño, a fin de sostenerlo en todos los pasos que conlleva una intervención (desde lo judicial hasta lo terapéutico).
- Determinar el nivel y el tipo de riesgo en el que se podrían encontrar otros niños del mismo grupo familiar, además del niño o niña objeto de la intervención puntual.
- Identificar factores de protección a ser reforzados con las intervenciones terapéuticas planificadas.

Es decir, entonces, que entender las características de estas familias tiene no solo un efecto de comprensión retrospectiva acerca de las dinámicas que facilitaron, desconocieron o perpetuaron la ocurrencia del AS, sino, además, un efecto de prevención de futuros riesgos.

IR A CONTENIDO

En las situaciones de violencia hacia la infancia, las intervenciones externas son oportunidades para que algo cambie en los sistemas familiares y para que los niños crezcan en contextos menos violentos y traumáticos, más seguros y contenedores. No siempre esto es posible dentro de la misma familia, lamentablemente. La violencia crónica tiene un fuerte potencial de daño a corto, mediano y largo plazo. Pero para guiar las intervenciones de una manera informada es necesario conocer lo mejor que se pueda este fenómeno que venía sucediendo desde mucho antes de que se descubriera, incluso, tal vez, desde generaciones anteriores.

* * *

Las familias en las que ocurren los abusos sexuales intrafamiliares suelen presentar una disfunción en sus vínculos, que muchas veces es crónica, la cual puede tener diversos niveles de gravedad y diversas formas de manifestarse. Por ejemplo, no se encontrará el mismo nivel y tipo de disfuncionalidad en la familia A, con altos niveles de violencia en la pareja, en la que ha ocurrido el abuso sexual de dos hermanitos por el padre, que también golpeaba al mayor de los niños de quienes abusaba, que en la familia B, en la cual la madre de 25 años denuncia el AS de sus hijas mujeres por su propio padre (abuelo de las niñas), quien a su vez es el padre de las niñas (es decir, estas nacieron como producto de la situación incestuosa, cuando la madre tenía entre 12 y 16 años).

De manera paradójica, muchas veces, los casos en que la gravedad se manifiesta como lo ha hecho en la familia B de los ejemplos citados suelen ser los que generan mayor parálisis en la intervención, como si lo inimaginable de la situación funcionara como un obturador de acciones concretas y muchas veces drásticas. Lo horroroso de algunas situaciones supera muchas veces la peor historia que se pueda imaginar. Tal como lo describe Judith Herman: "La respuesta ordinaria a las atrocidades es hacerlas desaparecer de la conciencia" (Herman, 1997: 1).

Incluso cuando se desea hacer el mayor bien a los niños cuyos derechos han sido vulnerados, es posible encontrarse atrapados en esa *respuesta ordinaria*. Tal es el caso de una situación consultada a una de las autoras de este libro, en la que un niño de 10 años, hijo de la situación incestuosa a la que su madre fue forzada por su propio padre (es decir, también el abuelo del niño), pide si puede ir a saludar a este hombre a la cárcel para su cumpleaños. El hombre, al que el niño se refiere como *abuelo,* está preso por haber

asesinado a su hija cuando esta amenazó con denunciar lo que le había hecho durante toda su infancia. El niño no sabe que su abuelo es su padre ni que es quien mató a su madre. Los agentes de intervención se dividen entre los que consideran que para el niño este hombre es su abuelo y que con él tiene una relación afectiva que es necesario preservar, y los que plantean que el niño no puede volver a tener contacto con ese hombre, al menos mientras no se sepa cómo manejar con él el descubrimiento de todas las verdades atroces que su corto pasado esconde. La discusión permanece silenciada durante un largo rato cuando se les pregunta a los agentes de intervención: "¿Cómo denominarían la relación de parentesco que une a este hombre con este niño?". Nadie logra responder. La idea de que un abuelo también pueda ser el padre de su nieto es inconcebible, y no hay registro mental que permita ponerle nombre a una relación de parentesco tan atroz.

Los mayores grados de disfuncionalidad, así como la mayor gravedad y persistencia en las diversas formas de violencia de la familia, son factores que es preciso considerar a la hora de evaluar el pronóstico de recuperación de la familia y de los niños afectados por el AS.

* * *

Partiendo de una mirada ecológica de esta problemática, se pueden reconocer varios factores que contribuyen a la etiología del abuso sexual. Esta mirada implica una serie de explicaciones multicausales acerca de la etiología del abuso y del maltrato a los niños en general. Se la denomina *ecológica* porque abarca no solo las perspectivas individuales sino también los contenidos en el ambiente más amplio en que se produce el maltrato. Es decir que abarca también los contextos familiares, comunitarios y socioculturales. Los modelos ecológicos implican una causalidad múltiple.

Esta perspectiva también supone una interacción entre los distintos componentes. Dice Garbarino:

> De acuerdo con Finkelhor, para que haya abuso deben darse cuatro precondiciones. El posible ofensor debe: 1) estar motivado para abusar sexualmente del niño, 2) superar las inhibiciones internas que se oponen a la manifestación de dicha motivación, 3) superar las barreras externas que se oponen a cometer el abuso sexual, 4) superar la resistencia del niño al abuso. La presencia o ausencia de cada uno de estos factores está determinada por múltiples factores individuales, familiares y ambientales. (Garbarino, 1996: 16)

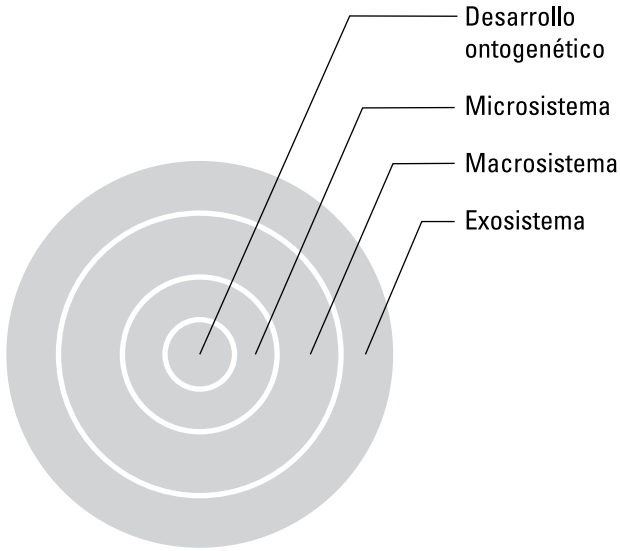
Garbarino, citando a Belsky, conceptualiza al abuso como un fenómeno sociopsicológico que resulta de la interacción de factores instalados en diferentes planos o sistemas, que se interconectan.

El primer plano o nivel es el del desarrollo ontogenético, que se refiere a las características que los adultos incorporan en el ambiente familiar en su condición de padres. Una historia de abuso en la niñez, o la exposición a violencia y la falta de información acerca del desarrollo infantil, son factores que colocan a los padres en mayor riesgo de ejercer violencia hacia sus hijos.

El segundo nivel es el del microsistema. Representa el ambiente de la familia o el contexto inmediato en el que se manifiesta el maltrato al niño. En este plano, los factores que aumentan la probabilidad del maltrato o abuso incluyen un alto grado de conflictividad familiar, la inversión de roles y un estado de desorganización en la familia.

El exosistema, que es el tercer nivel, engloba las estructuras sociales formales e informales que pueden afectar el riesgo de maltrato, como la escuela, el lugar de trabajo, el vecindario.

El cuarto nivel está dado por el macrosistema, que representa "los valores y las creencias culturales que gravitan sobre el desarrollo ontogenético de los individuos, de la familia, el microsistema y el exosistema" (Garbarino 1996: 18, 19).



Barudy también adhiere a esta conceptualización ecológica del abuso sexual y explica que en las familias sanas "existe un freno etológico a las relaciones sexuales entre adultos y niños, así como entre hermanos, aun antes

de que la ley de la prohibición sea verbalizada" (Barudy, 1998: 176). También explica el rol que juega el apego seguro en la protección contra el abuso sexual, evitando que se produzca la inversión de roles. Dice Barudy:

> Todo aquello que impida o altere los procesos del apego familiar y la familiaridad puede favorecer un abuso sexual incestuoso. Esta alteración puede tener sus raíces en cualquier nivel de la fenomenología familiar, desde el nivel orgánico hasta el cultural. (Barudy, 1998: 179)

Muchas de las familias en las que ocurren los abusos sexuales intrafamiliares tienen ciertas características definitorias. Los roles familiares y sus límites no son claros, y esto se expresa también en los límites entre los afectos y la sexualidad. Los ofensores sexuales confunden a la víctima ofreciéndole sexualidad como una manifestación de cariño. Si la niña o niño acepta una manifestación cariñosa del ofensor, este interpretará que está aceptando la iniciativa *sexual*. Los niños entonces incurren en esta misma distorsión cognitiva para manejarse en sus vínculos intrafamiliares o extrafamiliares. Como consecuencia de esta ausencia de fronteras en los roles familiares, aparece una falta de límite entre las jerarquías familiares y una confusa idea de los sentimientos y las acciones consecuentes. Así es como el afecto es interpretado por el ofensor como una señal de que puede continuar en la escalada de intrusividad con la niña o niño.

Furniss (1984), citado por Sanz y Molina (1999), ofrece la siguiente clasificación de las familias incestuosas:

1. Aquellas que ante el conflicto sienten el peligro de que se rompa el equilibrio familiar, y en las que se produce un corrimiento de roles por el que la hija pasa a ocupar el lugar de la madre. Esta madre está caracterizada por ser fría y distante. Son familias que se unen para mantener el secreto.
2. Aquellas que son claramente desorganizadas y en las que existe violencia entre los miembros. El abuso sexual no es secreto para el adentro, solo para el afuera. Pueden aparecer problemas con las drogas o el alcohol, o robos.

Barudy, por su parte, también citado por Sanz y Molina (1999), clasifica a las familias incestuosas según tengan:

1. *Organización enmarañada y altruista.* Aquí el padre aparece como muy preocupado por la crianza y el cuidado de los niños, afectuoso y cercano. La madre cede su lugar, tomando distancia. El padre es quien se encarga del cuidado físico y amoroso de sus hijas. Dan una imagen de familia perfecta. El padre puede reconocer el abuso si se devela, y la familia, perdonarlo. El ofensor puede expresar que no sabe por qué lo hizo y se muestra dispuesto a reparar.
2. *Organización caótica, promiscua e indiferenciada.* En la familia identificada por estas cualidades pueden coexistir varios abusos a varios miembros. Son familias aisladas socialmente, que si hubiera un develamiento solo se preocuparían por la cuestión judicial, ya que no hay secreto interno.
3. *Organización rígida, absolutista y autoritaria.* En estas familias el develamiento da lugar a una negativa del ofensor, quien acusa al niño. La madre se alía con el ofensor, ya que la capacidad de reflexión de los adultos está totalmente alterada.

* * *

La siguiente viñeta clínica, proveniente de una situación atendida por una de las autoras de este libro, muestra algunas de las características familiares mencionadas hasta ahora. Una adolescente abusada por su padre desde pequeña devela el abuso a los 18 años. El padre manifiesta que ha sido culpa de la interacción entre la niña y su madre, ya que la mujer no tenía relaciones con él y la niña había tomado ese lugar. Niega su responsabilidad y se la adjudica a esta interacción. Dice además que la niña lo buscaba a él cada vez que su madre la rezongaba. Esto era signo —según el padre— de que no le molestaba el intercambio sexual. La madre manifestó que todo esto era cierto y que ella no quería perder a su esposo, así que lo permitió.

* * *

El tema de la transmisión intergeneracional de la violencia y los malos tratos en general ha sido y sigue siendo materia de discusiones e investigaciones. Se entiende claramente que pensar una historia de maltrato y/o abuso sexual en la infancia parental como un factor de riesgo para la transmisión intergeneracional es un punto de partida que puede servir en principio para detectar familias en riesgo, si se quisiera —por ejemplo— llevar

a cabo una política preventiva. Al mismo tiempo, cuando, existiendo esa historia en padres y madres, los patrones de maltrato y/o abuso sexual no se transmiten, identificar los factores de protección también podría ayudar a mejorar tales políticas preventivas.

Pero, tal como se señalaba en párrafos anteriores, la intervención en AS (y en todos los tipos de malos tratos en general) se da cuando el maltrato ya ha visto la luz. ¿Cuál podría ser entonces la necesidad o utilidad de conocer si hay antecedentes de alguna forma de maltrato (y de qué tipo) en la historia de padres y madres? Prevenir la recurrencia del maltrato sobre el cual se interviene.

En un interesante artículo de 1992, Pamela Alexander planteó la necesidad de determinar qué factores de la dinámica familiar podían ser considerados de riesgo para el comienzo de un AS intrafamiliar, así como mediadores del impacto a largo plazo. La autora hizo hincapié en el rol de los estilos de apego inseguro, y en especial en manifestaciones propias de estos estilos de apego tales como rechazo hacia el niño, inversión de roles o parentificación, y trauma no resuelto en las figuras parentales, todas estas, características generalmente presentes en la dinámica de familias incestuosas.

En un estudio sobre factores de riesgo para el AS, McCloskey y Bailey (2000) hallaron que, de la muestra evaluada —madres e hijas en una muestra de víctimas de violencia doméstica—, las niñas cuyas madres habían sido a su vez víctimas de AS en su infancia tenían hasta 3,6 veces más posibilidades de ser ellas mismas victimizadas sexualmente, a la vez que una combinación entre historia de AS en la madre más uso de drogas (en la madre también), las colocaba 23,7 veces más en riesgo de ser abusadas sexualmente.

Diversos estudios han hecho hincapié en la posible relación entre transmisión intergeneracional de factores de riesgo para el AS, conectando las historias de AS en la infancia de las madres, con una mayor probabilidad de que las/los hijas/os pudieran ser abusados sexualmente (Leifer et al., 2004; Noll et al., 2009).

En el estudio de Leifer y colaboradores, las madres que pudieron elaborar la traumatización sufrida por el propio AS y/o que develaron el AS siendo niñas y obtuvieron buenas respuestas, mostraron un funcionamiento parental similar al de las madres que no habían sido víctimas de abuso sexual infantil (Leifer et al., 2004).

Estos hallazgos en diversos estudios ponen en evidencia la necesidad de la detección e intervención tempranas con niños y niñas abusados sexualmente, a efectos de prevenir la transmisión intergeneracional de tales facto-

res de riesgo, a la vez que destacan la necesidad de ofrecer efectivos servicios terapéuticos a las madres de los niños atendidos, que les permitan resolver sus propias historias traumáticas con el objetivo de mejorar sus habilidades parentales actuales y futuras.

IR A CONTENIDO

Parte II
El proceso de detección, diagnóstico e intervención

IR A CONTENIDO

Introducción

Para explicar gráficamente lo que se ha desarrollado en la parte I sobre el abuso sexual infantil y cómo se relaciona con lo que se desarrollará en esta parte, se podría recurrir a la imagen de un iceberg.

Todo lo que se ha desarrollado es la masa de hielo oculta bajo la superficie del agua, aquello que no se ve, pero que se sabe es de dimensiones amplias y desconocidas. Esa *enorme masa oculta* es lo que se ha descrito hasta ahora en términos de qué es AS, qué conductas lo constituyen, cómo se desarrolla la conducta sexualmente abusiva, qué hace que un niño sea abusado, que un adulto abuse y que en una familia se den este tipo de situaciones.

Lo que sobresale de la superficie del agua, la *punta del iceberg*, ese pedazo de hielo pequeño en comparación con la masa que queda por debajo, asoma y advierte al navegante del peligro existente. En el AS, la punta del iceberg avisa de lo que estuvo ocurriendo con el niño o niña puertas adentro y fuerza a corregir la dirección de la travesía. El correcto diseño de este camino es la intervención. Cuando la intervención es exitosa, la protección del niño puede estar garantizada. Cuando falla, el niño queda desprotegido y vulnerable, incluso más que antes. Una intervención fallida garantiza que la siguiente requerirá de mayores esfuerzos y tendrá mayores probabilidades de fallar. Cada intervención fallida aleja más y más al niño de la protección.

Por eso, la detección y el diagnóstico son los dos primeros pasos, necesarios y vitales, para poner en marcha el proceso de intervención. Lo que se haga en estos dos primeros pasos marcará el ritmo —y el éxito o el fracaso— de la intervención. Pero, por todo lo que se ha explicado hasta ahora, es posible afirmar que la eficacia de la intervención no dependerá solamente de la actuación adecuada desde el inicio, sino también de los pasos subsiguientes.

Una niña de seis años, con hallazgos físicos compatibles con AS y un diagnóstico psicológico confirmado tanto por los forenses como por su psicóloga particular, luego de menos de un año de no estar en contacto con su padre, acusado del abuso, reinicia el contacto con él a través de visitas supervisadas por una trabajadora social. La medida, ordenada por una jueza de familia, es justificada desde el juzgado por el paso del tiempo y la necesidad de la niña de crecer en contacto con su padre. El abogado patrocinante

de la madre le recuerda a la magistrada que hay un proceso penal en curso por el abuso denunciado, por el cual el padre podría ir a la cárcel. La jueza le contesta al abogado, que ella está al tanto de lo que sucede en la instancia penal, y que por eso mismo ordena las visitas: para que la niña tenga la oportunidad de ver a su papá. "¿Usted sabe la culpa con la que va a cargar esa criatura si el padre va a la cárcel por lo que ella dijo? Dejémosla que tenga la posibilidad de pasar tiempo con su papá sin esta mancha del supuesto abuso", le dice la jueza al abogado de la madre. La idea de la jueza de que la niña puede contactarse con su papá sin la "mancha del supuesto abuso" hace pensar que, para esta funcionaria, el abuso es algo que pasó y no dejó huella. Y aún peor: que no existe riesgo de que se vaya a repetir.

Un proceso de intervención eficaz requiere múltiples actores y pasos. Cada uno debe poder llevar adelante el rol asignado, sin perder de vista la seguridad y la protección infantil.

En esta segunda parte se explorarán todos los componentes de la intervención, haciendo especial hincapié en cómo se debe llevar a cabo un diagnóstico de AS y en cómo informar sobre los hallazgos y las conclusiones relacionadas con estos.

El proceso de intervención se lleva a cabo siguiendo una serie de pasos. El primero es sin lugar a dudas detectar que el AS está ocurriendo.

Esta etapa va seguida inmediatamente de la etapa de notificación (o denuncia), que implica dar a conocer que un niño está en riesgo a las autoridades pertinentes, que son quienes tienen la posibilidad de brindar una protección legal al niño. La notificación o denuncia incluye por lo tanto poder informar acerca de la gravedad del caso y del riesgo en el que se encuentra el niño. Idealmente, este *continuum* entre detección y notificación debería ir acompañado de la conformación de una red de agentes que trabajen en la ayuda de la familia de una manera coordinada y complementaria. La denuncia debe realizarse conforme las leyes y los procedimientos propios de la comunidad en la que el niño vive.

Otro paso del proceso de intervención es la investigación o diagnóstico diferencial del abuso sexual, sobre el cual se profundizará a lo largo de todo el capítulo 10. Esta parte es el corazón del proceso. De la correcta realización de las entrevistas, el profesional entrevistador obtendrá la información necesaria, la cual, debidamente fundamentada, dará a las autoridades intervinientes los elementos para determinar las acciones de protección a seguir con el niño, así como las acciones tendientes a determinar la responsabilidad del acusado y las consecuentes penas por dicha responsabilidad.

Conocer los conceptos básicos sobre AS es lo que permitirá optimizar la realización de la evaluación diagnóstica. Además, la evaluación del AS y su fundamentación no pueden quedar separadas del impacto traumático que las conductas sexualmente abusivas acarrean en los niños.

En esta segunda parte también se presentarán algunas cuestiones relacionadas con los falsos alegatos y el pretendido *síndrome de alienación parental*, argumentos ambos que suelen repetirse con mucha frecuencia para descartar una sospecha de AS o un relato como *veraz* y *factible*. Es importante aportar información que dé a los agentes de intervención un correcto encuadre acerca de la supuesta validez de ese tipo de argumentos.

Finalmente, y honrando lo que se ha planteado a lo largo de toda la primera parte, las autoras de este libro creen firmemente que la persona de cada agente de intervención, sin importar el lugar de trabajo en el que se desempeñe ni el rol que ocupe, es una variable más de la intervención. Quienes intervienen en esta temática no están exentos de su impacto, y deben ser tan cuidadosos consigo mismos como con las personas por cuyos intereses están velando.

IR A CONTENIDO

Capítulo 9

Primer paso: el proceso de detección y diagnóstico preliminar

Al igual que en todas las otras formas de maltrato infantil, el proceso de detección del abuso sexual constituye una pieza fundamental para la intervención, ya que estas problemáticas rara vez son denunciadas por los propios actores, y mucho menos una situación de abuso sexual, con la posibilidad agregada de una consecuencia penal para el ofensor.

> La condición para que un niño en situación de desprotección pueda ser protegido es que alguien se percate de que se está produciendo esa situación de desprotección. (Ochotorena, 1999: 125)

En palabras de Ochotorena, esta es una detección *activa:* para que sea posible se requiere, por ejemplo, conocer cabalmente los factores de riesgo para el abuso sexual, tener una buena técnica de entrevista, tener formación en el tema de maltrato infantil y en las dinámicas y características propias de la dinámica abusiva, y tener experiencia en la toma de decisiones en función de la protección del niño. La detección abre la puerta al proceso diagnóstico, un proceso delicado y crucial para la intervención, que requerirá un fino equilibrio entre tomarse el tiempo para entrevistar al niño y la familia las veces necesarias, y no dilatar la investigación con la consecuencia posible de dejar al niño sin la protección adecuada.

Una correcta detección y las acciones subsiguientes son parte fundamental de una intervención eficaz: una intervención hecha a tiempo optimiza el resultado. Es sabido que la cronicidad del abuso está asociada con mayor psicopatología, por lo que influirá negativamente en la reparación de las heridas que el abuso haya dejado en el niño y en su familia. Por otro lado, es imprescindible recordar que el abuso sexual consiste en conductas que suelen progresar con el tiempo en cuanto a intrusividad. Cronicidad más intrusividad se asociarán para aumentar exponencialmente el impacto negativo del AS. La detección precoz ayuda a interrumpir ambos circuitos.

IR A CONTENIDO

* * *

¿Cómo comienza el proceso de detección del AS?

La detección puede comenzar incluso antes de que se inicie la intervención: una madre, una abuela o una niñera pueden ser las primeras personas que *detecten* lo que está sucediendo. Aquí es donde entran a jugar conceptos como *sospecha* y *develamiento,* a los que se hará referencia más adelante.

La detección también puede comenzar en un hospital, en una escuela, en el consultorio de un pediatra, de un psicólogo, de una psicopedagoga, es decir, de la mano de personas que, incluso aunque no trabajen de manera específica y directa en la temática, tengan indicios más o menos claros de que el AS podría estar ocurriendo. La detección involucra tres tipos de signos:

1. signos físicos que llamen la atención,
2. signos conductuales que llamen la atención (usualmente este lugar lo encabezan las conductas sexualizadas),
3. un relato concreto del niño o niña.

Cuando alguno de estos elementos es detectado en el contexto de una intervención externa a la familia —una visita médica o psicológica, o el ámbito educativo, por ejemplo—, los profesionales e instituciones intervinientes deben manejarse siguiendo los protocolos de acción que se hayan diseñado en cada caso (ya sean códigos y leyes que reglamenten la profesión, o normas de las instituciones en las que los profesionales trabajen) para tales situaciones u otras de índole similar. No todos los profesionales o instituciones intervinientes en la detección deberán hacer el diagnóstico diferencial de AS, pero la recolección de esa primera información que ellos obtienen será crucial para armar el rompecabezas de los pasos siguientes.

Sospecha de abuso sexual

Se habla de *sospecha* de abuso sexual cuando se presentan indicios poco claros e inespecíficos de una posible situación de AS, que por sí solos no son suficientes para descartar la posibilidad de que el AS haya ocurrido.

La sospecha de AS es siempre externa al niño o niña involucrados. Tal como se verá más adelante, el develamiento, por el contrario, tiene al niño como protagonista, pero la sospecha parte siempre de algo que un adulto ve, cree, considera, piensa, supone. Ese adulto puede ser un miembro de la familia o alguien externo.

La sospecha puede ser el preludio de un develamiento o puede ser, antes que eso, el motivo que lleve a una persona a hacer una consulta muy específica: ¿es posible que mi hijo/mi nieto haya sido abusado?

Los motivos para sospechar la posibilidad de un AS son variados. Se considera que algunas razones tienen mayor fuerza que otras para generar una sospecha. Cuanto más infundada parezca la sospecha, mayor será el trabajo del profesional interviniente para determinar su solidez y la posibilidad de que el AS haya ocurrido.

En la experiencia de las autoras de este libro, las sospechas de AS suelen presentarse de dos maneras:

a. Un adulto muestra preocupación por ciertos dichos del niño o niña, como en el siguiente ejemplo. La abuela de dos hermanitos de tres y cinco años sospecha que su yerno podría estar tocándolos. Dice que les enseña a decir *bolas* y que el hermano más grande le pide todo el tiempo al menor que le muestre el pito y se enoja si no lo hace.
b. La preocupación se genera por determinadas conductas o situaciones que el adulto ve, como en el ejemplo siguiente: La madre de un niño de nueve años plantea una sospecha de abuso sexual por una conducta que había descubierto en su hijo, que consistía en meterse el dedo en el ano mientras se bañaba.

En ambos casos las preocupaciones se basan en datos difusos (el caso de la abuela) o bien en una única conducta, sin que haya mayores datos (el caso de la madre). Es necesario entonces llevar adelante un proceso previo a entrevistar al niño, que consiste en lo que se denomina *evaluación de la sospecha*. Para ello, se le pide al adulto que haga un trabajo de rastreo en el tiempo buscando elementos que puedan ser significativos a la luz de esta sospecha. Se hace un pormenorizado estudio de la historia del niño y de sus circunstancias de vida actuales, así como de posibles síntomas, reacciones, conductas, estados emocionales, u otros comentarios o relatos que pudieran apoyar esta sospecha, estar en línea con ella. Se indagan con mucho detalle costumbres de higiene, personas que cuidan al niño, momentos claves —como la hora de irse a dormir o bañarse— y si hay otras historias de abusos sexuales en la familia, ya sean actuales o históricas.

Es importante hacer una cronología de los datos obtenidos en la entrevista respecto de la sospecha, así como de los síntomas que fueron apareciendo, e indagar también la posibilidad de que estos últimos pudieran estar relacio-

nados con otros eventos traumáticos. Evaluando la sospecha se puede evitar sobreexponer a los niños a entrevistas innecesarias.

Pero además es importante tener en cuenta otras consideraciones, inherentes a la persona que trae la sospecha, y obtener información que permita responder las siguientes preguntas:

- La persona que sospecha ¿tiene algún motivo para no estar diciendo la verdad? Se indaga entonces el tipo de relación que la persona que trae la sospecha podría tener con la persona objeto de esta y su eventual nivel de conflictividad. También puede ser importante saber si esta persona hizo otras consultas previas por el mismo motivo y cuál fue el resultado.
- ¿Cómo reacciona esta persona si se le anticipa que una posibilidad es que no haya habido AS? ¿Con alivio? ¿O, por el contrario, se enoja con el entrevistador y reafirma su convicción de que hubo AS?
- La información que aporta, ¿en qué medida se corresponde con una dinámica conductual, relacional y comunicacional del AS? En parte, la respuesta a esta pregunta ayuda al profesional a diseñar las preguntas que necesitará hacer para sustentar o refutar esa sospecha.
- ¿Es posible que haya elementos propios de la persona que trae la sospecha que pudieran estar nublando su percepción actual? Es importante indagar en la historia de vida de la persona que sospecha, básicamente sobre la posibilidad de que haya habido abusos sexuales en su infancia, de qué tipo fueron, quién los perpetró y cuál fue la respuesta o falta de respuesta del entorno.
- ¿Es posible para el técnico que lleva a cabo las entrevistas presentar explicaciones alternativas debidamente fundamentadas a la sospecha que la persona trae? Esto implica poder explicarle a la persona que trae la sospecha por qué esta no corresponde a un posible AS, si este fuera el caso, o qué otros pasos sería necesario llevar a cabo para investigar con mayor profundidad.

Es fundamental destacar que el hecho de que una sospecha parezca débil y sin demasiado sustento no implica desde ningún punto de vista que se deba descartar la posibilidad de que efectivamente haya ocurrido un AS. En todo caso, cuando las sospechas son débiles, el entrevistador deberá esforzarse más por obtener información de calidad que le permita tomar las decisiones que más y mejor beneficien al niño y a su familia.

IR A CONTENIDO

En el ejemplo del punto *a,* el de la abuela que creía que sus nietos eran abusados por el padre, su yerno, se pudo saber que esta abuela no quería a su yerno porque este era de nacionalidad paraguaya y a ella le parecía que "los paraguayos no son de fiar". Había tenido ya varias peleas con su hija porque se habían mudado lejos de ella y podía ver a los niños con muy poca frecuencia. Esto hizo que se le preguntara cómo sabía ella entonces que el hermano más grande le pedía *todo el tiempo* al menor que le mostrara sus genitales, a lo que contestó que, en ocasión de estar *una* vez visitando a su hija, escuchó a su nieto mayor en *dos* oportunidades seguidas haciendo este pedido, y que eso le había parecido raro por la insistencia. Cuando se le planteó a la abuela la necesidad de conversar con su hija para poder ver a los niños, la abuela dijo que ella no quería que se viera a los nietos sino que se le dijera a la hija que debía separarse del marido porque este abusaba de los niños.

En el caso del punto *b,* se hizo con la madre un rastreo detallado de la conducta, de su aparición, del contexto, además de otras preguntas, y se averiguó que el niño había sido expuesto a material sexualmente inapropiado desde su computadora. La madre no había evaluado esta posibilidad como causa de la conducta del hijo. Por otra parte, no surgieron elementos para considerar otra posibilidad (no había otros adultos al cuidado del niño, no había relato alguno del niño). Lo que sí se pudo saber es que un compañero de la escuela le había hablado de algunas cosas que había visto en la computadora, y el hijo de esta mujer se dejó llevar por esa curiosidad. Esto, unido a cierto descuido en la madre a la hora de controlar el acceso del niño a la computadora y al material al que podía estar expuesto, favorecieron que el niño tuviera acceso irrestricto a un material inadecuado para su edad.

Si el profesional que lleva adelante las entrevistas tiene información suficiente para estimar que la posibilidad de que haya habido AS es alta, es importante que evalúe el riesgo actual del niño y la conveniencia de que se interrumpa el contacto con la persona objeto de la sospecha, fundamentando debidamente la necesidad de esta limitación o prohibición del contacto, tras lo cual se procederá a realizar el diagnóstico diferencial correspondiente.

Cuando la sospecha se basa en manifestaciones físicas tales como un embarazo o una ETS y no hay relato alguno de la niña o niño, o este niega directamente cualquier posibilidad de AS, es necesario realizar las entrevistas que se consideren necesarias con el adulto que consulta, en simultáneo con una evaluación médica, ya que existen altas probabilidades de que de esta última surjan elementos más contundentes para determinar la posibilidad de un abuso sexual.

El develamiento del AS. Tipos de develamiento

Se llama *develamiento* del AS al momento en que su ocurrencia sale a la luz. El develamiento es la acción de verbalizar un relato más o menos claro que dé la idea de que al menos una acción de índole sexual ha ocurrido (Olafson y Lederman, 2006), sin que sea necesario que en este primer reporte el niño cuente *todo* lo que pasó.

El develamiento del AS ha sido y sigue siendo objeto de estudio, ya que es la puerta de entrada a la intervención. Ciertos estudios han permanecido como punto de referencia a lo largo de los años, y en esta sección se mostrarán algunos de sus puntos más relevantes.

Con ese propósito se comenzará por describir las características del develamiento, para luego presentar algunas dificultades relacionadas con él.

Una de las descripciones del develamiento del AS más ajustadas y más citadas en toda la bibliografía proviene del estudio de Sorensen y Snow (1991), sobre una muestra de 630 casos en los que dichas autoras habían estado involucradas, ya fuera como terapeutas o como evaluadoras. En este estudio ellas formularon una descripción de los dos tipos de develamiento que suelen darse.

Por un lado está el develamiento *accidental,* es decir, aquel que se da sin que medie la intención o el deseo concreto del niño o niña de contar lo que le está sucediendo. En la muestra evaluada, el 74 % de los niños y niñas hicieron un develamiento accidental. Este tipo de develamiento es más común cuanto más pequeña es la víctima. Las principales razones para el develamiento accidental fueron:

1. La exposición reciente al perpetrador.
2. La presencia de conductas sexualizadas y verbalizaciones inadecuadas que llamaron la atención del adulto (por ejemplo, que un niño le diga a su mamá o a algún otro adulto "chupame el pitito", lo que suele llevar al adulto a preguntar de dónde saca esa idea, y entonces el niño, con total inocencia, le responde: "me lo dice el abuelo cuando dormimos la siesta").
3. En menor proporción aparece la confesión a un amigo o amiga que no guarda el secreto y se lo cuenta, por ejemplo, a la maestra o a su propia mamá.

IR A CONTENIDO

En el grupo de los que develaron de manera accidental, solo un 2 % presentó signos físicos compatibles con AS, y en esos casos fueron dichos hallazgos los que constituyeron el factor para el develamiento.

Por otro lado el develamiento puede ser *intencional,* es decir, con la intención —valga la redundancia— y el deseo de dar a conocer lo que está sucediendo. Este tipo de develamiento suele ser más propio de púberes y adolescentes. Las principales razones para un develamiento intencional son:

1. Recibir algún tipo de información en la escuela (por ejemplo, sobre sexualidad).
2. Enojo con el perpetrador.
3. Presencia de una oportunidad para el develamiento (por ejemplo, escuchar una noticia sobre situaciones de AS, notar una actitud de empatía del adulto no ofesor y entonces contar la propia experiencia).
4. Influencia de otros pares que cuentan o comparten la misma situación.
5. Proximidad con el perpetrador.
6. En menor medida, preocupación por otros (generalmente relacionada con el temor de que el AS se repita con un hermano más pequeño).

Sorensen y Snow describen el develamiento como un *proceso* más que como un acto único. En este proceso la mayoría de los niños comienzan negando haber sido abusados sexualmente, luego realizan develamientos tentativos, para seguir con develamientos más completos o —en palabras de las autoras— un develamiento activo; en presencia de determinados factores puede darse una retractación de los dichos iniciales, y posteriormente una reafirmación de estos.

Fases del proceso de develamiento del ASI



Fuente: Sorenson y Snow, 1991.

Los pasos de este proceso deben entenderse de manera ilustrativa, ya que no en todos los casos se encontrará una retractación. Mucho más probable es encontrar los tres primeros pasos, y muy especialmente el segundo y el tercero (develamiento tentativo y activo).

En el estudio de las autoras mencionadas, la negación se dio cuando: a) los niños eran interrogados por un adulto o figura de autoridad preocupados (que incluso podía ser un progenitor) y b) eran identificados como víctimas potenciales e interrogados en un contexto formal de entrevista investigativa.

El develamiento tentativo implica cierto reconocimiento parcial, pero muchas veces dubitativo, acerca de lo ocurrido, que puede girar alrededor de determinadas características. La tabla 3 reproduce tales características con ejemplos:

Tabla 3. Características del develamiento tentativo

Características	Ejemplo
Olvido	Me olvidé
Distanciamiento	Le pasó a otro nene, no a mí
Minimización	Solo pasó una vez y nada más
Empoderamiento	Quiso tocarme, pero yo le pegué y me fui
Disociación	Me tocó, pero yo me fui a mi lugar seguro
Desestimar	Era un chiste

Fuente: Adaptado de Sorenson y Snow, 1991.

El develamiento activo implica un relato coherente y con detalles, dado en primera persona.

Sin embargo, aun con esta descripción tan clara de lo que es el develamiento, este proceso dista de ser algo simple para la gran mayoría de los niños y niñas víctimas de AS. Paine y Hansen (2002) plantean:

> La habilidad y la disposición del niño de reportar su propia victimización juegan un papel crítico en las intervenciones legal y terapéutica. Las investigaciones sobre abusos se han visto frecuentemente impedidas cuando el niño no logra develar el abuso, niega que el abuso haya ocurrido o se retracta de un develamiento previo. El fracaso para hacer un develamiento claro en el momento de la investigación formal suele resultar en la conclusión de que la sospecha de abuso es "infundada" o "no puede ser corroborada", lo que resulta entonces en la finalización de la investigación. El niño posteriormente permanece en riesgo de seguir siendo abusado, un riesgo que puede verse aumentado por las consecuencias negativas que el intento de develamiento le traerá, y eso disminuye, en consecuencia, la posibilidad de futuros intentos de develamiento. (Paine y Hansen, 2002: 272).

IR A CONTENIDO

Estos autores consideran que no alcanza con enseñarles a los niños qué es abuso y decirles que deben contar si algo de este estilo les sucede. Que además es necesario incrementar y mejorar las respuestas que los adultos dan a los niños ante un develamiento.

Todas las investigaciones concuerdan en señalar que *el develamiento del* AS *no suele darse de inmediato*. Sobre una muestra de 399 niños y niñas víctimas de AS de entre ocho y quince años, Elliott y Briere (1994) hallaron que el 75 % no habían develado el AS que sufrían dentro del primer año desde que el abuso había comenzado, y el 17,8 % había esperado más de cinco años para contárselo a alguien.

Estos y otros hallazgos similares son coherentes con los hallazgos de estudios realizados con adultos sobrevivientes de AS en su infancia. De la revisión de diversos estudios realizada por Paine y Hansen (2002) surge que, en uno de tales estudios, el 42 % de los varones adultos y el 33 % de las mujeres adultas con una historia de ASI nunca lo habían develado a nadie. En una muestra de adolescentes ofensores sexuales, el 67,7 % de los que habían reportado una historia de AS indicaron que nunca lo habían develado antes del estudio en el que estaban siendo reclutados.

Las investigaciones sugieren que tan solo una de cada cuatro víctimas de AS devela el abuso de manera inmediata, mientras que en la mayoría de los casos el retraso en el develamiento puede durar entre meses y años (Gomes-Schwartz et al., 1990).

Paine y Hansen (2002) examinaron el develamiento con relación al contexto del abuso y al contexto del develamiento, así como los factores que inhiben el proceso de develamiento, con el objetivo de echar luz sobre diversos obstáculos que los agentes de intervención debemos considerar para optimizar nuestro trabajo.

En cuanto al contexto del abuso sexual y su relación con el develamiento, analizaron:

a. *Las características del abuso y de la víctima.* Diversos estudios revelaron que los niños víctimas de AS en los extremos del espectro de severidad son los que menos develan el abuso sufrido. El 54 % de los niños que fueron expuestos a relaciones sexuales y el 50 % de los que sufrieron un intento de AS o fueron expuestos a formas encubiertas de abuso no lo develaron.

Un develamiento intencional es menos probable en niños con retraso madurativo de cualquier edad, y los niños con discapacidad encuentran en general mayores dificultades para el develamiento debido a su mayor aisla-

miento físico y social, a sus más limitadas habilidades comunicacionales y a su mayor dependencia y vulnerabilidad. Además, los relatos de los niños con limitaciones cognitivas tienden a ser vistos como menos creíbles.

b. *La relación entre víctima y perpetrador.* Todos los estudios relevados por los autores coinciden en señalar que, independientemente del sexo del niño abusado y del ofensor, cuanto más cercana es la relación entre víctima y victimario, más dudará el niño en develar el abuso sufrido. Las razones para ello son la cercanía afectiva y la dependencia general del niño respecto del ofensor.

c. *Las estrategias utilizadas por el ofensor para obtener la participación y mantener el secreto por parte de la víctima.* Existe consenso en que la presencia de amenazas disminuye la posibilidad de que el niño develе el AS. Los hallazgos en cuanto al tipo de coerción utilizada para mantener el secreto no son concluyentes. Un estudio evaluado por los autores muestra que, cuando el factor mediador fue el uso de estrategias agresivas por el abusador, el porcentaje de niños que develaron inmediatamente el AS no es muy diferente del porcentaje de niños que lo hicieron tardíamente. Sin embargo, otras investigaciones mostraron que cuando el ofensor utiliza amenazas de daño físico, ya sea hacia el niño como hacia otros miembros de su grupo familiar, el develamiento puede tardar hasta dos veces más en hacerse. A pesar de las diferencias encontradas en los diversos estudios analizados, todos coinciden en que la coerción condiciona negativamente el develamiento por parte del niño o niña víctima de abuso.

En cuanto al **contexto del develamiento**, además de las variables de tiempo mencionadas (es decir, cuánto demora un niño en contar el AS desde que comienza a sufrirlo), Paine y Hansen (2002) también sugieren:

a. *El ambiente del develamiento. ¿A quién le cuenta, cuándo y por qué?* Los estudios relevados por los autores reflejan que, en la mayoría de los casos, los niños le cuentan el AS por primera vez a un familiar o pariente cercano, mayoritariamente a la madre. El apoyo parental parece ser una variable de peso a la hora del develamiento. Existe coincidencia en señalar que a mayor soporte y apoyo del adulto no ofensor, mayores son las posibilidades de que el niño develе el AS.[16] Asimismo, Elliott y Briere (1994) han detectado una

16. Se entiende por apoyo la disponibilidad del adulto de aceptar la posibilidad de que su hijo o hija haya sido abusado sexualmente.

serie de variables que tendrían influencia en el apoyo o la falta de apoyo materno en situaciones de AS. Según estos autores, la presencia de las siguientes variables se asoció a menor apoyo materno:

- que la madre viva con el perpetrador,
- que haya más de un perpetrador,
- menos de cinco episodios de AS,
- que el AS ocurriera por un año o más,
- que el develamiento se produjera más de un año después de finalizado el AS,
- violencia en la pareja,
- negligencia persistente de la madre,
- maltrato físico por parte de la madre,
- abuso de sustancias en la madre.

También se identificó que un develamiento previo mejora las chances de que el niño haga un relato en una investigación formal o durante una revisación médica.

b. *Motivo para el develamiento.* Los autores hacen referencia al citado trabajo de Sorensen y Snow. Con relación a la proximidad del perpetrador —que representó el principal motivo para un develamiento accidental y, aunque en menor medida, también estuvo presente como motivación en los develamientos intencionales—, es importante destacar que el alejamiento del perpetrador o una orden de restricción del contacto con este fueron presentados en algunos casos como motivo para el develamiento. Esto es coherente con la dinámica propia del AS y los hallazgos que estamos evaluando en este capítulo. Si un niño se siente menos inclinado a develar el AS por la cercanía afectiva y la dependencia respecto del abusador, y las amenazas cumplen un rol importante a la hora de condicionar el develamiento, parece razonable que el alejamiento del perpetrador pueda generarle una sensación de mayor seguridad y protección frente a estas amenazas, y que, entonces, devele el abuso que ha sufrido. Esto es lo que muchas veces sucede con niños y niñas que son abusados por sus padres y develan el AS cuando los progenitores se separan: el hecho de saber que el padre ya no vivirá con ellos, o el temor a estar a solas con el padre en la nueva casa, pueden disparar en ellos la necesidad de contar la situación que han estado viviendo como una de las formas de detenerlo. Lamentablemente, la tendencia sobregeneralizada a considerar que un alegato de AS es falso si se da en el contexto de

un divorcio o separación prácticamente ha anulado la posibilidad de esta explicación alternativa, que las autoras de este libro han constatado muchas veces en los niños y niñas que han atendido.

Por otro lado, Elliott y Briere (1994) han identificado factores que inhiben el develamiento del abuso, y los han agrupado en factores relacionados con el niño, con la familia y con el perpetrador.

Entre los *factores inhibidores relacionados con el niño*, la asunción de responsabilidad por el AS, la vergüenza y el estigma del AS, así como el temor a ser culpados por el AS o a ser juzgados negativamente si lo cuentan, son algunos de los principales factores inhibidores del develamiento relacionados con el niño o niña. Asimismo, en los varones víctimas de AS, el temor a la homosexualidad si son abusados por un hombre también opera como factor inhibidor. El temor al cumplimiento de las amenazas del ofensor y el temor a no ser creídos al contarlo también son factores de inhibición del develamiento. En dos estudios se encontró que uno de cada diez niños no fue creído cuando contó el AS. En un estudio llevado a cabo por Gomes-Schwartz et al. (1990) se halló que en el 17 % de los casos de la muestra no había habido ninguna intervención luego del develamiento inicial. En la mitad de ellos se debió a que el adulto que escuchó el relato infantil no lo creyó, y en la otra mitad a que no supo qué acciones debía realizar, o falló al actuar. Estas cifras muestran que los temores infantiles al respecto son, lamentablemente, muchas veces ciertos.

Los *factores inhibidores relacionados con la familia y otros seres queridos* incluyen la preocupación por las consecuencias negativas que el develamiento podría traerles, consecuencias siempre planteadas por el perpetrador en el curso de sus acciones coercitivas. El mensaje que el abusador le da al niño de manera más o menos explícita es que él —el niño— tiene en sus manos el poder de separar a la familia o de mantenerla unida, y que el ejercicio de ese poder depende de si mantiene el AS en secreto o si lo cuenta. El niño asume rápidamente que eso es así, y esta creencia se suma como factor inhibidor del develamiento.

Finalmente, en cuanto a los *factores inhibidores relacionados con el perpetrador*, los autores plantean que los niños y niñas víctimas de AS suelen albergar sentimientos muchas veces confusos y ambivalentes hacia su abusador, y suelen protegerlo de las eventuales consecuencias negativas que el develamiento pueda acarrearle. Algunos niños y niñas demostraron que el temor por el bienestar físico y emocional del ofensor sexual —incluido el temor a que el perpetrador se suicidara— fue el principal motivo que retra-

só el develamiento. En otros, el temor a que el perpetrador fuera a la cárcel funcionó como factor inhibidor principal.

El hecho de que el abusador sexual sea una persona significativa para el niño tiene un peso fundamental en la consolidación de estas preocupaciones. Por otro lado, cuando el niño se encuentra atrapado en una relación abusiva con una persona que es a la vez la única que le suministra afecto y atención (por ejemplo, es abusado por un padre que no pega, mientras que es física y emocionalmente maltratado por la madre), el temor por el bienestar del adulto se vuelve fundamental para él, y lo hace capaz de sacrificarse manteniendo el secreto —y facilitando entonces que el AS continúe— con tal de no perder a esa persona ni de lastimarla. Por eso es que esta forma de vinculación del niño con su perpetrador ha sido denominada *vínculo traumático* o *apego traumático*.

* * *

Una contribución por demás interesante del artículo de Paine y Hansen (2002) es el relevamiento que los autores han hecho de estudios que evalúan la actitud de niños y adultos respecto a contar información personal y mantener secretos en general, es decir, estudios en los cuales el AS como tema de estudio no estuvo presente. De dicha revisión surgen los siguientes datos:

- En diversos estudios realizados con población infantil, adolescente y adulta, algunas de las razones esgrimidas por las personas evaluadas para guardar un secreto "muy personal" no son muy diferentes de las razones que llevan a niños y niñas víctimas de AS a no contar lo que les está sucediendo: vergüenza, temor al castigo, deseo de evitar hacer daño a otro, falta de apoyo, temor al rechazo, temor a no ser creídos y temor a generar malestar emocional a otras personas al contar el secreto (Kelly y McKillop, 1996). Si a estas motivaciones, que aparentemente podrían ser compartidas por todos los seres humanos, se agregan las exclusivamente inherentes al AS (temor por el bienestar del perpetrador, temor por el cumplimento de las amenazas del perpetrador y coerción de este para que el niño o niña no hable), es fácil entender la pesada carga que llevan los niños y niñas víctimas de AS a la hora de decidir si contar o no el abuso que están sufriendo.
- Los autores llaman la atención, además, sobre los hallazgos de diver-

sos estudios relacionados con la reticencia infantil a hablar de sus partes privadas y a narrar experiencias vivenciadas de manera intrusiva. Al respecto citan un estudio de Saywitz y colaboradores (1989) en el cual se compararon los informes dados por niñas de cinco y siete años de edad que habían tenido un examen de la columna por escoliosis, versus los reportes hechos por niñas del mismo grupo etario que habían tenido un examen genital y anal. Cuando el evaluador les hizo preguntas sobre tales visitas médicas, todas las niñas que habían tenido un examen de la columna relataron de manera espontánea que les habían tocado la espalda, pero solo el 22 % de las niñas que habían tenido un examen genital y el 11 % de las que habían tenido un examen anal reportaron haber sido tocadas en tales áreas durante la visita médica.

* * *

Los niños que no develan el AS *o que lo niegan*. Los casos que mayor preocupación generan son aquellos en los cuales existe una fuerte sospecha de que el niño ha sido víctima de AS, pero no se obtiene de este un develamiento concluyente. Olafson y Lederman (2006), plantean que hay dos tipos de situaciones posibles:

a. los niños que hicieron un develamiento parcial o total a alguna persona, el cual precipitó la intervención, pero que fallan en develar en el contexto de la investigación (en el sentido de que no cuentan nada de lo previamente relatado);
b. los niños que han ingresado al sistema de intervención a raíz de indicios que marcan una fuerte sospecha de AS, sin relato, como pueden ser una enfermedad de transmisión sexual, severas conductas sexualizadas, o bien la documentación del abuso a través de otras pruebas (fotografías, videos).

En términos generales, las investigaciones coinciden en afirmar que un develamiento previo a la etapa de investigación facilitaría que el niño proveyera un relato del abuso sufrido durante la etapa investigativa.

Lo que llama la atención es por qué niños con evidencias físicas fuertemente sospechosas de AS no develan el abuso sufrido. Olafson y Lederman (2006) citan un estudio en el cual, de una muestra de niños con ETS que no

podían haber contraído de otra forma que no fuera el contacto sexual, solo un 43 % develaron el AS a posteriori de la revisación médica.

Los factores asociados al porcentaje de niños que no hizo ningún develamiento fueron:

- falta de apoyo materno,
- mayor incidencia de síntomas disociativos.

En cuanto a los niños que han hecho develamientos previos a la etapa investigativa y no hacen relatos durante esta última, las autoras de este libro han encontrado diversos factores que podrían influenciar esta dificultad para un develamiento posterior:

- Una reacción desmedida del entorno, que genera en los niños temor y ansiedad, con lo que dificulta el posterior develamiento durante las entrevistas de evaluación. El niño actúa evitando generar el mismo clima que su primer relato propició.
- El paso del tiempo entre el primer develamiento y la posterior evaluación. En algunos casos pueden transcurrir meses entre una y otra situación. Las familias no saben qué deben hacer, o no están seguras de formular una denuncia, o bien reciben un asesoramiento incorrecto respecto de los pasos a seguir.
- Algunas familias hacen una primera consulta en un momento de desesperación e incertidumbre, y, si son recibidas por profesionales sin entrenamiento en la temática, puede suceder que estos se enfoquen en atender las eventuales consecuencias de la situación sufrida antes que en evaluar los posibles indicadores de esta. En la experiencia de las autoras de este libro ha sido común encontrar familias que, tras una primera consulta con profesionales, estos les habían dicho que era mejor no preguntar ni someter al niño o niña a una evaluación específica para no retraumatizarlo; otros han planteado la necesidad de focalizar en los síntomas sin indagar sobre su causa, a efectos de que el niño pudiera "olvidar" lo sucedido.
- Ciertos mecanismos postraumáticos y disociativos actúan interfiriendo el acceso del niño al recuerdo de la situación. La evitación de los estímulos recordatorios de las situaciones traumáticas, de partes del trauma y de los sentimientos asociados es uno de los síntomas distintivos del TEPT. Por otro lado, cuando la exposición a la trauma-

tización ha sido repetida y se ha cronificado, pueden darse alteraciones en el desarrollo de las habilidades cognitivas que interfieran con la capacidad del niño de recordar y describir las experiencias vividas.

* * *

El develamiento del AS constituye la oportunidad magistral para que el sistema de intervención ponga en marcha los dispositivos de protección hacia los niños y niñas que lo sufren. Por su importancia para todo el proceso de intervención, y a modo de resumen, el siguiente punteo destaca algunas cuestiones que los agentes de intervención no deben olvidar:

1. El develamiento del abuso sexual es la fase de mayor crisis familiar. En ella la homeostasis de la familia se quiebra, pero esta crisis también puede incluir al sistema de intervención que entra en contacto con el caso. Muchos profesionales que no están capacitados en la temática pueden cometer el error de apurarse en la toma de decisiones como consecuencia del impacto que les genera lo que escuchan, y ponen así en riesgo al niño. Otros, por el contrario, no tomarán las medidas de precaución necesarias y también pondrán en riesgo al niño. Existe aún otra posibilidad: que el profesional haga oídos sordos al relato del niño, dejándolo a merced del abuso sexual nuevamente. La mejor forma de prevenir estas actuaciones que se dan por exceso o por defecto es la formación profesional y el establecimiento de pautas claras respecto de las acciones a llevar adelante, tanto en las instituciones educativas y de salud como judiciales.
2. El develamiento no es un acto único. Es un proceso. Esto implica que el niño irá contando en etapas, probablemente como consecuencia del recuerdo fragmentado de la situación traumática, o bien como manera de ir evaluando la confiabilidad del adulto que lo escucha. A modo de ejemplo, vale la pena citar el caso de una niña atendida por una de las autoras, que completó su develamiento durante el proceso de juicio oral, agregando un dibujo con un relato tan contundente que fue decisivo a la hora de la sentencia.
3. El miedo es un elemento poderoso para no develar. Muchos niños que han hecho develamientos tardíos han confesado que el motivo para no haber contado mucho antes lo que les sucedía era el miedo. El miedo está basado primordialmente en las amenazas del ofensor, pero ade-

más en el sentimiento de culpa del niño ante la posibilidad de ser el responsable de la crisis familiar que se desate tras el develamiento.

4. Al ser el proceso del develamiento mayoritariamente gradual, es muy factible que los niños necesiten más de una entrevista para completarlo.
5. Los expertos coinciden en afirmar que la mayoría de los niños víctimas de AS no develan el abuso sufrido de manera inmediata, y algunos ni siquiera lo hacen, y que, cuando lo hacen, eso ocurre después de mucho tiempo de que el abuso se hubiera iniciado (Olafson y Lederman, 2006).
6. Los niños en edad escolar suelen develar el AS sufrido por primera vez a un cuidador, especialmente la madre. Cuando el AS se inicia en la adolescencia, las víctimas son más proclives a develar el abuso a un amigo antes que a un cuidador o progenitor.
7. La falta de apoyo materno es un factor predictor de la negación del abuso durante las entrevistas de investigación, así como de la retractación posdevelamiento.
8. Factores tales como ser abusado por un miembro de la familia, síntomas postraumáticos y disociativos, y sentimientos de vergüenza y estigmatización, pueden inhibir el develamiento.

La retractación: ¿qué es?, ¿cómo, cuándo y por qué ocurre? Su ponderación en el proceso de evaluación

La retractación es la acción por la cual el niño, niña o adolescente que ha hecho un primer develamiento de AS se desdice de sus dichos iniciales. La retractación puede ser parcial, cuando el niño se desdice de solo una parte de sus dichos originales ("No es cierto que papá me chupó la cola, solo me la tocó una vez"), o bien total, cuando el niño se desdice de todo su alegato original ("Papá no me tocó ni me chupó la cola").

Los niños pueden explicar su retractación de diversas formas, atribuyendo el relato inicial a:

- Error: "Me equivoqué".
- Minimización: "Era un chiste".
- Desconocimiento: "No sé por qué lo dije".
- Disociación: "No me pasó a mí, le pasó a otra nena".

Los índices de retractación posdevelamiento varían, según diversas investigaciones, entre un 4 y un 22 % (Olafson y Lederman, 2006). Las razones de dicha variabilidad estarían en el tipo de muestra elegida (muestra clínica versus muestra proveniente de servicios de protección a la infancia) y en relación con la cantidad de entrevistas mantenidas con el niño o niña víctima (más de una versus una sola entrevista) (Faller, 2007).

En una investigación llevada a cabo con una muestra de 257 casos comprobados de AS, elegidos al azar, Malloy y colaboradores (2007) evaluaron los patrones de develamiento, negación del AS y retractación en los niños involucrados.

La composición de la muestra y las características principales del AS reportado se detallan en la tabla a continuación:

Sexo	90 % niñas
Edad promedio	10,4 años
Hubo penetración	50 % de los casos
Ofensor:	
– Padre/padrastro	70 % de los casos
– Cantidad promedio de entrevistas	12

Las características del proceso de develamiento fueron las siguientes:

- El 78 % de los niños evaluados había develado el AS previamente (antes de ser evaluados por las agencias de protección infantil o por la Justicia).
- El 9 % negó el AS inicialmente en la entrevista investigativa.
- El 73 % expresó reticencia a hablar del AS, pero el 98 % de estos niños develó el AS en al menos una entrevista.
- De ese porcentaje (98 %), un tercio se retractó durante por lo menos una entrevista: el 23 % hizo una retractación total, mientras que el 11 % se retractó parcialmente.

Los factores predictores de una retractación total fueron:

- La edad (a menor edad de la víctima, mayores probabilidades de retractación).
- Una mayor relación de cercanía afectiva con el perpetrador.

IR A CONTENIDO

- Que el perpetrador conviva con el niño.
- La falta de apoyo materno (evidenciada en una actitud de rechazo hacia el niño, de culpabilizarlo por la situación y/o por un estado depresivo o de no accesibilidad emocional respecto al niño).
- La ubicación del niño con posterioridad al develamiento (por ejemplo, que sea enviado a una institución).

Un factor predictor de una retractación parcial fue:

- Un tipo de AS más severo.

Factores tales como la presencia de evidencia médica, la confesión del perpetrador, una historia previa de AS cometidos por el perpetrador y una disputa por la tenencia del niño o niña no se asociaron a retractación parcial ni total.

Los hallazgos de esta investigación dieron apoyo a la hipótesis del *modelo de dependencia filial* como explicación a la retractación; es decir, los niños que tienen mayor vulnerabilidad a la influencia de adultos de la propia familia serían los más proclives a retractarse. La hipótesis alternativa que testearon estos investigadores —la posibilidad de que las retractaciones involucraran potenciales casos de falsos alegatos— no fue apoyada por los hallazgos.

Uno de los problemas con la retractación es: ¿qué hace quien la escucha y/o quien lleva a cabo la investigación o es responsable por la protección del niño? Muchas veces la actitud del entrevistador o del agente de la intervención que se enfrenta a la retractación es desestimar el alegato inicial. Sin embargo, existe consenso en que la retractación no implica que el AS no haya ocurrido.

Tully (2002) sugiere que, en lugar de desestimar de plano tanto el alegato inicial como la retractación misma, es conveniente hacer una evaluación cuidadosa y cautelosa de ambos: ¿Qué dijo el niño? ¿Cuánto contó y a quién lo hizo? ¿En qué consistió la retractación? ¿Qué motivos tiene el niño para decir algo que no sucedió, y qué motivos tiene para desdecirse de algo que sí sucedió?

En vista de los factores de riesgo mencionados con anterioridad, suena lógico establecerlos con anticipación y evaluar su presencia. Por eso son de suma importancia las entrevistas que se lleven a cabo con el adulto no ofensor, en especial cuando se trate de la madre. Una actitud poco proclive a creer en el niño, una mirada general hostil hacia él y/o hacia su compor-

tamiento ("Siempre fue problemático", "Miente mucho"), en contraste con una mirada positiva y/o condescendiente hacia la persona acusada ("Es un buen padre/esposo/compañero", "Nunca les haría nada malo a los hijos", "Es muy trabajador") podrían ser llamados de alerta sobre la posibilidad de que el niño, en entrevistas posteriores, se retracte de sus dichos iniciales.

Asimismo, aunque no existiera una mirada negativa hacia la víctima, la mirada positiva y condescendiente hacia el acusado por sí sola podría ser fuente de presión para que la víctima se retracte. Aun cuando su mamá no le diga de modo directo que lo haga, la percepción de las consecuencias negativas de sus dichos tiene fuerza para empujarla a desdecirse. Muchas veces la actitud de la madre o el adulto no ofensor hacia la retractación también puede ser una variable a considerar en la evaluación global de la situación. ¿El adulto intenta sustraerse prontamente de la mirada de los agentes de intervención? ¿Tiene una actitud hostil hacia el niño por lo que dijo inicialmente?

En última instancia, lo que nunca se debe perder de vista es el hecho de que la presencia de un alegato de AS inicial, la retractación posterior y una actitud de falta de soporte familiar pueden por sí solos ser factores de riesgo para la protección integral del niño o niña en cuestión, y no solo no deben ser desestimados sino que, por el contrario, obligan a profundizar la mirada sobre la situación para poder estar seguros de que:

a. no hay riesgo para el niño o niña, y
b. si lo hay, se puede determinar de qué tipo es y quién o quiénes son los agentes causantes o propiciadores de dicho riesgo.

* * *

En un trabajo realizado por las autoras de este libro en conjunto con otros profesionales, publicado en Sanz y Molina (1999), basado en la casuística atendida en un programa de asistencia al maltrato infantil de la Ciudad de Buenos Aires, se intentó establecer qué variables estaban asociadas al proceso de retractación y de qué forma se manifestaban.

De la información recolectada en dicha oportunidad, se observó que los niños atendidos que habían incurrido en una retractación lo habían hecho:

– durante la situación diagnóstica y con posterioridad a un develamiento, y
– en dos momentos.

El primer momento de la retractación estaba dado por un conflicto de aceptación-negación de lo ocurrido; este podría corresponder a lo que se conoce como retractación *parcial*. En un segundo momento, el niño se retractaba completamente de sus dichos originales.

También se evaluó que entre el primer y el segundo momento de la retractación se daban, por un lado, un aumento en la negatividad, el descreimiento y la hostilidad de la madre hacia el relato infantil. Simultáneamente, la resistencia del niño a hablar del abuso sufrido en las entrevistas diagnósticas aumentaba.

La actitud poco comprometida de la madre hacia el relato de su hijo o hija se perfilaba de alguna de las siguientes formas:

a. manifestaba que iba a las entrevistas por alguna indicación externa (es decir, nunca por su propia preocupación);
b. manifestaba que iba a las entrevistas por otros problemas (por ejemplo, problemas de conducta), aun cuando el niño ya había hecho un develamiento del AS y estaba asistiendo a un servicio específico de atención a niños maltratados;
c. reconocía la existencia del relato de AS del niño, pero al mismo tiempo planteaba que creía en la inocencia de la persona indicada como abusador.

La actitud de descreimiento o falta de apoyo al niño y de férreo apoyo al abusador se dio incluso en casos en los que había evidencias físicas compatibles con AS, en los cuales algunas madres negaban tal vinculación (aunque estuviera sustentada por un médico) y adscribían las evidencias físicas a otras causas (por ejemplo, explicar que una lesión en el ano se debía a parásitos o a que el niño se rascaba mucho).

A diferencia de la muestra investigada por Malloy y colaboradores, en la casuística relevada, a menor edad y mayor gravedad del AS, menor fue la retractación. A pesar de la diferencia encontrada en cuanto a la variable etaria, la conclusión del estudio en el que participaron las autoras de este libro coincide con Malloy y colaboradores en que la actitud materna tiene un peso fundamental en la posibilidad de que el niño o niña se retracte.

* * *

Para resumir, entonces, no se debe olvidar que la retractación es una posibilidad en los diagnósticos de AS. Esta posibilidad se verá incrementada cuanto mayor sea la falta de apoyo del adulto no ofensor al niño; esto hace necesario revisar ciertas prácticas de evaluación que suelen no dar importancia o relevancia a dichas entrevistas, o que solo las toman en cuenta si se dirigen exclusivamente a evaluar la personalidad del adulto no ofensor.

Cuando el adulto no ofensor quita o niega su apoyo al niño y se lo da al perpetrador, el niño se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad, incluso mayor que la del abuso sexual mismo, y se ve incapacitado de sostener su relato. Dado que se siente culpable y responsable por las consecuencias del develamiento, retractarse le permite mantener la homeostasis familiar disfuncional, incluso a costa de sí mismo. El niño o niña víctima de abuso sexual que se retracta se siente presionado por la culpa, o por la crisis familiar, o por la angustia o el temor de algún integrante de la familia; siente la necesidad de protegerlos y evitarles mayor sufrimiento. Por eso se retracta, pero es difícil que crea conscientemente que el AS pueda seguir. Retractarse le sirve para no generar mayor sufrimiento, aunque no necesariamente para evitarse el propio.

La presión puede ser solo de este tipo —emocional indirecta— o incluir una presión directa en la que el niño es incitado a desdecirse de su alegato original.

La retractación puede darse también a causa de una mala intervención de los agentes a cargo. Si la persona que entrevista al niño tiene una postura negadora, incrédula o maneja las preguntas de manera incorrecta, el niño puede retractarse al percibir que no será creído, y por lo tanto tampoco será protegido.

Finalmente, cuando no se encuentra una actitud de descreimiento y falta de apoyo en el adulto no ofensor, y aun así el niño se retracta en alguna instancia del diagnóstico o del proceso, deberán considerarse otras variables intervinientes:

- El paso del tiempo entre las diversas instancias de intervención sin que haya habido acciones concretas de protección hacia el niño.
- La multiplicidad de entrevistas y evaluaciones a lo largo de un tiempo prolongado, realizadas por profesionales con diversos niveles de entrenamiento en la temática, y posiblemente con diversos marcos teóricos de trabajo.
- La presencia de mecanismos disociativos.

IR A CONTENIDO

Es fundamental reiterar que la retractación *no debe ser considerada una prueba de la falta de veracidad del relato original de* AS. Ochotorena (1996) afirma que, incluso si no se pudiera terminar de validar el alegato original, la presencia de una retractación total, junto con falta de apoyo del adulto no ofensor al niño y una clara actitud de soporte al adulto acusado hablan de severos problemas en la familia en la cual el niño está creciendo, problemas de una envergadura suficiente como para seguir poniendo la atención en el grupo familiar y evaluar cautelosamente hasta qué punto el niño o la niña está verdaderamente seguro y protegido en ese ámbito.

IR A CONTENIDO

Capítulo 10

Segundo paso: el proceso de evaluación diagnóstica

El proceso de evaluación diagnóstica es el punto nodular de la intervención. De una correcta evaluación surgirá la información que la Justicia utilizará para apoyar sus decisiones. Esto significa que:

1. Debe quedar en claro quién realizará dicha evaluación.
2. Debe haber claridad en lo que se informe.
3. Debe poder plantearse esta evaluación en un tiempo prudencial que sea respetuoso de las necesidades y posibilidades del niño, a la vez que respetuoso de las necesidades del proceso, recordando siempre que ese proceso también conlleva la posibilidad de la protección infantil.

El objetivo principal de esta etapa es recabar la información necesaria para determinar si la situación de abuso sexual existió o no y, en caso de que haya existido, establecer hipótesis explicativas para la sospecha original. En este punto es esencial considerar que el trabajo debe ser interdisciplinario, ya que la información a recabar puede abarcar diversos ámbitos en los cuales el niño o niña se desenvuelve: escuela, club, amigos, familia extensa, otras instituciones. Esta información puede obtenerse solicitando informes, o bien realizando entrevistas, que pueden ser hechas tanto por trabajadores sociales como por profesionales de la salud mental. Toda esta información permitirá darle un mejor sentido a la que se obtenga de las entrevistas directas con el niño.

A lo largo de este capítulo se analizarán diferentes modelos de evaluación diagnóstica, haciendo hincapié en las características deseables del lugar de las entrevistas, así como del entrevistador, ya que ambas variables son decisivas para que la evaluación diagnóstica sea confiable. Este es un punto crucial. La validez de un relato de AS se basa en una serie de criterios consensuados. En ellos, la mirada siempre está puesta en el niño, en su relato, en su

comportamiento, en el develamiento. Pocas veces, si no nunca, prestamos atención a la *calidad* del proceso de evaluación.

Una evaluación diagnóstica de AS tiene ciertos requisitos que se enunciarán a lo largo de todo este capítulo. Es aconsejable que tales requisitos puedan ser respetados en la medida de lo posible, considerando los recursos de cada comunidad y de cada institución. Se debe recordar que cuando tal evaluación no se hace conforme determinados requisitos, sus resultados pueden ser o no útiles a los fines del proceso y de la protección infantil. Si logran ser útiles, excelente, pero ¿si no lo logran? ¿Cuál es el costo?

La respuesta a esta última pregunta es simple: el costo es la posibilidad de dejar al niño o niña víctima de AS desprotegido y expuesto a nuevas y más graves revictimizaciones, incluida la repetición del abuso sexual mismo, lo que comprometería aún más su capacidad de confiar en la posibilidad de que alguien le crea y lo proteja en el futuro.

Cuando esto sucede, el mensaje del abusador ya no será lo único que el niño incorpore como una amenaza. La realidad de su desprotección a manos de quienes pudieron haberlo protegido se sumará a las palabras de quien lo ha dañado. Creer que no hay salida ya no será solo una creencia: se habrá transformado en una realidad testeada.

Diferentes modelos de evaluaciones diagnósticas

La evaluación diagnóstica de AS tiene sus características propias. No se parece a ninguna otra evaluación psicológica, porque lo que se debe determinar a través de ella es:

a. si el abuso ocurrió o no y en qué se basan las conclusiones;
b. cuál es el impacto que el abuso ha dejado en el niño o niña víctima;
c. cuáles son las orientaciones sugeridas tanto en el campo de la protección (evitar que el abuso siga ocurriendo) como terapéutico (efectos postraumáticos a rehabilitar).

Pero ¿por qué se habla de diversos modelos de evaluación? ¿Por qué no hay un único modelo?

La necesidad de crear protocolos de entrevista ha estado en discusión permanentemente. La idea rectora sería crear un procedimiento que todos los profesionales puedan seguir, para minimizar errores y limitar las inter-

pretaciones libres. Sin embargo, esta idea fue rápidamente descartada por chocar con un obstáculo importante: ¿cómo podría este procedimiento o protocolo capturar las diferencias evolutivas que hay entre —por ejemplo— un niño de tres años y uno de doce? ¿Cómo podría capturar las diferencias de personalidad entre los diversos niños? ¿Serviría de igual forma para evaluar a un niño tímido o profundamente traumatizado que a una niña con un estilo más asertivo de personalidad?

De acuerdo a las definiciones del diccionario de la Real Academia Española, un *protocolo* es un plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica, mientras que una *guía* es un "tratado en el que se dan *preceptos para encaminar o dirigir en cosas*".[17] En este sentido, parece más apropiado hablar de *guías* que de *protocolos*.

Se habla entonces de *guías* para entrevistas, que apelan a establecer de manera consensuada cuál es la mejor forma de llevar a cabo una entrevista a un niño que se sospecha ha sido víctima de AS. Algunas recomendaciones generales (Cantón Duarte y Cortés Arboleda, 2000) que están contempladas en los diversos modelos de entrevista que más adelante se detallarán son:

- el uso de más de una entrevista;
- que sean hechas por un profesional especializado o con el entrenamiento mínimo requerido para esta tarea;
- si es posible, sin la presencia de los padres;
- que las entrevistas no se prolonguen demasiado;
- comentar al niño o niña que se puede finalizar la entrevista cuando él o ella lo desee (es decir, no ejercer presión para que hable), y que si lo desea se puede cambiar de tema;
- se sugiere reducir al máximo toda técnica que pueda ser sugestiva (evitar preguntas tendenciosas, usar un lenguaje que sea comprensible para el niño y que respete su momento evolutivo);
- alentar todo procedimiento que favorezca una narrativa por parte del niño.

Entender cómo deben llevarse a cabo las entrevistas diagnósticas de AS es uno de los tres componentes básicos de toda intervención en el tema (Baita, 2007b). El primer paso es orientar las acciones de intervención de acuerdo a una jerarquía de importancia; esta jerarquía está basada en la valoración

17. Destacado de las autoras del libro.

de los factores de riesgo. Por ejemplo, ¿se puede llevar a cabo la evaluación diagnóstica de AS de una niña cuyo padre está sospechado de abusar de ella, manteniendo el contacto entre padre e hija? No es recomendable, porque pueden encontrarse altos niveles de manipulación emocional y psicológica, así como un aumento de la coerción, por parte de quien está sospechado de haber cometido el abuso, para que la niña no hable.

El segundo paso, que muchas veces puede darse en simultáneo con el primero, implica ordenar los campos de intervención. Por ejemplo, al recibir una denuncia, la revisación médica debería ser propuesta cuanto antes. Si se deja pasar el tiempo, por las características propias de algunas lesiones sospechosas de AS, podría perderse evidencia que apoye la valoración de la denuncia. Pero, además, hay una cuestión de cuidado de la salud: descartar ETS o embarazo son cuestiones que hacen a la protección infantojuvenil, y también a las necesidades de los procesos judiciales.

El tercer paso es el de las entrevistas. Es esperable que entre los tres pasos de la intervención no transcurra mucho tiempo. El tiempo solo conspira contra la protección infantil.

* * *

Incluso las guías de entrevistas pueden tener sus limitaciones. En general están diseñadas para entrevistar a niños que ya han hecho algún tipo de develamiento y/o para niños y niñas que se muestran dispuestos a hablar. Por otro lado, los niños —como cualquier ser humano— no funcionan de manera predecible: el entrevistador no sabe de antemano cómo reaccionará un niño ante algún tipo de pregunta en especial, por lo cual allí radica la importancia de que quien lo entreviste tenga la capacidad de ser flexible sin perder de vista el objetivo final de la entrevista, a la vez que sea respetuoso de las posibilidades infantiles.

En Estados Unidos el *Memorandum of Good Practice* (Memorando de Buenas Prácticas) propone una estructura para las entrevistas que se desarrollen con el fin de obtener la declaración del niño, que consta de cuatro partes: 1) construcción de la relación, 2) narrativa libre, 3) recolección de detalles y 4) cierre (Coulborn Faller, 2007). Los pasos 2 y 3 contienen la información clave para la intervención, pero el paso 1 facilita las condiciones para que los subsiguientes pasos puedan llevarse a cabo, mientras que el paso 4 es una invitación a recordar de manera permanente que trabajar con niños también es trabajar con seres humanos, y que, si les han pedido que

busquen en su memoria los recuerdos de una situación dolorosa, bien vale la pena hacer un cierre que tenga en consideración, de manera respetuosa, el gran esfuerzo que las pequeñas víctimas han llevado adelante.

* * *

A continuación se presentan cinco modelos de evaluación diagnóstica, a saber: el modelo de entrevista al niño, el modelo de investigación conjunta, el modelo de interacción parento-filial, el modelo integral (Coulborn Faller, 2007) y el modelo de la evaluación forense extendida. Se dejan para las siguientes secciones de este mismo capítulo las especificaciones relacionadas con la entrevista en sí misma, el estilo de preguntas y los recaudos para evitar la sugestibilidad por parte del entrevistador.

El modelo de entrevista al niño

Este modelo se basa en la entrevista al niño víctima de AS; la mayoría de las veces se trata de una entrevista única, y se entrevista al adulto no ofensor para obtener información acerca del niño y de la sospecha de AS o su denuncia. En este modelo no se entrevista al adulto sospechado en el mismo lugar que al niño, porque se considera que la víctima puede sentirse intimidada y sentir que ese no es un "lugar seguro" para hablar.

Este modelo ha sido utilizado en Estados Unidos, en especial en aquellas agencias en las cuales el caudal de trabajo era muy alto. De acuerdo con Coulborn Faller (2007), distintas investigaciones apoyan la eficacia de este modelo: entre dos tercios y tres cuartos de los niños y niñas entrevistados según este modelo han hecho develamientos durante el proceso de evaluación. Según la misma autora, las investigaciones sostienen que este modelo de una única entrevista puede ser efectivo con niños que ya han develado el abuso sexual, con niños más grandes y con niños que han sido abusados por una figura no parental o bien por una figura externa a la familia.

En la opinión de las autoras de este libro, la posibilidad de que se haga tan solo una entrevista con el niño o niña víctima puede tener varias desventajas, que superan a las ventajas:

a. si el entrevistador dispone de poco tiempo y se limita a una sola entrevista, es probable que el niño no develе;
b. una única entrevista no parece ser tiempo suficiente para establecer

un vínculo mínimo de confianza y cuidado hacia el niño, para luego pasar a las preguntas sobre el AS;

c. una única entrevista no permite una evaluación más abarcadora del funcionamiento global del niño (estilos de afrontamiento, evaluación de sintomatología postraumática, lenguaje y competencias evolutivas, etc., además de la información sobre el abuso).

Aunque se sugiere que este tipo de modelo no sea descartado de plano, tampoco debe ser pregonado como el preferente. Incluso si un niño o niña diera un relato lo más completo posible durante una sola entrevista, sería adecuado tener un encuentro más, al menos para chequear el estado del niño posdevelamiento y, eventualmente, el surgimiento de más información.

El modelo de la investigación conjunta

Este modelo se utiliza en una cantidad importante de estados de los Estados Unidos. Propone un trabajo en conjunto entre los servicios de protección a la infancia y los agentes policiales o judiciales que estén involucrados en la investigación del delito. El objetivo es minimizar el número total de entrevistas y obtener información que sirva a la protección del niño o niña y, a la vez, a la acusación o sustanciación de la denuncia en sede penal. En algunos casos, la entrevista es conducida por un perito forense (psicólogo o psiquiatra) en cámara Gesell, mientras los agentes de los servicios de protección a la infancia y los agentes policiales o judiciales que investigan el delito escuchan del otro lado del espejo y pueden sugerir líneas investigativas o preguntas concretas para hacer al niño. En este modelo también se entrevista al adulto no ofensor, al acusado del abuso sexual y a otros testigos potenciales.

La mayor crítica que se le hace a este modelo radica en que, si no se consiguen evidencias suficientes para impulsar la continuidad de la denuncia, esta cae, dejando el bienestar y la protección infantil en manos de los servicios de protección a la infancia. Pero si estos no encuentran que la evidencia sea concluyente o que les dé suficiente razón para proteger al niño, entonces el caso se cierra definitivamente.

El modelo de la investigación conjunta es en parte similar al que se implementó en la República Argentina con la declaración testimonial del niño

en cámara Gesell.[18] Esta se hace en presencia exclusiva de un psicólogo, mientras que del otro lado del espejo se pueden encontrar representantes del órgano judicial a cargo de la investigación penal, así como el adulto no ofensor y el adulto ofensor, o, en su defecto, sus abogados patrocinantes. El uso de la cámara Gesell, impulsado con la intención de que los niños no sean entrevistados por múltiples agentes en diversas oportunidades, choca en su implementación con algunos obstáculos: muchos profesionales plantean que el niño debe saber quién está detrás del vidrio, mientras que otros refieren que esto no es necesario y que podría ser incluso contraproducente; el uso de este dispositivo no implica que el niño no vaya a ser evaluado igualmente por el cuerpo médico forense o un cuerpo pericial de la Justicia interviniente; cuando la información obtenida en ambos espacios es discordante, la duda respecto de si el niño fue o no abusado queda instalada y no suelen tomarse medidas de reevaluación con el objetivo de chequear con mayor profundidad las inconsistencias que surgieron. Esta declaración se hace en una sola entrevista (al estilo del modelo de evaluación planteado anteriormente) y muchas veces se toma el no relato del niño como prueba de que el AS no existió, sin promover instancias investigativas ampliadas.

El modelo de interacción parento-filial

Según Coulborn Faller, este modelo de evaluación deriva, entre otros, del modelo aplicado a la evaluación de la interacción en casos de divorcio, cuando hay temas de tenencia y/o visitas por resolver y se debe decidir quién es el progenitor más adecuado para continuar a cargo de los hijos. Asimismo, se evalúa el estilo de apego para determinar cómo debería ser el contacto con el progenitor que no quede a cargo de la tenencia.

Cuando este modelo fue trasladado al campo del AS, la presunción era que los niños abusados sexualmente, o bien mostrarían miedo o rechazo al contacto con el presunto perpetrador, en caso de que este fuera el padre, por ejemplo, o bien mantendrían con este algún tipo de interacción sexualizada. Incluso se planteó que la evaluación de la interacción entre el niño o niña y cada uno de sus progenitores, tanto el no ofensor como el acusado del abuso, podría ser ilustrativa a la hora de diferenciar una acusación falsa de una ver-

18. La implementación de la declaración testimonial del niño en cámara Gesell fue posible a raíz de la promulgación de la llamada Ley Rozanski, dado que fue el Dr. Carlos Rozanski, actual juez federal de la República Argentina, quien promovió esta práctica con el objetivo de evitar las repetidas entrevistas que solían hacerse a los niños y niñas víctimas en sede judicial.

dadera (Gardner, 1992, citado por Coulborn Faller, 2007). Esta evaluación se completaría con la recolección de información complementaria, entrevistas con cada uno de los padres a solas y entrevistas de interacción del niño o niña con cada uno de sus progenitores (el no ofensor y el acusado del abuso). Algunos autores, según Coulborn Faller, han ido un paso más allá y han planteado incluso la necesidad de establecer entrevistas de interacción entre el padre acusado y el niño o niña víctima, en las que el primero confrontara al niño con sus dichos, o bien que el clínico preguntara al niño o niña por los alegatos de abuso delante de progenitor acusado de haberlo cometido.

Coulborn Faller refiere que tanto la Academia Americana de Psiquiatría Infanto-Juvenil como la Sociedad Profesional Americana sobre Abuso A Niños (APSAC) han expresado su preocupación tanto sobre la utilidad como sobre la ética de realizar una evaluación de este tipo.

En cuanto a la utilidad, se plantea que es poco probable que un profesional pueda detectar y diferenciar una relación abusiva de una que no lo es. Esto es consistente con lo que hemos estado viendo sobre las características del abuso sexual y las dinámicas relacionales, conductuales y comunicacionales alrededor de dicho fenómeno.

Un padre sexualmente abusivo puede funcionar perfectamente en un registro no abusivo. Difícilmente muestre en una entrevista de tales características, en la que se encuentra tan expuesto, una conducta que pueda comprometerlo, en especial una conducta sexual dirigida a su hijo o hija. Sí es posible, en cambio, que haya ciertas sutilezas en la comunicación verbal y/o gestual que funcionen en la mente del niño como *señales* para no hablar. Una palabra o un gesto inocuo a los ojos de quien entrevista puede tener una significación propia en una dinámica relacional abusiva, que el entrevistador no tiene por qué conocer. Esto se relaciona con la preocupación por lo poco ético que sería facilitar este tipo de evaluaciones si el niño o niña a evaluar ha sido victimizado sexualmente. La exposición gratuita a ese vínculo traumático, cuando hay otras formas de obtener la información necesaria para llevar adelante la investigación, solo beneficia al acusado, mientras que al niño puede dejarle la impresión de que hay poca voluntad de creer en su palabra.

Las autoras de este libro adhieren en un todo a las preocupaciones éticas y utilitarias manifestadas por las organizaciones profesionales mencionadas, que desaconsejan absolutamente el uso de entrevistas interaccionales entre el niño o niña víctima y el progenitor acusado de haber abusado. Este modelo, además de generar pocas o nulas chances de aportar información

confiable respecto del hecho a investigar, promueve la revictimización emocional del niño que ha vivido experiencias de abuso, lo que atenta contra su derecho a la protección y a su interés superior.

El Modelo de Evaluación Integral

La marca distintiva de este modelo radica en: a) una recolección exhaustiva de datos provenientes de diversas fuentes, y b) una cuidadosa revisión de la historia de la familia y la existencia o no de reportes previos (que pueden ser los mismos de abuso sexual o de otras formas de desprotección a la infancia).

Este modelo plantea un trabajo multidisciplinario. El equipo está compuesto por médicos, trabajadores sociales, abogados, psicólogos, y eventualmente enfermeras y psiquiatras. Los profesionales pueden dividirse el trabajo conforme sus áreas de experiencia. En este modelo, la entrevista con el niño es el corazón de la evaluación, pero no es el único elemento. Suelen tomar más de una entrevista con el niño o niña, y completar la evaluación con la recolección de información proveniente de otras fuentes, tanto actuales como históricas; revisan los antecedentes del niño y su grupo familiar en cuanto a otras involucraciones con el aparato judicial, los servicios de protección a la infancia o incluso la existencia de denuncias previas de AS, y pueden entrevistar a otras personas allegadas o miembros de la familia, como abuelos, hermanos, etc.

Este modelo busca no solo establecer si hubo abuso o no, sino que además intenta evaluar las necesidades terapéuticas del niño o niña, del adulto no ofensor y del adulto ofensor, y si es o no necesario ubicar a la niña o niño en un lugar alternativo por encontrarse en riesgo en su propio hogar. La mayor crítica que se le hace a este modelo es el tiempo que insumen todas las acciones que se llevan a cabo.

Este modelo tiene varias ventajas:

a. Permite recolectar información secundaria que puede contribuir a la comprensión global del caso y eventualmente a la validación del relato de AS.
b. Es respetuoso del impacto que la situación de develamiento y crisis imprime en el niño víctima y en su familia.
c. Permite establecer eventuales factores de riesgo adicionales a los propios del AS investigado.

d. Chequea la confiabilidad del adulto no ofensor como fuente de protección futura del niño.
e. Es respetuoso de las posibilidades de cada niño o niña, y toma la formación de una sólida relación de confianza como un requisito ineludible y fundamental para llevar adelante las entrevistas con el niño, sin dejar de lado la importancia de la información a recolectar, ni los recaudos a tomar para hacerlo de la manera más efectiva y menos contaminada posible.

El Modelo de Evaluación Forense Extendida

Este modelo fue desarrollado a fines de la década del noventa y ha sido testeado desde entonces. Es el modelo más completo y que mejor describe y desarrolla las necesidades a considerar durante una evaluación diferencial de AS. Provee de una guía estructurada pero flexible que ayuda al profesional a realizar la evaluación de una manera informada a la vez que respetuosa del niño o niña.

Este modelo fue diseñado en el National Children's Advocacy Center (NCAC) en Huntsville, Alabama, como un aporte para resolver las múltiples controversias suscitadas alrededor de la evaluación diagnóstica de ASI (Carnes, Wilson y Nelson-Gardell, 1999; Carnes, Nelson-Gardell, Wilson y Orgassa, 2001). Conscientes de los riesgos que implica una evaluación no concluyente y de las cualidades propias del develamiento infantil en casos de abuso sexual, los profesionales del NCAC diseñaron un modelo de evaluación que permitiera obtener resultados fiables en los casos reportados, cuando una primera entrevista investigativa no hubiera arrojado resultados concluyentes.

Una de las características distintivas de este modelo es que los entrevistadores son clínicos con entrenamiento forense que no prosiguen luego con el tratamiento psicoterapéutico del niño.

El modelo fue creado para ampliar la evaluación en casos en que:

a. El niño o niña no ha develado el AS en entrevistas investigativas previas, pero exhibe conductas o indicadores que sugieren fuertemente la posibilidad de una victimización sexual.
b. El niño o niña no hace un develamiento completo del tipo o la naturaleza del abuso sufrido en una primera entrevista investigativa llevada a cabo por personal policial, judicial o de los servicios de protección a la infancia.

c. La información recabada en las entrevistas investigativas iniciales necesita mayor clarificación.

En las primeras versiones, este modelo se desarrollaba a lo largo de doce sesiones, la primera de las cuales siempre era con el adulto no ofensor que estuviera a cargo del niño. Posteriormente se fueron revisando y refinando las versiones para llegar a un esquema de cuatro a ocho entrevistas totales —el número ideal sugerido es seis— (Carnes et al., 2001). En todos los casos, la primera de las entrevistas se realiza siempre con el adulto no ofensor y las subsiguientes con el niño o niña. Tras la recolección de información sobre los posibles antecedentes de la situación, los componentes del Modelo de Evaluación Forense Extendida son los siguientes (Carson et al., 1999; Carson et al., 2001):

Entrevista con el adulto no ofensor

El profesional entrevista al adulto no ofensor en busca de información sobre:

- historia y dinámicas familiares;
- composición familiar actual;
- nombres de otras personas significativas en la vida del niño y relación con este;
- historia social y evolutiva del niño;
- rutinas de cuidado diario (desde alimentación e higiene hasta sueño, quién cuida del niño, en qué momentos del día, qué tareas o acciones tiene cada adulto que cuida del niño o que está con él, etc.);
- posibilidad y tipo de acceso que el niño o niña pueda tener a información de índole sexual;
- términos que se usan en la familia y que usa el niño para nombrar las partes del cuerpo;
- comprensión que el adulto no ofensor tiene de los alegatos realizados por el niño.

En Estados Unidos, además de tomar la entrevista, la evaluación se completa solicitando al adulto no ofensor y a cualquier otro adulto que esté vinculado o tenga acceso cotidiano al niño (niñeras, maestros) que completen un cuestionario sobre conductas infantiles (CBCL de Achenbach) y un cuestionario sobre conductas sexuales infantiles (CSBI de Friedrich).

Partiendo de la base de que el apoyo de la figura parental no ofensora es de suma importancia en todo el proceso, otro objetivo de esta entrevista con el adulto no ofensor es darle información sobre las características de todo el proceso de intervención, y sobre cómo será el proceso de evaluación. Se pide a estos adultos que no le pregunten al niño o niña acerca de lo que hacen en las sesiones de evaluación, ni tampoco sobre su alegato inicial. El objetivo es no aumentar la presión parental sobre el niño durante la evaluación, así como evitar eventuales fuentes de contaminación en su relato. Para acompañar de manera más armónica el proceso, se les informa acerca de cuáles suelen ser las conductas y reacciones esperables de los niños en estas circunstancias, y se los apoya e informa sobre lo normal de la variedad de reacciones emocionales que los adultos pueden tener frente a este tipo de situaciones.

Luego de realizar la entrevista con el adulto no ofensor, se procede a tener las entrevistas con el niño, en un número mínimo de tres y un máximo de siete, con una duración de 50 minutos y una semana de intervalo entre ellas, aunque el entrevistador puede flexibilizar este encuadre conforme lo considere necesario a los fines de optimizar la evaluación del niño o niña.

Desarrollo de la relación

Este es el primer paso de la evaluación al niño, y sentará las bases y el tono en el que se podrán realizar las entrevistas subsiguientes. El entrevistador pregunta al niño si sabe por qué está en ese lugar, le aclara que solamente se verán durante algunos encuentros y puede mostrarle el lugar donde estarán y las instalaciones aledañas.

La conversación comienza con preguntas sobre su cotidianidad, que pueden incluir programas de TV que le gustan, juegos que le gusta jugar, información sobre amigos, su cumpleaños, etc. Se trata de comenzar a evaluar mínimamente las habilidades narrativas del niño y el tipo de lenguaje que suele utilizar. También se explican los límites de la confidencialidad y se establecen las reglas de los encuentros:

1. *Tú conoces mejor que yo lo que sucedió.*
2. *Siempre di la verdad.*
3. *No trates de adivinar.*
4. *Si no sabes la respuesta o no te acuerdas, solo dilo.*
5. *Si yo repito una pregunta no significa que tu respuesta esté mal.*

6. *Si una pregunta te parece muy dura o difícil, podemos volver sobre ella más tarde.*
7. *Me puedes corregir si digo o entiendo algo mal.*
8. *Me puedes decir si no estás de acuerdo con algo que yo digo.*

Toda la comunicación con el niño debe hacerse siempre en un lenguaje acorde a su nivel evolutivo.

Evaluación evolutiva

Uno de los objetivos primordiales de esta etapa es determinar la capacidad que tiene el niño de proveer un relato creíble de los acontecimientos. Para ello se debe evaluar:

- Conocimiento que tiene el niño de hechos básicos de su vida, tales como lugar donde vive, fecha de nacimiento, etc.
- Características del discurso y el lenguaje (uso de frases y palabras, comprensión, características idiosincrásicas del lenguaje).
- Capacidad para establecer y usar categorías temporales.
- Conocimiento sobre colores, cantidades, emociones, etc.
- Capacidad de distinguir verdad de mentira.

Evaluación social y conductual

Si se utilizan cuestionarios de conducta infantil, los resultados son utilizados para tener una idea global del funcionamiento del niño o niña a evaluar. En la experiencia de las autoras de este libro, si el entrevistador no los utiliza, estos cuestionarios pueden ser reemplazados por preguntas específicas al adulto no ofensor, durante la entrevista con este, que cubran todo el rango de conductas, síntomas y manifestaciones posibles, incluyendo las conductas sexualizadas. Siempre es de utilidad preguntar al adulto no ofensor:

- Momento de aparición del síntoma o la conducta.
- Si encuentra que haya determinados eventos o estímulos que gatillen la aparición de la conducta o manifestación sintomática.
- Evolución del síntoma o conducta (¿ha mejorado, empeorado o no ha habido cambios?).

Durante esta etapa de la evaluación, el modelo sugiere que el entrevistador indague sobre la mirada y el concepto que el niño tiene de sí mismo, su autoestima y la percepción que el niño tiene de las personas que lo rodean en su ambiente cotidiano, así como de su relación con ellas. Se sugiere preguntar al niño por personas con las que le guste estar y personas con las que no le guste estar, y tipo de actividades que le gusta o no hacer, así como rasgos que le gustan o no de diversas personas (se sugiere incluir tanto al presunto ofensor como a personas no ofensoras en la lista de personas por las que preguntar). Asimismo, es importante establecer cómo percibe el niño a su familia o grupo de apoyo (familiar, comunitario o social) y cuál es la comprensión que tiene de los secretos, de las reglas y de las consecuencias de no respetar las reglas.

A partir de este momento comienzan las intervenciones más focalizadas en el tema del abuso sexual, yendo de un nivel más general a uno de mayor especificidad. Los diversos niveles de trabajo en esta parte de la evaluación son:

Preguntas sobre posibles contextos

Estas preguntas focalizan la atención del niño en diversos contextos en los que podría haber ocurrido el abuso sexual. Se pregunta entonces acerca de rutinas de cuidado e higiene, formas de disciplina en la casa o momentos críticos en los que el abuso podría haber ocurrido (por ejemplo, ausencias, ritmos laborales de los padres, situaciones excepcionales de la vida familiar como podría ser el nacimiento de un hermanito, etc.).

Evaluación del conocimiento sobre partes del cuerpo y contactos físicos adecuados

Este tema se aborda cuando se asume que se ha logrado una sólida construcción de la relación con el niño o niña. Se comienza por realizar junto con él/ella un inventario de partes del cuerpo, de modo tal que el entrevistador pueda conocer la forma en que las denomina y eventualmente utilizar el mismo lenguaje si el niño comienza a develar el abuso en la entrevista (sobre todo considerando que los niños pueden utilizar diversos nombres para referirse a las partes sexuales del cuerpo, y no necesariamente aquel por el cual se las conoce académicamente). Algunas herramientas comunes para el desarrollo de este inventario son el dibujo libre, el dibujo de la figura humana sin detalles anatómicos, el dibujo de la figura humana con detalles

anatómicos y los muñecos anatómicamente correctos. En la experiencia de las autoras de este libro, ha sido útil también agregar la función de las partes del cuerpo, ya que en ocasiones han sido una primera vía de acceso a un develamiento espontáneo del abuso (por ejemplo, un niño de cuatro años en el reconocimiento de partes del cuerpo dice: "Este se llama piti"; a la pregunta de la entrevistadora "¿Y para qué sirve?", el niño responde: "Sirve para el pipí y sirve para acariciarlo y hacerse grande").

La exploración del tipo de contactos físicos adecuados o inadecuados es de utilidad para conocer por un lado cuál es la experiencia que el niño o niña tiene de las diferentes formas de contacto físico que puede haber entre un adulto y un niño (por ejemplo, acariciar la cabeza no es lo mismo que acariciar los genitales) y cuál es la valoración que el niño hace de ellas. Puede eventualmente servir de disparador para que el niño cuente sobre su propia experiencia.

Preguntas no directivas relacionadas con el abuso

En apartados subsiguientes se hará referencia con mayor detalle al continuo de preguntas sugeridas dentro de las evaluaciones de abuso sexual. Lo más importante de especificar aquí es que, cuando los autores del modelo hablan de preguntas "no directivas", hacen referencia a utilizar un estilo de preguntas que facilite una narrativa del niño, minimizando cualquier riesgo de sugestibilidad. Si bien este tipo de preguntas pueden utilizarse durante más de una sesión, los autores advierten que el entrevistador no debe pasarse toda la entrevista haciendo este tipo de preguntas (siempre respetando la idea de que este modelo está diseñado para ayudar al niño a hablar de lo que le sucedió de una manera que no sea vivenciada como coercitiva o forzada). Es recomendable que intercalen el espacio de preguntas con actividades lúdicas o con temas de conversación menos cargados emocionalmente. Se advierte a los entrevistadores estar atentos ante cualquier señal de que el niño o niña está siendo complaciente en sus respuestas, o de que podría haber sido forzado a contar algo que no le sucedió (por ejemplo, si para hablar del abuso usa un tipo de lenguaje diferente del que se ha evaluado como propio del niño, o si aparece evidencia de que está contando algo como si fuera un guion memorizado).

Si el niño comienza a develar porciones del abuso, se lo invita a continuar su relato a través de preguntas abiertas y de seguimiento posterior (por ejemplo: "¿Pasó algo más?").

IR A CONTENIDO

Se pueden utilizar dibujos y muñecos para acompañar y apoyar la descripción verbal que el niño está haciendo y aportar, si es necesario, detalles clarificatorios a sus verbalizaciones. Si el niño hace un dibujo libre acompañando su relato, el entrevistador debe preguntar de modo específico qué es lo que el niño está dibujando y lograr una descripción lo más completa posible de dicho dibujo.

Información sobre el cuidado del cuerpo y cierre

En esta parte de la evaluación, llegados ya al final, el niño o niña recibe información básica y fundamental acerca de cómo cuidar su cuerpo, haya o no hecho un develamiento de abuso. La información sobre el cuidado del cuerpo que recibe contiene cuatro principios básicos:

1. *Tu cuerpo es tuyo.*
2. *Puedes decir* no *si alguien te toca de modo que no te guste.*
3. *Puedes contar si alguien te toca de una manera que no te gusta.*
4. *Puedes seguir contándolo si la primera persona a quien se lo dijiste no te ayudó.*

Como parte del cierre, el entrevistador puede tratar de clarificar la información que obtuvo, si lo cree necesario. También puede evaluar y sugerir temas que a su criterio deban ser trabajados en un futuro espacio terapéutico.

En la tabla 4 se ofrece un esquema general del modelo en sus tres variantes, de cuatro, seis u ocho entrevistas.

Este es un modelo que puede perfectamente adaptarse a las realidades y posibilidades de los sistemas de protección de la región. No está pensado como opción de primera línea, sino como una alternativa para completar una evaluación cuando las primeras intervenciones investigativas han arrojado elementos no concluyentes y la sospecha de un posible AS todavía debe ser considerada. Por supuesto, para que pueda adoptarse un modelo de estas características, es necesario considerar:

1. Quienes realicen las primeras entrevistas previas a la puesta en marcha de este modelo deben cerrar su intervención fundamentando debidamente sus conclusiones. Muchas veces se encuentran conclusiones del tipo *todo o nada* que no contribuyen a la intervención. Conclusiones del tipo "No hubo abuso" sin un debido fundamento

no ayudan a nadie, y en especial no ayudan al niño si hubiera sido efectivamente abusado.

2. Si el resultado de las primeras conclusiones no es convincente, es necesario arribar a conclusiones más concretas en pos de la protección infantil, dando lugar entonces a una investigación más profunda y prolongada, tal como lo propone este modelo.
3. Debe proveerse de formación específica a quienes realicen este tipo de entrevistas. Todos los profesionales formados deben partir de la misma definición de lo que es abuso sexual, de lo que son indicadores de AS, y su nivel de especificidad, de lo que constituye o no una conducta sexualizada, de cómo se formulan las preguntas, de cómo se evita la sugestibilidad en las preguntas, y de los criterios de credibilidad del relato infantil. Puede parecer una obviedad, pero no lo es.

Condiciones óptimas para las entrevistas con el niño

Las condiciones óptimas para la realización de las entrevistas diagnósticas con niños y niñas con sospecha de abuso sexual incluyen:

a. Estructura general del proceso de entrevista.
b. Duración del proceso de evaluación diagnóstica.
c. Características del entrevistador.
d. Características del lugar de la entrevista.
e. Uso de herramientas de ayuda.
f. Estilo de preguntas a realizar.
g. Discusión sobre la presencia de otras personas en la entrevista.

a. Estructura general del proceso de entrevista

De la revisión de la literatura especializada, surge una propuesta común: establecer una estructura para las entrevistas diagnósticas de AS. Esta estructura tiene por objetivo principal ordenar el procedimiento y las tareas a realizar por el entrevistador. Se presenta aquí el esquema propuesto por Faller (2007), adaptándolo de acuerdo a la experiencia de trabajo de las autoras de este libro.

Modelo de Evaluación Forense Extendida en cuatro, seis u ocho entrevistas*

Tabla 4

Sesión	Variante de cuatro sesiones	Variante de seis sesiones	Variante de ocho sesiones
1	Entrevista con el adulto no ofensor a solas.	Entrevista con el adulto no ofensor a solas.	Entrevista con el adulto no ofensor a solas.
2	Construcción de la relación. Evaluación evolutiva. Evaluación social y conductual. Introducción de las reglas de la entrevista.	Construcción de la relación. Evaluación evolutiva. Introducción de las reglas de la entrevista.	Construcción de la relación. Evaluación evolutiva. Introducción de las reglas de la entrevista.
3	Introducir el tema de preocupación. Proceder con las técnicas de entrevista focalizada.	Evaluación social y conductual.	Evaluación social y conductual.
4	Proveer de oportunidades adicionales para el develamiento o completar información. Dar información sobre cuidado y prevención. Cierre con el niño/a	Comenzar la exploración sobre el contexto del abuso. Introducir el tema de preocupación. Comenzar con estrategias de entrevista menos específicas.	Comenzar la exploración sobre el contexto del abuso.
5		Utilizar estrategias específicas de entrevista de menor a mayor especificidad.	Introducir el tema de preocupación. Comenzar con las estrategias de entrevista menos específicas.
6		Proveer de oportunidades adicionales para el develamiento o completar información. Dar información sobre cuidado y prevención. Cierre con el niño/a.	Utilizar estrategias específicas de entrevista de menor a mayor especificidad.
7			Proveer de oportunidades adicionales para el develamiento o completar información.
8			Dar información sobre cuidado y prevención. Cierre con el niño/a.

* Téngase en cuenta que a partir de la segunda sesión en todas las variantes las entrevistas se realizan con el niño o niña a solas.
Fuente: Adaptado de Carnes et al. (2001).

IR A CONTENIDO

1. Introducción del entrevistador

Esto incluye la presentación del entrevistador por su nombre y su rol, así como el lugar en el que se van a hacer las entrevistas. Si el entrevistador cree que el lugar físico podría cambiar entre una y otra entrevista, es bueno anticipárselo al niño. Además, se le explica cuál es el propósito de la entrevista, con cuidado de no direccionar o condicionar al niño según lo que se dice. El entrevistador puede decir, por ejemplo: "Trabajo haciendo preguntas a niños y niñas a los que les han sucedido cosas que los preocupan/molestan/les hacen mal/los ponen tristes", "Trabajo con niños y niñas y mi función es ayudarlos a que puedan sentirse bien", "Trabajo con niños y niñas que… (aquí se enumeran síntomas, entre los cuales pueden estar presentes algunos de los que el entrevistador conoce que el niño ha desplegado)". Siempre es importante aclararle al niño o niña que los encuentros serán limitados (se le puede decir "Nos vamos a ver algunas veces", si no se está seguro con anticipación de la cantidad de entrevistas que se harán).

Si se utiliza video para este proceso de investigación, el niño debe ser avisado del procedimiento. El video ofrece ciertas ventajas a la hora de analizar el lenguaje verbal y no verbal, y evita las posibles revictimizaciones de someter al niño a múltiples entrevistas diagnósticas. También muestra cómo ha sido tomada la entrevista para evitar la sugestibilidad del niño y garantizar la credibilidad del testimonio. En general estas filmaciones se hacen en una sala con espejo unidireccional o cámara Gesell. También en este caso se debe explicar al niño el funcionamiento del espejo y la posibilidad de que otras personas estén observando la entrevista del otro lado. En general, cuando se tienen estos recaudos, los niños no se sienten incómodos y pueden llevar adelante el encuentro con el profesional a cargo.

2. Desarrollo o construcción de la relación

El propósito es generar un mínimo vínculo de confianza y comodidad con el niño o niña a entrevistar, a través de preguntas generales sobre diversos aspectos o ámbitos de su vida (escuela, amigos, comidas que le gusta comer, juegos, etc.), sin involucrarse aún en el tema del AS. También se le puede pedir al niño o niña que cuente algo que le gusta hacer y acto seguido algo que no le gusta hacer. En general se sugiere el empleo de preguntas abiertas ("¿Qué me podrías contar de tu escuela?") o cerradas ("¿En qué grado/año estás? ¿A qué escuela vas?"), según las características del niño (algunos

niños responden bien a las preguntas abiertas, mientras que otros pueden ser más tímidos y/o tener menos habilidades comunicativas, por lo cual la segunda opción podría ser más viable; en todo caso, siempre se sugiere comenzar con las preguntas abiertas). La duración de este paso de la entrevista dependerá de una serie de factores:

- disponibilidad total del tiempo para la evaluación;
- edad del niño o niña (a menor edad puede ser mayor el tiempo necesario para lograr una relación afianzada);
- características del niño o niña (niños más tímidos, retraídos o con mayores dificultades y limitaciones comunicativas pueden necesitar más tiempo).

3. Explicar las reglas de la entrevista y practicarlas

Aquí se hace referencia a lo presentado en el apartado "Desarrollo de la relación", en el Modelo de Evaluación Forense Extendida. Siempre se recomienda la puesta en práctica concreta de estas reglas antes de comenzar el proceso de entrevista propiamente dicho.

- *Tú conoces mejor que yo lo que sucedió.*
- *Siempre di la verdad.*
- *No trates de adivinar.* (Para practicar, aquí el entrevistador puede preguntar al niño "¿Cómo se llama mi perro?"; si el niño contesta cualquier nombre, se le recuerda que no debe adivinar; si responde que no sabe, se lo valora: "Muy bien, veo que entendiste bien".)
- *Si no sabes la respuesta o no te acuerdas, solo dilo.* (Aquí el entrevistador puede hacer una pregunta del tipo "¿Cuántos años tenías cuando comenzaste a caminar?", o cualquier otra que dé la posibilidad de que el niño conteste "No sé/No me acuerdo".)
- *Si yo repito una pregunta no significa que tu respuesta esté mal.*
- *Si una pregunta te parece muy dura o difícil, podemos volver sobre ella más tarde.*
- *Me puedes corregir si digo o entiendo algo mal.* (El entrevistador puede decir "Si yo digo que tu nombre es María Clara y que tienes seis años, ¿dije algo mal?", alentando a la niña a que corrija la información errónea que dio el entrevistador.)
- *Me puedes decir si no estás de acuerdo con algo que yo digo.*

IR A CONTENIDO

La práctica de estas reglas también le da al entrevistador una mirada global de la actitud del niño o niña a evaluar y de lo que puede esperar durante las entrevistas concretas.

4. Evaluación global del niño

La evaluación global del niño incluye:

- Determinar sus capacidades comunicativas (lenguaje, uso de palabras, comprensión de lo que se le dice, cómo responde a las preguntas que se le hacen en términos de cantidad de información, precisión en las respuestas, etc.).
- Determinar su capacidad para diferenciar una mentira de la verdad. Lyon y Saywitz (2000) desarrollaron un material gráfico para ayudar a los profesionales que entrevistan a niños y niñas con sospecha de AS a evaluar la capacidad del niño de distinguir entre una mentira y la verdad y a ponderar la importancia de decir siempre la verdad.[19] Hay menos acuerdo en cuanto a lo apropiado y válido de lo que se llama *test de moralidad* (Lyon y Saywitz, 2000), es decir, ver si el niño comprende las consecuencias negativas de no decir la verdad. La crítica que se le hace a este test es que revictimiza al niño, amedrentándolo de antemano. Valorar si el niño o niña víctima es capaz de distinguir entre lo que es verdad y lo que es mentira puede ser de mayor utilidad cuanto más pequeños son los niños a evaluar. En este sentido, es importante que el profesional que lleva adelante la evaluación pueda:
  - evaluar el desarrollo evolutivo general (sobre todo en niños y niñas pequeños, menores de seis años);
  - realizar una valoración global del funcionamiento infantil, prestando atención a los sentimientos que el niño suele desplegar con mayor asiduidad, a su comprensión del mundo de las emociones, a la posibilidad de identificarlas y nombrarlas, a su actitud general hacia la entrevista (si es retraído, oposicionista, cooperativo, complaciente), si puede o no permanecer solo con el entrevistador sin

19. Se puede acceder a dicho material en la siguiente página web: ‹http://www.judcom.nsw.gov.au/publications/benchbks/sexual_assault/articles/Lyon-Qualifying_children_to_take_oath.pdf›. Está en inglés, pero es de fácil comprensión y puede incluso servir de base para ser adaptado a las realidades de la comunidad en que el entrevistador trabaje, así como a los requisitos propios de su sistema de protección.

angustiarse, si busca salir a chequear dónde está el adulto que lo acompaña o si pide por su presencia.

5. Introducción del tema de la entrevista

6. Preguntas

Los pasos 5 y 6 de la estructura de las entrevistas serán desarrollados más adelante, en el ítem *f,* "Estilo de preguntas a realizar".

7. Cierre

El cierre del proceso de entrevistas es tan importante como el desarrollo de la relación. Aunque el propósito inicial de este paso no sea obtener más información, importa desde el punto de vista del cuidado hacia el niño. El proceso de entrevista implica que se le ha pedido al niño o niña que durante un tiempo, no importa cuánto, comunique situaciones íntimas, dolorosas, tristes, que pueden generarle temor (a que se cumplan las amenazas hechas por el perpetrador, por ejemplo), a una persona desconocida. Parte del cierre del proceso de entrevistas implica cambiar a temas agradables o neutrales, ofrecer soporte emocional si el niño o niña se muestra evidentemente conmocionado, y agradecerle por su colaboración en todo el proceso. Es fundamental, tal como plantea el Modelo de Evaluación Forense Extendida, incluir en este proceso información preventiva —haya o no el niño o niña develado un AS— relacionada con el cuidado del cuerpo y en especial de sus partes privadas.

b. Duración del proceso de evaluación diagnóstica

El proceso total de evaluación diagnóstica —incluyendo las entrevistas al adulto no ofensor, las entrevistas al niño y la recolección de información de otras fuentes— debe tener una duración que en lo posible no exceda los dos meses (si se adoptara un modelo similar al de la Evaluación Forense Extendida). Desde la perspectiva de las autoras de este libro, un proceso de evaluación diagnóstica debe ser breve, ya que está en juego la protección infantil, pero nunca tanto como para que no se pueda obtener la información de calidad necesaria para hacer verdaderamente efectiva la protección del niño. Las autoras basan su experiencia en un modelo que incluye:

- una o dos entrevistas con el adulto no ofensor y
- cuatro a seis entrevistas con el niño o niña (que incluyen el desarrollo de la relación y el cierre).

Si hubiera dos profesionales trabajando en paralelo, uno podría dedicarse a la entrevista con el adulto y a la recolección de información de fuentes alternativas, mientras el segundo podría dedicarse exclusivamente a las entrevistas con el niño. La duración de cada entrevista con el niño o niña debe tener un mínimo de 45 minutos, y la distancia entre entrevistas nunca debe ser mayor de una semana. Si, aun con este esquema y estos tiempos, hacia el final del proceso de evaluación el entrevistador no pudiera arribar a un diagnóstico concluyente y todavía tuviera elementos de sospecha, su informe debe ser claro en cuanto a los elementos que considera que aún no son suficientes para validar el diagnóstico de AS, en cuanto a los factores de sospecha que aún persisten, y en cuanto a las medidas sugeridas a efectos de profundizar la evaluación (continuación de la medida de suspensión de contacto, ampliación del proceso diagnóstico, derivación a un tratamiento especializado con objetivos claros, etc.).

c. Características del entrevistador

Hay cierto acuerdo en las características generales que se requieren del entrevistador para llevar a cabo exitosamente esta investigación:

- Es un profesional habilitado para realizar este tipo de evaluaciones, preferentemente un profesional de la salud mental. Tiene especialización y/o entrenamiento en el trabajo con niños y niñas de diferentes edades.
- Está familiarizado con el diagnóstico y el tratamiento de niños, niñas y sus familias en casos de abuso sexual.
- Está entrenado en evaluar el desarrollo madurativo, cognitivo y relacional del niño en casos que no involucren AS tanto como en casos de AS.
- Se acerca a la evaluación con una mente abierta a diferentes hipótesis.
- Está familiarizado con el trabajo interdisciplinario.
- Tiene la habilidad de comunicarse con niños y niñas de diversas edades y características; es espontáneo, flexible, creativo, paciente y asertivo.
- Minimiza los aspectos formales o temerosos de la entrevista por

cuanto son generadores de distancia y desconfianza en el niño, e interfieren en su capacidad de sentirse confiado para hablar de hechos penosos.

- Tiene la capacidad para controlar los propios sentimientos despertados por el AS y/o por el relato infantil.
- Es hábil para reconocer y contener los estados emocionales del niño, a la vez que puede manejar los tiempos para avanzar en la investigación, sin ser intrusivo.
- Tiene la capacidad y la formación que le permitan contener y guiar al niño y la familia en el proceso legal; informa solo lo que sabe, orienta respecto de pasos a seguir y/o personas o instituciones que podrían responder mejor que él a las preguntas de la familia.
- Posee conocimientos acerca del trauma infantil, sus manifestaciones y cómo estas pueden interferir y/o evidenciarse en las entrevistas con el niño o niña, así como de sus secuelas, con el objetivo de hacer una correcta orientación hacia una psicoterapia. Dentro de esta área es fundamental que tenga un claro conocimiento acerca de las memorias traumáticas, es decir, de la manera en que el niño almacena la información en una situación traumática como el AS.
- Evita cualquier sesgo. Un entrevistador sesgado es aquel que mantiene a priori determinadas creencias acerca de si han ocurrido o no ciertos sucesos, y moldea la entrevista para conseguir que la declaración sea acorde a esas creencias. El entrevistador debe mantener su mente abierta, recordando que, mientras que los niños tienen escasa o nula motivación para hacer un alegato falso, los adultos acusados de abusar de un niño tienen un interés mayor en que el profesional crea que el niño miente o está equivocado (Faller, 2007). Una instancia neutral puede ser restrictiva si el profesional considera que parte de esta actitud es llegar a la entrevista sin saber absolutamente nada de la acusación. Por ello, el profesional que entrevista a un niño debe tener la capacidad de ponderar toda la información de manera global, explorando hipótesis alternativas y fundamentando sus conclusiones del modo más informado posible. La formación teórica, la ideología e incluso las propias convicciones religiosas del entrevistador también pueden sesgar la entrevista.

d. Características del lugar de la entrevista

El lugar en el cual se llevan a cabo las entrevistas con los niños y niñas debe tener privacidad como requisito indispensable y no negociable. La privacidad se logra no solamente aislando el lugar con paredes y una puerta, sino también mediante una actitud de respeto hacia el niño que implique que, durante el tiempo en que esté siendo entrevistado, el entrevistador se abstenga de atender el teléfono y no sea importunado ni interrumpido con requisitos externos. El lugar no debe ser una oficina adonde otros tengan que entrar para sacar o dejar cosas, ni un lugar de paso como un pasillo. Un escritorio, una silla para el entrevistador y otra para el niño, y una tercera silla (o espacio para esta) en caso de que fuera necesario que participara alguien más en la entrevista serán suficientes. Igualmente es recomendable que el entrevistador esté lo más a la altura del niño que le sea posible, evitando la distancia que genera el escritorio entre medio de ambos. En todo caso, el escritorio será de utilidad si se le pide al niño que dibuje y para que el entrevistador pueda tomar notas con comodidad.

Se recomienda ambientar el lugar para que sea agradable para el niño. Cuando esto no sea factible, el uso de algunos juguetes puede ayudar a crear una atmósfera cálida y confortable. No es necesario acondicionar el lugar como si fuera una sala de juegos, porque la entrevista de juego libre que suele usarse con fines diagnósticos en la psicología en general no es necesaria en las entrevistas diagnósticas de AS. Si el entrevistador puede tener juguetes en la oficina en la que trabajará con los niños, estos deben ser siempre de utilidad a los fines diagnósticos, y en ese sentido se recomiendan los siguientes juguetes y elementos:

- muñecos de diversos sexos, que pueden ser o no anatómicamente correctos;[20]
- títeres (pueden ser de muñecos niños, de animales o de personajes fantasiosos);
- casitas de muñecas;
- muñecos del estilo Playmobil;
- hojas blancas;
- lápiz negro, goma y lápices de colores.

20. Se denominan *muñecos anatómicamente correctos* a aquellos que tienen sus características sexuales bien diferenciadas y marcadas. La gran mayoría de los muñecos a los que nuestros niños y niñas acceden suelen ser *asexuados*.

e. Uso de herramientas de ayuda

Si bien el uso de herramientas de ayuda a la entrevista diagnóstica fue muy común en las décadas del ochenta y principios de los noventa, actualmente se trata de que la entrevista se base mayoritariamente en medios verbales, especialmente en la obtención de una narrativa libre por parte del niño, con la menor intervención posible del entrevistador, a fin de evitar sugestibilidad. Sin embargo, el uso de herramientas de ayuda sigue presentando hoy mayores ventajas que desventajas (Faller, 2007). Entre las ventajas se cuentan:

- Los niños pequeños pueden ser más efectivos comunicando a través de demostraciones que a través del lenguaje, que es aún muy limitado.
- El uso de herramientas de ayuda provee al entrevistador de un segundo modo de comunicación. De esta forma el niño cuenta y muestra, y la congruencia entre ambas formas de comunicación le da mayor fiabilidad a su relato.
- Algunas herramientas, como los dibujos anatómicamente correctos, pueden ayudar a gatillar memorias, facilitando así el relato.
- Para algunos niños puede ser menos estresante demostrar que contar. Otros pueden sentirse menos avergonzados al no hablar y poder igualmente *contar* a través de otros medios.

Entre las desventajas, Faller (2007) menciona:

- El uso de herramientas de ayuda puede facilitar que el niño se involucre en juego espontáneo o en la fantasía y desvíe su atención del tema concreto de la entrevista. Si bien el entrevistador puede avisarle con anticipación que se trata de juguetes especiales que no se usan para jugar como otros, esta advertencia no necesariamente evita que el niño se involucre en juegos ajenos al tema de la entrevista.
- Los adultos cuidadores del niño o niña pueden sentirse afectados, preocupados o molestos si se usan muñecos o dibujos de figuras anatómicamente correctas en las entrevistas con los niños, por verse estos expuestos a los genitales (ya sea dibujados o en los muñecos). Las investigaciones realizadas con niños y niñas víctimas de AS, y sin historia de AS, que utilizaron muñecos anatómicamente correctos no corroboran esta preocupación.

IR A CONTENIDO

– Los niños menores de tres años —por una cuestión madurativa— posiblemente no puedan usar muñecos o dibujos de figuras anatómicamente correctas como modos de representarse a sí mismos.

En todo caso, el entrevistador que decide utilizar herramientas o medios de ayuda debe saber qué elementos utilizar, en qué momentos de la entrevista y con qué finalidad.

A continuación se hará referencia a tres tipos de herramientas o medios que se recomienda utilizar o no, y de qué forma: los dibujos libres y tests proyectivos, los dibujos de figuras y los muñecos anatómicamente correctos y otros juguetes.

1. Los *dibujos libres y otros tests proyectivos* son las herramientas de menor especificidad en las evaluaciones diagnósticas de AS. Herramientas diagnósticas propias de un psicodiagnóstico común, tales como el test de Bender, el HTP (test del árbol, casa, persona), el dibujo de la persona bajo la lluvia, el test de la familia kinética, el test desiderativo o el test CAT-A pueden aportar poco a la especificidad del relato que se requiere para validar la ocurrencia de un AS. Eventualmente pueden darse situaciones en las cuales el niño o niña dibuje o relate peculiaridades que llamen la atención del entrevistador, y que le permitan hacer preguntas clarificadoras, dando lugar de manera accidental a una porción de relato.

Por ejemplo, una niña, al dibujar la familia kinética (dibujo de la familia haciendo algo), hace a su papá y a ella misma acostados en la cama y a su madre fuera de la casa. Cuando se le pregunta por lo que está haciendo cada miembro de la familia en ese dibujo, la niña responde: "Mamá está afuera haciendo las compras y mientras tanto papá se mete en mi cama". La entrevistadora pregunta por qué el papá se mete en su cama, a lo cual la niña responde: "Siempre se mete cuando mi mamá no está, y me cuenta el cuento de la vulvita". Esta situación deriva en un relato más amplio de situaciones de tocamientos.

Sin embargo, este tipo de situaciones son la excepción más que la regla. En diversas investigaciones que se hicieron con muestras de niños y niñas abusados y no abusados, utilizando algunos tests proyectivos como el HTP[21] o el dibujo de la figura humana, los resultados no arrojaron valor predictivo (Chantler et al., 1993). Los tests proyectivos pueden ser

21. *House-tree-person* o test de dibujo de la casa, el árbol y la persona.

utilizados para acompañar una valoración de la personalidad, estilos de afrontamiento, características relacionales, pero nunca como estrategia de primera línea en la evaluación de AS, ya que no han sido diseñados específicamente para tal fin.

En cuanto al uso y la interpretación de dibujos libres, corre exactamente la misma advertencia. En su experiencia, las autoras de este libro han encontrado situaciones en las que se pretendía validar un AS por la presencia de múltiples chimeneas en el dibujo de la casa, o por la presencia de múltiples símbolos fálicos a lo largo de los dibujos infantiles. Ningún relato específico o que arrojara luz sobre posibles situaciones de AS acompañaba tales dibujos.

2. Los *dibujos de figuras y los muñecos anatómicamente correctos* parecen encontrarse más en línea con lo que se pretende evaluar en un niño o niña de quien se sospecha ha sido abusado sexualmente. Los primeros han sido objeto de menores controversias que los segundos a lo largo de los años, a pesar de que se realizaron diversas investigaciones y se crearon guías de uso de los muñecos anatómicamente correctos (MAC). Los MAC pueden ser de utilidad si el entrevistador conoce las guías para emplearlos y se atiene a ellas.

Distintas investigaciones han apoyado su uso como modelo anatómico (esto es, para hacer un inventario de las partes del cuerpo con el niño), como herramienta de demostración, es decir, como un medio para asistir al niño en su relato del abuso, y como herramienta de chequeo o revisión (*screening tool*); por ejemplo, cuando un niño despliega espontáneamente conductas sexuales con los muñecos (por ejemplo, explorando el muñeco se lleva el órgano genital a la boca y lo chupa), y el entrevistador toma este dato como puerta de entrada para preguntarle al niño por lo que está haciendo, y de ahí indaga luego por el origen de dicha conducta (Everson y Boat, 1994, 2002).

Una situación así fue observada por una de las autoras de este libro en su trabajo con un niño de tres años y medio que, habiendo desvestido al muñeco varón, colocó los genitales del muñeco en su boca y comenzó a succionarlos. Cuando se le preguntó por lo que estaba haciendo con el muñeco, el niño contestó: "Lo chupo como un chupetín como mi papá me lo chupa a mí".

Los dibujos de figuras anatómicamente correctas (FAC) son representaciones del cuerpo humano sin ropa, que proveen detalles sobre las distintas partes. Se utilizan dibujos de figuras masculinas y femeninas de frente y de

espalda, que representen lo mejor posible al niño o niña víctima y a la persona señalada como ofensor. Si se utilizan figuras preimpresas se le pide al niño o niña que elija cuál se parece más a él o ella, y en un segundo momento cuál se parece más a la persona señalada como ofensor sexual. Si el entrevistador no usa figuras preimpresas y las dibuja él mismo, es recomendable que las haga lo más parecidas posible a un niño/a y a un adulto (si fuera un adulto quien cometió el abuso).

Faller (2003) plantea que al no dibujar los genitales en las FAC se evita que el entrevistador sea acusado de direccionar al niño o niña evaluados. Las autoras de este libro suelen no dibujar los genitales a estas figuras, pero la decisión de no hacerlo responde más bien a otra idea: al solicitar al niño o niña la descripción de las partes del cuerpo y la función que cumple cada una, se busca que sea él o ella quien dibuje tales partes faltantes, ya que en algunas oportunidades esto ha servido como disparador para el relato, o incluso como una evidencia más de corroboración de este; por ejemplo, en casos en que los niños han dibujado el miembro viril en posición erecta, o en posición erecta con un chorro saliendo de él.

Las FAC se pueden utilizar:

- Como ayuda para el inventario de partes del cuerpo durante una fase previa a la de preguntas específicas sobre el AS.
- Reintroduciendo los dibujos cuando se hacen las preguntas específicas sobre el AS, a los efectos de que el niño muestre lo que está verbalizando en los dibujos que ya utilizó y conoce, o que se ayude con ellos para completar el relato.
- En aquellas entrevistas en que el entrevistador ha intentado otros medios de acercamiento al tema y aun así quedan cuestiones centrales por resolver para determinar la posibilidad de que el AS haya sucedido, puede decidir utilizar los dibujos, conducir un inventario de partes del cuerpo y luego, señalando los genitales del niño o niña, y utilizando la palabra con que este/a los denomina, preguntarle si alguna vez algo le pasó a esa parte de su cuerpo (Faller, 2003).
- Una vez que el niño ya ha hecho un relato verbal del AS, el entrevistador puede usar estos dibujos para clarificar y corroborar la información que el niño le dio. Le pide que marque en la figura que representa su cuerpo todas las partes donde algo le sucedió. Luego le pregunta qué le sucedió a cada parte. Acto seguido, utiliza una figura para el cuerpo del ofensor y pide al niño que marque qué parte/s del cuerpo

el ofensor utilizó y qué hizo con cada una de ellas. Una de las autoras de este libro suele solicitar a los niños que completen este esquema uniendo con flechas los puntos del cuerpo del niño tocados con los puntos del cuerpo del adulto que tocó. De esta manera se obtiene una mayor corroboración y verificación del relato infantil.

Las FAC no son útiles si el niño o niña debe representar determinadas conductas sexuales abusivas como la penetración, o bien la interacción entre dos personas (por ejemplo, que el papá se acostó arriba de la nena).

3. El uso de *otros juguetes* puede ser de ayuda como demostración de lo que el niño está contando. Por ejemplo, los títeres pueden emplearse para ayudar al niño a contar, mediatizando el relato de modo tal que no sienta que es él o ella quien está relatando de manera directa el AS. Las casas de muñecas pueden servir de ayuda para mostrar en qué partes de la casa sucedía el abuso; en este caso, los figurines que vienen con la casa o los muñecos del estilo Playmobil pueden ser útiles explicar quiénes más estaban y dónde estaban cuando sucedían estas situaciones. A niños más grandes se les puede pedir que dibujen un plano de la casa con el mismo fin. Finalmente, los juguetes y los dibujos libres pueden ser de ayuda a la hora de cerrar una entrevista, o de hacer una pausa. El entrevistador puede pedirle al niño o niña que dibuje algo lindo que le gustaría recordar, o un lugar donde le gustaría estar o que le gustaría conocer, y así cerrar la entrevista de una manera cuidada hacia el niño.

f. Estilo de preguntas a realizar

Existen muchos profesionales que consideran que al niño o niña víctima de AS "no hay que preguntarle por lo que le sucedió". Diversas razones suelen esgrimirse para argumentar dicha postura:

- La idea de que la entrevista debe ser libre y en consecuencia el entrevistador debe apoyarse exclusivamente en lo que el niño dice y hace en su juego, y hacer interpretaciones sobre este último. Esta postura parece derivarse de una concepción tradicional de la entrevista psicodiagnóstica infantil, con un foco casi exclusivo en la observación y en la interpretación de los datos observados.

Esta postura tiene escasísimas chances de dar resultados positivos a la investigación, ya que, como se ha visto en la primera parte de este libro, muy pocos niños y niñas víctimas de AS revelan de modo espontáneo y voluntario el abuso sufrido.

– La idea de que las preguntas específicas sobre el AS pueden retraumatizar al niño o niña evaluado.

Esta idea parece apoyarse más en el desconocimiento del entrevistador y en sus propios temores que en la realidad. Los entrevistadores bien entrenados saben cómo y qué deben preguntar, y saben cómo manejar los ritmos de la entrevista, haciendo pausas cuando sea necesario y retomando el hilo, en un estado de balance entre las necesidades de la investigación y las necesidades y posibilidades infantiles. Por otro lado, no permitir al niño que hable de lo que le sucedió, no preguntarle por esto, da como resultado, por un lado, una menor cantidad de información que pueda ser utilizada en favor de la protección infantil y, por otro lado, refuerza en parte la idea que el abusador se encargó de marcar en la mente infantil: que es mejor y más conveniente no hablar.

– La idea de que, si le pregunta al niño, el entrevistador puede ser acusado de haberlo inducido.

Un entrevistador bien entrenado conoce cómo debe manejarse para evitar inducir al niño, sobre lo que se hará referencia en este mismo capítulo.

La realidad es que el corazón de una evaluación diagnóstica es la entrevista, y que esta, como se ha visto hasta ahora, tiene una estructura; es decir, no es una entrevista libre: tiene un objetivo específico —determinar si ocurrió o no el abuso sexual sospechado o denunciado— y está diseñada para alcanzarlo. Este diseño contempla la realización de preguntas que van de un menor a un mayor nivel de especificidad.

A continuación se hará referencia a la forma en que se introduce el tema del abuso a investigar en el transcurso de la entrevista,[22] lo que depende de si el niño ha hecho o no algún tipo de develamiento previo.

22. Para identificar el momento en el cual se introduce el tema del AS en el transcurso de la evaluación diagnóstica con el niño, se sugiere remitirse al inicio de este apartado, punto 5 del paso a (Estructura general de la entrevista).

Cuando el niño ya ha hecho algún tipo de develamiento, Faller (2007) hace referencia al protocolo de entrevista investigativa desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD, según sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, que propone al entrevistador nueve formas de introducir el tema y sugiere comenzar siempre por la primera y avanzar hacia la subsiguiente solo en caso de que sea necesario:

1. Contame por qué estás aquí hoy. Contame todo desde el principio y hasta el final.
2. Es importante que yo pueda entender por qué viniste hoy.
3. Sé que viste a (nombre del profesional a quien haya visto). Contame de qué hablaron.
4. Contame por qué creés que (la persona que lo llevó al lugar) te trajo aquí hoy.
5. ¿Está tu mamá (o el adulto cuidador) preocupada de que algo te haya pasado?
6. Escuché que alguien te ha estado molestando.
7. Escuché que alguien tal vez te haya hecho algo que no está bien.
8. Escuché que tal vez algo te sucedió en (lugar y tiempo en que sucedió).
9. Escuché que tal vez alguien (repetir lo que se sabe del alegato de AS).

Cuando el niño no ha hecho un develamiento previo, el tema se puede introducir:

- Haciendo preguntas focalizadas que lleven la atención del niño a personas significativas de su vida.
- Hablando de las partes del cuerpo y sus funciones.
- Haciendo preguntas focalizadas sobre los posibles contextos donde podría haber ocurrido el AS.
- Hablando de las diferencias entre contactos físicos apropiados e inapropiados.
- Hablando de los secretos y diferenciando los secretos que se pueden guardar de aquellos que se deben contar.

Una vez introducido el tema del AS en el contexto de la entrevista, existe consenso en considerar a las preguntas abiertas las más adecuadas para continuar con la investigación. Solo cuando el niño o niña no responde a las preguntas abiertas o sus respuestas son poco concluyentes, breves, insa-

tisfactorias, el entrevistador puede hacer preguntas cerradas,[23] para volver luego a las preguntas abiertas si el niño da información en respuesta a las preguntas cerradas.

Existe un continuo de preguntas aceptables para realizar en el contexto de una entrevista, a las que se hará referencia en esta sección. Más adelante serán planteadas las preguntas e intervenciones que el entrevistador *no debe realizar*.

A continuación se ofrece una guía orientativa de preguntas a realizar con los niños que han hecho un develamiento previo, con base en los trabajos de Faller (2007), Lamb y Sternberg (1999) y Walker (1999).

Paso 1. Preguntas generales

Dan inicio al proceso de entrevista. Buscan romper el hielo y establecer contacto con el niño; son parte de las preguntas que el entrevistador hace durante el proceso de construcción de la relación con el niño o niña a evaluar. No se relacionan con el tema del AS. Son preguntas abiertas:

> ¿Cómo estás hoy? ¿Qué cosas te gusta hacer? Me gustaría que me cuentes un poco sobre tus amigos/escuela/mascota.

Paso 2. Introducción del tema del abuso en la entrevista.

El entrevistador puede comenzar diciendo "Ahora que nos conocemos un poco mejor…", y continuar por preguntas tales como:

> ¿Sabés por qué viniste hoy aquí? / Contame por qué viniste hoy aquí.

También se pueden seguir los pasos propuestos por el NICHD.[24] El objetivo de esta serie de preguntas es lograr que el niño haga una narrativa libre. El entrevistador debe permitir que el niño cuente, sin interrumpirlo hasta que haya terminado.

Si el niño no desarrolla los hechos en una narrativa y solo se queda en un relato abreviado, estilo titular ("Vine por lo que me hizo mi papá", "Vine porque me pasó algo feo", "Vine por lo de la escuela"), el entrevistador puede invitarlo a continuar utilizando frases o preguntas del estilo:

23. Es decir, preguntas cuya respuesta es del tipo sí/no.
24. Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano de los Estados Unidos.

> ¿Podrías contarme todo lo que te acuerdes de lo que te hizo tu papá/de eso feo que te pasó/de lo de la escuela?

O bien:

> Contame todo lo que te acuerdes de lo que te hizo tu papá/de eso feo que te pasó/de lo de la escuela desde el principio y hasta el final.

A medida que el niño avanza con su relato, el entrevistador puede utilizar señales facilitadoras de la narrativa, que sirven para indicar al niño que el adulto está escuchando lo que le dice sin interrumpirlo:

> Ajá.
> ¿Y después? / ¿Qué pasó después?
> ¿Te acordás de algo más?

Paso 4. Preguntas contextuales

También llamadas preguntas *wh,* ya que hacen referencia a indagar sobre *qué* sucedió, es decir, detalles de la conducta sexual (*what* en inglés), *quién* lo hizo (*who* en inglés), *cuándo* lo hizo (*when* en inglés), *dónde* sucedió (*where* en inglés). El formato y contenido de estas preguntas va a depender de lo que el niño o niña ya haya dicho. El entrevistador hace estas preguntas como una forma de obtener detalles que complementen el relato.

> ¿Qué te decía?
> ¿Dónde pasaba lo que me estás contando?
> ¿Quién estaba en tu casa cuando eso pasaba?
> ¿Dónde estaba tu mamá/tus hermanos/tu abuela cuando eso pasaba?
> ¿Qué ropa tenías puesta cuando esto pasaba? ¿Qué ropa usaba (el perpetrador) cuando esto pasaba?
> ¿Cuándo pasaba esto que me estás contando?

El entrevistador debe recordar que los niños más pequeños tendrán dificultades en responder preguntas que impliquen categorías temporales (*cuándo*) o cantidades (*cuántas veces*). Asimismo, les puede resultar más difícil responder a preguntas sobre qué pasó *antes* que a preguntas sobre qué pasó *después* (Faller, 2007). Ante cada respuesta del niño o niña el entrevistador puede utilizar las señales facilitadoras de la narrativa del paso 3.

Paso 5. Preguntas de opciones múltiples

Las preguntas de opciones múltiples son preguntas cerradas a un número establecido de posibilidades. Deben utilizarse como último recurso cuando el niño o niña es *parco* a la hora de dar información. Para considerar la conveniencia de hacer este tipo de preguntas puede ser útil tener en cuenta lo que se ha evaluado previamente sobre las características actitudinales del niño o niña. Niños más complacientes pueden tender a responder como válida la última de las opciones propuestas, o sentirse inclinados a responder lo que creen que el entrevistador desea escuchar. Niños con patrones de dispersión muy altos puede que no den respuestas precisas si no están prestando debida atención al entrevistador, o si se los nota particularmente distraídos, cansados o ansiosos, como si buscaran terminar la entrevista. Para mejor corroboración, el entrevistador puede pedirle al niño que le cuente más (pregunta abierta) sobre la base de la respuesta que este haya dado. Las preguntas de opciones múltiples pueden ser del siguiente tipo:

> ¿Pasaba de día, de noche, a la tarde?
>
> ¿Pasaba en tu habitación, en la habitación de tus padres, en el baño, en alguna otra parte? [Por ejemplo, cuando el niño dice solo que pasaba en la casa y no hace referencia a una parte específica de esta.]

Paso 6. Preguntas de cierre

Estas preguntas se formulan cuando el niño o niña ya ha hecho un relato del AS y el entrevistador considera que ha logrado toda la información posible de él/ella. Este tipo de preguntas apuntan a que el niño o niña complete su relato con información que podría haber quedado sin responder o narrar.

> Esto que me contaste que hizo [el perpetrador], ¿te pasó con alguna otra persona? ¿Pasó en alguna otra parte además de [nombrar el lugar o los lugares mencionados originalmente por el niño]?
>
> ¿Hay algo más que quieras contarme o decirme de lo que pasó?

Si alguna respuesta a estas preguntas da lugar a nuevos elementos de información, el entrevistador continúa el procedimiento de preguntar, tratando de lograr siempre una narrativa libre por parte del niño.

A lo largo de toda la entrevista, y en la medida en que el entrevistador

considere que puede serle de utilidad, puede usar las herramientas de apoyo que se mencionaron.

Cuando las entrevistas no son filmadas, el entrevistador debe tomar nota de cada una de las preguntas que realiza, así como de las respuestas infantiles. También debe tomar nota de las actitudes del niño ante las preguntas, de los estados afectivos que acompañan la narrativa y de cualquier cambio conductual o afectivo que note a lo largo de la entrevista.

La estructura de la entrevista puede encontrar mayores desafíos cuando se trata de entrevistar a un niño o niña que no ha hecho un develamiento previo, pero de quien se sospecha pudo haber sido abusado sexualmente a partir de otras evidencias (por ejemplo, una enfermedad de transmisión sexual o una conducta sexualizada).

En estos casos la secuencia de preguntas puede ser la siguiente:

Paso 1. Preguntas generales

Siguen el mismo estilo y propósito que en el esquema de preguntas propuesto para niños que han hecho un develamiento previo.

Paso 2. Preguntas generales sobre problemas o preocupaciones

Son generales en el sentido de que no hacen foco directo en el abuso sospechado, pero sí hacen foco en el hecho de que el niño está siendo entrevistado por la posible presencia de un problema o situación problemática. Pueden también focalizar en los síntomas preponderantes que el niño ha exhibido:

> Aquí vienen otros niños y niñas a los que les han pasado cosas que los preocupan/les molestan/los hacen sentirse tristes o enojados. ¿Hay algo que te esté pasando o molestando o preocupando o poniendo triste/enojado que me quieras contar?
>
> Sé que estuviste teniendo muchas pesadillas; mi trabajo es ayudar a otros niños a los que les pasa lo mismo. ¿Hay algo que me quieras contar sobre tus pesadillas?

No suele ser común que los niños respondan a este tipo de preguntas de la manera esperada, es decir, revelando detalles sobre el posible abuso o dando pie a comenzar a hablar de ello.

Cuando el niño o la niña entrevistados no avanzan en el tema de inves-

tigación, ya sea porque no responden a estas preguntas generales o porque dan respuestas que se desvían del tema objeto de la entrevista (por ejemplo, una niña responde "Sí, me preocupa que se perdió mi gato y no lo podemos encontrar") el entrevistador debe pasar al paso siguiente.

Paso 3. Preguntas contextuales focalizadas

Este tipo de preguntas suelen realizarse en cierto orden. Se comienza por *preguntas focalizadas en la persona*. Se sugiere hacer preguntas abiertas que incluyan a distintas personas significativas en la vida del niño, además de la persona acusada del abuso.

> Contame sobre tu papá/abuelo/tío.
> ¿Qué cosas te gustan de tu papá, etc.? ¿Qué cosas te gusta hacer con él? ¿Hay algo que no te guste de él? ¿Hay algo que no te guste hacer con él?

Se puede continuar por preguntas *focalizadas en el lugar o contexto* donde el abuso ocurrió o pudo haber ocurrido.

> Contame sobre tu escuela.
> ¿Qué cosas te gustan de tu escuela? ¿Hay cosas que no te gusten de tu escuela?
> Contame sobre el momento en que te vas a la cama/cuando te bañás.

Finalmente, hay preguntas *focalizadas en el tema del abuso*, que tratan de indagar sobre este a partir de hablar sobre las partes del cuerpo o, más específicamente, sobre las partes privadas, sobre los secretos y sobre los juegos que el niño juega con la persona de quien se sospecha que ha abusado de él. Sobre la base de las recomendaciones de Walker (1999) se puede hacer un mapa del cuerpo o una figura anatómicamente correcta (FAC), y cuando el niño o niña ha hecho todo el reconocimiento de las partes corporales, el entrevistador puede preguntarle:

> ¿Alguna vez le pasó algo a tu colita?

Otras preguntas pueden ser:

> ¿Sabés qué es un secreto? ¿Todos los secretos se pueden guardar? [Si el niño contesta afirmativamente, el entrevistador puede presentar ejemplos de situa-

> ciones que impliquen un secreto que no se debe guardar, por ejemplo, "Si veo a alguien robar algo y me dice que no cuente nada, ¿ese es un secreto que se puede guardar o no?"] ¿Alguna vez alguien te pidió que guardes un secreto? Contame más.

Si de alguna de todas estas preguntas focalizadas se logra que el niño o niña responda en dirección a iniciar un posible relato de AS, el entrevistador lo invita a continuar el relato a través de preguntas tales como:

> ¿Podrías contarme todo lo que te acuerdes de lo que te pasó en la colita/del secreto que te pidió tu papá que no cuentes?

A medida en que el niño avanza con su relato, el entrevistador puede utilizar señales facilitadoras de la narrativa, que sirven para indicar al niño que el adulto está escuchando lo que le dice, alentándolo a continuar:

> Ajá.
> ¿Y después? / ¿Qué pasó después?
> ¿Te acordás de algo más?

Luego se puede continuar con los pasos 4, 5 y 6 del *continuum* de preguntas propuesto para niños que han hecho un develamiento previo.

Paso 4. Preguntas contextuales de tipo wh

Paso 5. Preguntas con opciones múltiples (solo si es estrictamente necesario)

Paso 6. Preguntas de cierre

Algunas estrategias propuestas para acompañar la entrevista de los niños que no han hecho un develamiento, pero de quienes se tiene fuertes sospechas de que podrían haber sido abusados, incluyen:

1. Plantearle al niño que tiene permiso de hablar con el entrevistador y que este permiso ha sido dado por el adulto cuidador o el que lo lleva a la entrevista. Si el niño o la niña se muestran muy temerosos o resistentes, el entrevistador puede —habiendo hablado claramente y de manera previa con el adulto cuidador— tener un momento de encuentro con el niño y el adulto, y plantear dicho permiso de manera más clara:

> Me gustaría que usted le diera permiso a María para que ella hable conmigo de las cosas que la preocupan/la molestan/le han estado pasando.

Se le pide al adulto que simplemente plantee su permiso de manera clara, sin necesidad de agregar nada más que lo que el entrevistador está diciendo, y que no debe decir nada que pueda ser sugestivo o inductivo.

2. Normalizar la entrevista y el motivo de la entrevista: "Yo atiendo a otros niños y niñas a los que les han pasado cosas como las que te sucedieron / a quienes les pasan las mismas cosas"
3. Usar herramientas de apoyo si se evidencia que hablar es algo que genera tensión en el niño, y que se puede sentir más cómodo usando dibujos o títeres para *contar*.
4. Comenzar por preguntas relacionadas con el posible contexto o lugar donde pudo haber ocurrido el abuso, si esto puede disminuir los niveles de tensión del niño o niña a evaluar.

g. Discusión sobre la presencia de otras personas en la entrevista

Un punto a considerar es la posibilidad de que el niño o niña no desee permanecer a solas con el entrevistador. Esto puede suceder cuando se trata de niños muy pequeños o altamente atemorizados.

En casos excepcionales, y en los que el entrevistador entienda que las entrevistas difícilmente puedan completarse o incluso llevarse a cabo a menos que el adulto que acompaña al niño (generalmente la madre) esté presente, el entrevistador deberá tomar algunos recaudos:

1. Asegurarse de que el adulto no interferirá en el desarrollo de la entrevista. Para eso debe anticiparle claramente los alcances de su presencia: debe permanecer en silencio; abstenerse de hacer gestos que el niño pueda interpretar como admoniciones, advertencias o expresiones de dolor, enojo o tristeza; abstenerse de decirle al niño lo que debe responder o de incitarlo a responder si el niño se mantiene en silencio. Si el niño busca la mirada o la aprobación o ayuda del adulto, este debe alentarlo a responder al entrevistador, dirigiéndose al niño de manera tranquila. Puede reconfortar y consolar al niño si se evidencia un pico de ansiedad, y debe comprometerse a respetar las

indicaciones del entrevistador. En caso de que no pueda hacerlo, deberá salir del lugar donde se lleva a cabo la entrevista; eventualmente el entrevistador puede decidir interrumpir por completo la entrevista si nota que el adulto tiene dificultades importantes para seguir adelante con las indicaciones.

2. Debe explicarle al niño o niña los alcances de la presencia de su mamá o del adulto cuya presencia esté requiriendo.
3. En la medida en que note que el niño logra mayor confianza, puede chequear con este la posibilidad de que su mamá o el adulto cuya presencia está requiriendo salga y permanezca en la sala de espera, para continuar la entrevista a solas.

* * *

La entrevista diagnóstica de AS es la herramienta con mayores probabilidades de dar a conocer a los agentes de intervención qué le sucedió al niño o niña objeto de la intervención, cuándo le sucedió, cómo y con quién. A veces, incluso el entrevistador mejor entrenado no podrá componer el rompecabezas de todo lo que sucedió a la pequeña víctima, y deberá armar su informe con la información con que cuente.

Una entrevista hecha por un entrevistador sin formación probablemente se convierta en un momento desperdiciado para la protección infantil.

Lo mismo ocurrirá con una entrevista realizada por un entrevistador entrenado que contenga toda la información necesaria para sustanciar un alegato de abuso, en manos de quien no puede, no sabe o no desea interpretarla correctamente en favor del bienestar del niño y no de los derechos del adulto imputado.

La responsabilidad de probar el abuso no es nunca de la víctima, sino de quienes se sientan a escucharla.

Fuentes de información alternativas: alcances y objetivos

La principal fuente de información sobre el abuso a investigar es el niño o la niña víctima. Su cuerpo (cuando hay signos físicos) y su relato constituyen los elementos fundamentales. Sin embargo, hay otras fuentes de información que aportan elementos coadyuvantes al diagnóstico.

Algunos profesionales consideran que tomar contacto previo con cualquier información externa al relato que pueda producir el niño o niña víctima podría sesgarlos. Sin embargo, el sesgo suele ser más inherente a la persona misma del entrevistador que a la información que este recoge. La persona que lleva adelante las entrevistas diagnósticas de AS debe poder mantener un balance entre todos los datos que obtiene, considerando siempre hipótesis alternativas, pero muy en especial cuando la información no resulta concluyente.

Cuando el niño ha hecho un develamiento previo a la evaluación, la principal fuente de información alternativa es el adulto que escuchó este primer relato. El entrevistador necesitará saber:

- ¿Qué dijo el niño?
- ¿En qué momento y circunstancia?
- ¿Cuál fue la reacción del adulto que la escuchó?
- ¿Cuál fue la contrarreacción de la niña (es decir, la reacción a la reacción del adulto)?
- ¿Hubo posteriores relatos?
- Si la respuesta es afirmativa, ¿fueron espontáneos o fueron una respuesta a preguntas hechas por el adulto?
- ¿La niña ha hablado o mostrado algo a otras personas más (niñera, abuelos, etc.)? En este caso puede ser de utilidad tener contacto directo con esas otras personas.

Las respuestas a estas preguntas darán al entrevistador información sobre *el contexto del develamiento*, información que difícilmente el niño podría dar por sí solo, aun si el entrevistador se lo preguntara.

La gran mayoría de las veces el adulto que recibe este primer develamiento es la madre, lo cual, en los casos de AS intrafamiliar en que el acusado es el padre, suele despertar sospechas en los agentes de intervención. Sin embargo, lo cierto es que, si el primer develamiento fue hecho a la madre, el entrevistador necesitará saber cuáles fueron las circunstancias de la manera más detallada posible, incluso para determinar hasta qué punto podría ser factible que la madre hubiera ejercido algún tipo de *influencia* en el relato de su hijo o hija.

Además, el entrevistador necesitará saber:

- Sintomatología y posibilidad de que esta tenga relación con el AS o con otras causas.
- Actitud del adulto frente a los dichos infantiles: ¿es de protección o, por el contrario, de descreimiento? La actitud del adulto ¿permite prever un riesgo de retractación en el niño a evaluar?
- ¿Cómo responde el adulto ante las indicaciones del entrevistador acerca de la necesidad de que se abstenga de hacer preguntas al niño o de hablar del tema mientras dure el proceso diagnóstico? ¿Es respetuoso de tales indicaciones o las discute?

Otras fuentes de información alternativa pueden ser todas aquellas personas que, por el tipo de contacto o relación que mantienen con el niño o niña a entrevistar, puedan tener información relevante para el diagnóstico; por ejemplo, familiares que hayan tenido contacto con conductas sexualizadas de la pequeña víctima; el personal de la escuela si estas conductas se han desplegado allí; profesionales de la salud (médicos, psicólogos, psicopedagogas) que estuvieran atendiendo al niño y que hayan tenido indicios o sospechas del abuso o hayan recibido alguna porción de relato de este.

En todos los casos es importante siempre consignar:

- Qué tipo de información se está obteniendo, y de qué fuente.
- En qué momento y de qué forma surgió esta información (si se trata de una conducta, por ejemplo, desde cuándo y en qué contexto se despliega).
- Si es información que la persona recibió u observó de primera mano, consignar cuál fue su reacción y eventualmente cuál fue la reacción del niño a la reacción de la persona.

La importancia del relato infantil: recaudos para evitar la sugestibilidad por parte del entrevistador

La sugestibilidad es un proceso muy complejo, determinado por múltiples factores: factores contextuales (contexto de la entrevista y contexto familiar), la naturaleza de las preguntas, las características de la memoria y algunos rasgos de la personalidad. Cuando se habla de los factores contextuales que pueden estar influyendo, se hace referencia a la situación de la entrevista

en sí misma, por un lado, así como a la situación en que se encuentra el niño que será entrevistado, por otro. Por ejemplo, no es lo mismo que el niño esté viviendo con el supuesto ofensor o que no lo esté; no es lo mismo que su madre haya creído su relato o que no lo haya hecho. En este sentido comienzan a ponerse en juego las características del contexto familiar. También puede influir en la sugestibilidad si el adulto no ofensor está desbordado con la situación de crisis familiar o si está más estable.

Un niño de cinco años había relatado a sus padres un abuso sexual sufrido por un tío materno, y la madre cada vez que el niño le acercaba alguna información de lo ocurrido se ponía a llorar. De ese modo, el niño se vio obligado a aceptar el hecho de que debía hablar menos. Esto puede entenderse como una forma indirecta de sugestibilidad: si bien esta madre no tenía intención de influenciar el relato del niño, lo hacía con su actitud emocional ante cada cosa que el hijo contaba.

También puede suceder que una madre desbordada llene de preguntas al niño, una y otra vez, y esto puede influir negativamente en lo que el niño relate, ya sea porque modifique a cada rato el relato o porque conteste lo que cree que su madre quiere/necesita escuchar.

Si el niño está junto a un adulto que no le cree y es entrevistado con la presión de que *afuera* nadie le creerá, se puede pensar en una suerte de sugestibilidad externa que influya en lo que el niño vaya a relatar en la entrevista. Es probable entonces que ese niño restrinja su relato, lo minimice o tal vez se retracte.

En lo que refiere a las características de personalidad, hay niños más inseguros que otros, o con menor desarrollo de la autoestima, y estos niños pueden estar muy atentos a ser complacientes con el adulto. Tal vez tengan la necesidad de ser aceptados y eso los lleve a modificar su relato, o bien a *rellenar* la información que le falta.

* * *

El tema de la sugestibilidad está presente en la problemática del ASI más que en ninguna otra forma de maltrato. Dicho de otro modo: en todos sus años de trabajo en la temática del maltrato infantil, ninguna de las autoras de este libro se ha encontrado con igual preocupación a la hora de determinar la sugestibilidad de un niño víctima de maltrato físico, por ejemplo.

La preocupación por la sugestibilidad en el ASI viene inicialmente de la mano de preguntarse: ¿es posible que este niño o esta niña esté contando

algo que no sucedió, inducido por otra persona? Es decir, en un principio la preocupación por la sugestibilidad está relacionada con el entorno en el cual el niño vive (entorno al que se mira como posible *inductor*) y en un segundo momento alcanza el contexto de la entrevista: ¿el entrevistador ha hecho preguntas que pudieran inducir un relato?

La sugestibilidad: ¿qué es y cómo evitarla?

Olafson (2007) plantea que hay un rango de definiciones que suelen ser utilizadas en las investigaciones sobre la sugestibilidad. Estas definiciones pueden ser más o menos amplias, por ejemplo:

- Entender a la sugestibilidad como el grado en el cual influencias posteriores al evento alteran la memoria o el recuerdo de dicho evento. Aquí entrarían desde las reacciones familiares ante el develamiento hasta el tipo de preguntas que el entrevistador hace al niño o niña.
- Una definición más amplia involucra las influencias sobre *todo el proceso de la memoria:* la codificación, el almacenamiento y la recuperación del evento. Dentro de esta definición entrarían —por ejemplo— todas las cosas que el ofensor le dice a la niña mientras abusa de ella, generando una distorsión en la codificación del evento.
- Una tercera definición involucra los factores que —además de todo el proceso de memoria— influirían el reporte o el relato que se hace del evento. Aquí es donde entraría la famosa *inducción maliciosa,* que suele adscribirse mayoritariamente a las madres. El supuesto subyacente a esta definición es que los niños —desde esta perspectiva— no tendrían falsos recuerdos, sino que harían falsos alegatos o relatos a sabiendas de que lo que están diciendo no es verdad. El tema de los falsos alegatos se desarrollará en la sección 10.6, de este mismo capítulo.

Alrededor de las investigaciones que estudian la memoria y la sugestibilidad infantil suele generarse una controversia. Se considera poco válido extender a las situaciones de abuso sexual infantil las conclusiones de investigaciones con niños que no han sido objeto de abuso sexual, por lo que no es sobre este tipo de hechos que se les harían preguntas engañosas.

Olafson señala que, además de algunas controversias, hay algunos puntos de coincidencia entre todas las escuelas que estudian la memoria y procesos asociados, como el de la sugestibilidad.

En cuanto a la *edad* (que suele ser uno de los puntos más críticos en la evaluación diagnóstica de AS), diversos estudios coinciden en que los niños muy pequeños (de tres o cuatro años) pueden recordar de manera muy precisa información sobre eventos significativos que ellos mismos han vivido. Hay consenso en decir que si un niño de esa edad es interrogado apropiadamente, su relato puede ser altamente preciso.

Pero también hay consenso en determinar que los niños, cuanto más pequeños, más condescendientes pueden mostrarse hacia los adultos y, en consecuencia, responder de manera que puedan *agradar* a quien los interroga. Los niños menores de cinco años suelen confundir la fuente de sus recuerdos más que los niños más grandes (es decir, encuentran mayor dificultad en determinar si lo que están contando es algo que realmente les sucedió o algo que les contaron). Estos dos elementos —la condescendencia hacia los adultos y la mayor dificultad para evaluar la fuente de sus recuerdos— serían los puntos de vulnerabilidad en niños menores de cinco años.

* * *

En un estudio llevado a cabo por Ceci y colegas citado por Olafson (2007), se pidió a un grupo de niños en edad preescolar (de tres a seis años) que contestaran algunas preguntas acerca de un par de eventos y que pensaran mucho en ellos, y se les aclaró que tales eventos podían o no haberles sucedido. Los eventos fueron, por un lado, que les había quedado una mano atrapada en una trampa para ratones y que habían tenido que ir al hospital para que se la sacaran (evento negativo); por el otro, que habían hecho un viaje en globo con sus compañeros de clase (evento positivo). Luego tuvieron entre siete y diez entrevistas, la última de las cuales fue diez semanas posterior a la primera. El 66 % de los niños de la muestra había resistido la repetición de preguntas sobre ambos tipos de eventos a lo largo de todas las entrevistas, es decir, sostuvieron sus respuestas ante la insistencia de los adultos en el interrogatorio.

Múltiples estudios de esta naturaleza se han hecho y se siguen haciendo desde entonces. Las conclusiones se suelen utilizar en las impugnaciones a informes periciales y en la defensa de los ofensores sexuales. Sin embargo, tal como dice Olafson, la validez ecológica de tales resultados podría ser cuestionable en los casos de abuso sexual, ya que "los entrevistadores forenses no les mienten a los niños a lo largo de 11 semanas" (2007: 23).

IR A CONTENIDO

* * *

Dice Olafson:

> Cuando un evento no es reciente o cuando los niños tienen poco conocimiento o comprensión sobre él, el recuerdo es menos completo, el monitoreo de la fuente del recuerdo se ve afectado, y son más vulnerables a la sugestibilidad. (Olafson, 2007: 25)

Esto hace necesario revisar muchas prácticas relacionadas con la evaluación diagnóstica de AS: ¿En qué momento del proceso de intervención se entrevista al niño? ¿Cuánto afecta la calidad de los recuerdos del niño o de la niña el paso del tiempo desde que se realizó la denuncia hasta que se lo entrevistó? Y no menos importante: ¿cuánto el entrevistador adscribe la poca contundencia o lo poco concluyente de la información obtenida a un factor ajeno al niño mismo, como lo es el paso del tiempo en la evaluación que se le hace? Las autoras de este libro nunca se encontraron con un informe en el cual se hiciera una valoración crítica de los factores no asociados al niño o a su familia, y de su influencia negativa en los hallazgos de las entrevistas.

En un caso en el que participó una de las autoras de este libro, una niña de cuatro años víctima de AS por sus abuelos fue entrevistada en dos ocasiones, y entre ambas entrevistas hubo tres meses de distancia. Las conclusiones del perito que intervino fueron que "no había datos concluyentes para determinar la posibilidad de que la niña hubiera sufrido un abuso sexual", pero en sus conclusiones no hizo crítica alguna al hecho de que, tal vez, la distancia entre ambas entrevistas hubiera podido tener algún tipo de influencia en la cantidad y la calidad de la información recogida.

¿De qué forma los entrevistadores pueden optimizar su trabajo?

Se sabe que los entrevistadores pueden ser causa de la sugestibilidad infantil de dos formas: por un lado, haciendo preguntas inductivas o engañosas; por otro, dando una retroalimentación negativa (ya sea verbal o gestual) a las respuestas del niño o niña evaluado.

Se sabe que los niños pueden sentir cierta presión en presencia de los adultos. Es una característica de la infancia su obediencia y su deseo de agradar, tanto como la tendencia a confiar en los adultos. Todavía es común decirles a los niños que deben hacer caso a los adultos y no contradecirlos. Esta es una práctica que está inmersa en la forma en la que se educa y se cría a los niños en todos los ámbitos: familiar, escolar, comunitario.

IR A CONTENIDO

Por esta razón, cuando los niños perciben que el entrevistador es autoritario o intimidatorio, pueden tender a ser más condescendientes con él, lo cual los hace más vulnerables a la sugestibilidad. El tono en que el entrevistador hace las preguntas, las preguntas capciosas, las preguntas que incluyen la respuesta o la desestimación de las respuestas o de los dichos infantiles pueden influenciar negativamente la respuesta infantil, no solo haciendo que el niño responda en forma poco convincente, sino también empujándolo a no hablar (situación que igualmente llevará al entrevistador a desestimar el posible abuso, por falta de un relato que pueda servir como prueba).

En un caso en el que intervino una de las autoras del libro, una niña de seis años planteó a la perito oficial que una de las peritos de parte (que estaba sentada al lado de la niña, en un espacio físico muy estrecho) le generaba temor. La perito oficial le preguntó a qué le tenía miedo, y la niña solo atinó a responder: "No sé, pero me da miedo", a lo cual la perito oficial le contestó: "Bueno, si no sabés a qué le tenés miedo, entonces no debe ser nada importante". La niña fue retrayéndose a medida que la entrevista continuó. La conclusión de la perito forense fue que la niña "no había prestado la colaboración suficiente para la realización de la entrevista". Sobre la desestimación de su estado de temor y la eventual incidencia que este pudo haber tenido en su escasa "colaboración", la perito no elaboró conclusiones.

En otro caso, una niña de nueve años fue entrevistada por la presidenta del tribunal oral durante la audiencia de juicio oral contra su padre.[25] La jueza sentó a la niña en su regazo, le hizo preguntas varias sobre su escuela, sus amigos y la música que le gustaba escuchar. La niña fue sintiéndose cada vez más confiada, y cuando la jueza le preguntó por las cosas que su papá le hacía, ella pudo hacer un relato claro y detallado. En un momento, la niña contó que su papá abusaba de ella cuando estaba borracho, a lo cual la jueza la interrumpió y con un tono de voz admonitorio, claramente diferente al que había utilizado hasta entonces, le preguntó a la niña: "Pero ¿y vos cómo sabés que él estaba borracho?, ¿eh?". La niña, visiblemente atemorizada, le respondió que lo sabía por el olor que su papá despedía, a lo cual la magistrada insistió: "Pero ¿y vos cómo sabés que ese olor es de borracho?". La niña permaneció en silencio, con la cabeza gacha.

25. Este caso data de la época en la cual aún no se había instituido en la República Argentina la práctica de la entrevista en cámara Gesell, por lo cual era habitual que los niños fueran citados a declarar durante las audiencias de juicio oral, y las declaraciones podían darse tanto en una cámara Gesell como en la sala de audiencias —a veces, incluso, en presencia del ofensor—.

En este caso, en el que intervino una de las autoras en calidad de terapeuta de la niña, cabe aclarar que esta había sido evaluada por peritos forenses (psicóloga y psiquiatra) que habían determinado la validez del relato infantil. El padre fue finalmente condenado a prisión por dos votos a favor y uno en disidencia. El voto en disidencia fue el de la jueza que había interrogado a la niña, quien basó su duda sobre la veracidad de los hechos en los detalles sobre el estado de alcoholización del ofensor, que —según ella— la niña solo podía conocer por inducción externa. ¿Se puede pensar que el cambio en el tono de voz y en la actitud de la magistrada pudo tener influencia en la no respuesta de la niña, que la jueza interpretó como prueba de una inducción externa? Es al menos una hipótesis a considerar. Se debe tener presente además que, cuando a los niños se les presenta a los funcionarios judiciales de más alto rango, sean estos jueces o fiscales, la forma en la que estas personas se presentan y presentan su función también genera en los niños un sentido claro de que están frente a una máxima autoridad. En un grupo terapéutico de niñas en edad escolar que fueron abusadas sexualmente, una de ellas, de siete años, pregunta: "Si yo le digo a un juez que no quiero contestar algo, ¿me lleva presa? Porque a mí me daría vergüenza contarle a un hombre lo que me hizo mi papá ahí abajo".

Las dos viñetas presentadas nos muestran de manera clara y contundente qué significa para el niño el lugar de autoridad que los adultos ocupan. Por otro lado, es necesario recordar que muchos de los niños que han sido víctimas de abusos sexuales vienen de historias en las que el sometimiento al adulto ha sido una regla de vida, y por lo tanto es posible que continúen practicando ese mismo sometimiento con cualquier adulto, incluso con aquellos que están para protegerlos.

Los gestos del entrevistador también pueden condicionar al niño. Puede entender, por ejemplo, que está equivocado en lo que dice, o que está diciendo algo que no debe decir (en consonancia con lo que el abusador le ha dicho una y otra vez respecto de la conveniencia de no contar). También pueden temer seguir contando, según cómo reaccione el adulto: la preocupación y la consternación, tanto como la desconfianza, son señales que el niño sabe interpretar como negativas, incluso mucho antes de entender exactamente qué dice la cara del adulto que tiene enfrente. El solo hecho de que la reacción del adulto sea decodificada como negativa puede ser suficiente para que el niño se retraiga, no responda o intente responder en el sentido de lo que cree que el adulto desea escuchar, buscando de esta forma complacerlo para que cambie su actitud negativa.

IR A CONTENIDO

En cuanto a los recaudos para evitar la sugestibilidad infantil, varios de ellos han sido mencionados en capítulos anteriores, pero es importante reiterarlos:

1. Alentar al niño a que corrija al adulto. Los niños no suelen corregir los errores de los adultos; por lo tanto, las preguntas deben ser cuidadosas y testear la posibilidad de que el niño pueda hacer correcciones.
2. Alentar al niño a que diga cuándo no entiende algo, y ofrecerle repetir la pregunta cuantas veces sea necesario. Cuanto más pequeños son, los niños y niñas necesitan un lenguaje más claro y conciso, sin oraciones largas y evitando palabras que puedan resultar difíciles.
3. Anticipar al niño que el adulto puede no entender algo, y que cuando esto sea así posiblemente repita la pregunta. Explicarle al niño que esto no significa que lo que haya dicho sea incorrecto, sino que es el adulto quien no entiende.
4. Alentar al niño a que no adivine una respuesta, y que si no conoce o no sabe la respuesta a una pregunta simplemente diga *no sé*.
5. Recordarle al niño que el adulto *no lo sabe todo*. Los niños, sobre todo los más pequeños, pueden creer que los adultos conocen todas las respuestas a todas las preguntas, incluso las que los propios adultos les formulan a ellos. Por eso es importante, recordarles: a) que respondan de todos modos, aunque crean que el adulto que pregunta ya sabe, y b) que el entrevistador no estaba en el lugar o en los lugares donde sucedieron los hechos, por lo cual es importante que ellos sean precisos y amplios en su descripción de lo que sucedió.

En la sección siguiente se hará referencia a las preguntas que es necesario evitar para no resultar inductivos.

Preguntas e intervenciones a evitar

En la sección 10.2 se hizo referencia a las condiciones óptimas para la realización de la entrevista diagnóstica de ASI y, dentro de esta, al continuo de preguntas que el entrevistador debe hacer tanto si el niño o la niña han hecho develamientos previos como si no.

En esta sección se hará referencia al estilo de preguntas que el entrevistador debe evitar, por considerarse fuente de posibles inducciones.

IR A CONTENIDO

Preguntas de tipo sí/no. Las preguntas de este tipo son cerradas porque desde su formulación apuntan a que el niño afirme o niegue lo que se le está preguntando; por ejemplo, al preguntar "¿Tu abuelo te tocó la chuchi?" las opciones de respuesta son dos: *sí* o *no.* Por otro lado, llevan a obtener menor cantidad de detalles. Una de las mayores preocupaciones alrededor de este tipo de preguntas es que el niño responda para complacer al adulto que lo interroga, con lo que puede dar lugar a falsos positivos. Sin embargo, esto se ha evidenciado solo cuando estas preguntas han sido acompañadas de alguna forma de coerción (Faller, 2007). En algunos estudios se ha comprobado que el sesgo hacia la afirmación es en realidad mucho menor que la poca precisión en las respuestas a esta clase de preguntas. En términos generales, se recomienda no utilizar preguntas de este tipo, especialmente con niños de tres y cuatro años, a menos que el entrevistador tenga una buena causa para considerar que posiblemente haya habido abuso sexual. La Asociación Profesional Americana contra el Abuso Infantil (APSAC) sugiere que estas preguntas pueden utilizarse cuando el entrevistador ha agotado todos los medios menos directivos de interrogar y aun así persiste la preocupación sobre un posible abuso sexual. En caso de que con este tipo de preguntas el entrevistador obtenga respuestas afirmativas sobre el posible abuso, se sugiere que continúe la indagación con preguntas abiertas. Es recomendable, además, que el entrevistador informe sobre las razones que lo llevaron a formular preguntas de este tipo.

Preguntas capciosas. Son las que inducen al niño a confirmar lo que se le está preguntando: "¿No es verdad que tu abuelo te tocó la chuchi?" (se le pide que confirme algo que el entrevistador dice que pasó). "¿No es verdad que tu papá no te tocaba la cola?" (se le pide que confirme algo que el entrevistador dice que *no* pasó). Suelen ir acompañadas de coletillas interrogativas ("¿No es cierto?", "¿Verdad?"). Son las preguntas más directivas posible y no hay excepción alguna que habilite su uso (a diferencia de las preguntas *sí/no,* que admiten ciertas excepciones). En algunos casos, también se sugiere evitar en las preguntas términos tales como *lastimó/lastimar*, *abuso* o *malo,* por considerar que son términos inductivos. Es importante tener en cuenta que a veces son los mismos niños los que han utilizado palabras tales como *lastimar* o *malo* en sus primeros develamientos, en cuyo caso emplear las mismas palabras no sería necesariamente inductivo.[26]

26. Mención aparte merece el uso de la palabra *abuso* cuando los niños la traen en sus relatos, ya que es una palabra que un niño difícilmente utilice en su léxico habitual, sobre todo los más pequeños.

Preguntas o intervenciones coercitivas. Implican el empleo de alguna forma de coerción o manipulación para obtener la cooperación del niño. Por supuesto que no se trata del mismo tipo de coerción utilizada por el ofensor (al menos no persigue la misma finalidad), pero no deja de ser un modo inadecuado de inducir al niño o a la niña a hablar. Decirle a una niña "Si me contás, podés irte con tu mamá pronto" o "Si me contás, te doy caramelos antes de irte" pueden relacionarse más con el deseo del entrevistador de obtener información que con la intención de dañar al niño o niña a evaluar. Muchos entrevistadores caen en esta clase de intervenciones con la mejor de las intenciones, creyendo que son inocuas y que pueden incluso generar en el niño o en la niña cierto alivio. Lo cierto es que intervenciones de este tipo reproducen el esquema de manipulación y coerción que el niño o la niña ha sufrido a manos del abusador y, en consecuencia, están lejos de producirle un verdadero alivio. Por otro lado, este tipo de intervenciones tienen altas probabilidades de generar falsos positivos (es decir, relatos de algo que no sucedió).

Faller (2007) advierte que el propio contexto de una entrevista diagnóstica de AS es en sí mismo coercitivo, ya que el niño está frente a un adulto y se espera que hable de algo que, si pudiera, evitaría. Por eso un niño puede decir, por ejemplo, que prefiere jugar en lugar de hablar, y el entrevistador puede encontrarse contestándole: "Después de que hablemos podés jugar". Faller opina que decir esto puede sonar coercitivo para el niño, pero, aun así, es necesario para los fines de la entrevista. Según la autora, no hay forma de eliminar *este* componente de la entrevista; en todo caso, lo que debe hacer el entrevistador es ser consciente de que puede sonar coercitivo para el niño y tratar de manejarlo de la mejor forma posible. Por ejemplo, le puede permitir que dibuje o coloree algo mientras habla o alternar espacios de conversación sobre el abuso con espacios de juego.

Una de las autoras de este libro utiliza una estrategia similar a esta última con niños que tienen mayores dificultades para permanecer focalizados en el tema de la entrevista o con aquellos altamente evitativos: acuerda con el niño o la niña que durante el tiempo que dure la entrevista habrá momentos de hablar y momentos de jugar, establece a priori la duración de cada momento y se atiene estrictamente a los tiempos y ritmos pautados (se puede utilizar, por ejemplo, la alarma de un teléfono celular para marcar esos lapsos). En muchos casos, el simple hecho de que el adulto sea coherente con lo prometido y cumpla con lo pactado hace que el niño o la niña se extienda naturalmente en la parte de *hablar sobre lo que sucedió.*

IR A CONTENIDO

Preguntas engañosas. Las preguntas engañosas son aquellas que contienen información falsa o que apuntan a ella (por ejemplo, preguntarle al niño o a la niña "¿De qué color es el pelo de tu papá?", cuando se sabe que el padre es pelado). Este tipo de preguntas supuestamente tendrían por finalidad chequear la sugestibilidad infantil (es decir, si el niño contesta que su papá es pelado, sería menos sugestionable que si responde "negro"). Faller (2003) advierte que los niños que han sido víctimas de abuso sexual podrían asociar las preguntas de este tipo a la manipulación del ofensor. Desde la perspectiva de las autoras de este libro, es una falta ética engañar al niño como forma de testear su resistencia a la sugestibilidad. Hay otras formas de chequear —durante las etapas preliminares de la entrevista— la tendencia del niño a ser complaciente con el adulto o su resistencia a la sugestibilidad. El mayor esfuerzo para evitar la sugestibilidad debe estar en manos del entrevistador y en su habilidad para hacer las preguntas y para sortear los obstáculos que las respuestas infantiles le puedan presentar.

* * *

Hay una serie de intervenciones que se debe evitar durante la entrevista. Son aquellas en las que quien interroga deja translucir, muchas veces de manera inadvertida, un preconcepto sobre lo que sucedió, condicionando las respuestas infantiles. A veces vienen de la mano de necesitar más información. Por ejemplo:

- El entrevistador puede preguntarle a la niña si le contó a alguien lo que estaba sucediendo. Si la niña contesta que no, el entrevistador puede desear o necesitar saber las razones por las cuales no lo hizo. Una forma apropiada de preguntar sería: "Me gustaría entender por qué no se lo contaste a nadie, ¿me ayudarías?", pero incluso haciendo la pregunta de esta forma es posible que la niña se sienta culpable o sienta que hizo algo mal, que no debería haber hecho (no contárselo a nadie). Preguntas que se deben evitar absolutamente son:
  - "Pero ¿cómo no se lo contaste a nadie?", ya que incluye una admonición en la forma de formularla.
  - "¿Por qué no se lo contaste a nadie?", porque indica en su formulación que la niña *debería* haberlo contado a alguien, sin tener en cuenta que el abusador opera en sentido exactamente contrario.

- El entrevistador no debe hacer comentarios que impliquen un juicio de valor o una opinión propia sobre lo que el niño o niña está relatando, tales como:
  - "¿Estás segura de lo que estás diciendo? Mirá que es muy grave, ¿eh?"
  - "¡Pero eso que estás contando es terrible!"
  - "¿No te gustaba lo que te hacía?" (esta, lamentablemente, es una pregunta que las autoras de este libro saben que se les ha hecho muchas veces a las víctimas adolescentes).
  - "Eso que estás contando no puede ser. Los papás buenos no hacen esas cosas que vos decís."
  - "Mirá que si mentís tu papá puede ir a la cárcel por nada, así que pensá bien en lo que decís, ¿sí?"

- El entrevistador debe considerar como relativo el valor de la respuesta a determinadas preguntas, como "¿Alguien te dijo que contaras esto que me estás contando?". Esta es una pregunta que últimamente se hace mucho a los niños y niñas evaluados, y apunta a determinar si han sido inducidos (maliciosamente) a contar algo que no sucedió. La mayoría de los niños responden de manera inocente a esa pregunta con una afirmación, tras la cual el entrevistador suele preguntar "¿Quién?", a lo que el niño o la niña suelen responder "Mi mamá". El problema con esta pregunta es que cuando la respuesta del niño es "Mi mamá", el entrevistador no suele ir más allá; toma la respuesta y puede concluir que el niño contó porque la madre le dijo que lo hiciera. La pregunta —o la respuesta— podría ser menos problemática si se considerara:
  a. La posibilidad de seguir indagando: "A ver, contame qué (más) te dijo tu mamá".
  b. La posibilidad —si el niño no puede ampliar la información solicitada— de que no haya ninguna inducción maliciosa ni ninguna forma de presión en lo que la madre le ha dicho al niño. En general, es posible —e incluso deseable— que la madre lleve al niño a la entrevista habiéndole dado un mínimo de información sobre el lugar al que va y las razones por las cuales va a ese lugar. En ese sentido las madres pueden decir cosas tan diversas como:
     - "Vamos a ir a un lugar a hablar con una persona que atiende niños."

- "Te voy a llevar a un lugar donde va a haber una persona que te va a hacer preguntas. Podés contar todo / Podés contar todo lo que te molesta / Podés contar todo lo que me contaste a mí / Podés contar todo lo que te pasó."
- "Te voy a llevar a un lugar donde te van a preguntar por lo que te hizo tu papá. Tenés que contar todo para que te puedan ayudar / Tenés que contar todo para que a tu papá no lo veamos nunca más."
- "Te voy a llevar a un lugar donde tenés que contar que tu papá te tocaba la cola en la cama de mamá y papá y que te metía el dedo adentro."

Es de absoluta relevancia recordar que la simple respuesta infantil "Mi mamá" a la pregunta del entrevistador no alcanza para dilucidar de qué forma la mamá le dijo al niño o la niña que contara al entrevistador lo que le relató.

- El entrevistador no debe prometer nada que no esté a su alcance cumplir. Muchas veces, la situación de abuso por la cual un niño o una niña han pasado puede despertar en el entrevistador el deseo —humano y legítimo— de evitarle al niño mayores sufrimientos futuros. Lo cierto es que no está en sus manos hacerlo. No puede prometerle al niño que no le va a suceder más lo que le sucedió, ni prometerle que no va a ver a su papá o a quien abusó de él, ni que todo va a estar bien y se va a solucionar, ya que ninguna de esas situaciones, por deseables que puedan ser para el niño, su familia y el entrevistador mismo, depende de él. A veces los mismos niños interpelan al entrevistador en busca de respuestas que les den seguridad y tranquilidad, en cuyo caso el entrevistador debe responderles con honestidad. Si la niña desea saber si volverá a ver al abusador: "Yo voy a hacer todo lo posible para que vos puedas estar bien, pero no es algo que yo pueda lograr/decidir solo/a". Si la niña desea saber si su papá va a ir a la cárcel: "No lo sé, es una posibilidad, pero eso es algo que deciden los jueces cuando conocen todo lo que necesitan saber". Si la niña pregunta si alguna vez va a poder ver a su papá nuevamente: "Es posible, pero eso lo decide un juez, que tiene que estar seguro de que estas cosas no vuelvan a sucederte". Incluso cuando muchas veces se sabe que las decisiones que se toman en pos del bienestar infantil no

serían las que uno mismo tomaría, el entrevistador debe ser cauto a la hora de prometer algo que no puede lograr por sí mismo.

Los falsos alegatos

Faller plantea: "Prácticamente cada alegato de abuso sexual plantea una pregunta acerca de su veracidad" (2007: 191). Una pregunta no menor que generalmente no se formula es: *¿Por qué no sucede lo mismo con cada alegato de cualquier otra forma de violencia? ¿Por qué no se duda de la veracidad del relato de un maltrato físico, de la sospecha de negligencia o del relato sobre un maltrato emocional?* Las autoras de este libro consideran que la respuesta es compleja e incluye factores ya mencionados en capítulos anteriores; por ejemplo, una persistente dificultad para creer que un niño pueda ser abusado sexualmente en el contexto de sus relaciones familiares, o para creer que adultos educados o miembros prominentes y respetados de la sociedad puedan cometer estos actos.

La siguiente pregunta que se impone es: *¿Es necesario esforzarse por encontrar razones para desacreditar el alegato de* AS*, o es necesario esforzarse por mejorar las habilidades investigativas?* Esta pregunta tiene que ver con el hecho de que la discusión sobre los falsos alegatos de AS suele ocupar tanto espacio (y a veces incluso más) que el espacio que se le destina a la correcta validación de un relato de abuso.

En primer lugar, es necesario definir qué se entiende por *falso alegato*. Tal como se lo entiende y utiliza hoy, un falso alegato de AS es un alegato que fue creado de manera deliberada con el objetivo de perjudicar a alguien (en general, a la persona acusada del abuso).

En segundo lugar se impone la pregunta: *¿Existen los falsos alegatos? Es decir ¿existe la posibilidad de que alguien tome la decisión de crear un relato de* AS *falso con el objetivo de perjudicar a una persona?* La respuesta es *sí*. No obstante, el número de falsos alegatos como proporción del número de casos en que el AS es validado sigue siendo ínfimo: la mayoría de los estudios más serios al respecto coinciden en plantear que, en promedio, entre un 3 % y un 4 % de los casos reportados constituyen falsos alegatos. Algunos estudios y valoraciones estadísticos hechos en Estados Unidos han planteado incluso porcentajes menores (del 1 al 3 %).[27]

27. Fuente: The Leadership Council on Child Abuse & Interpersonal Violence- ‹http://www.leadershipcouncil.org/›.

Ahora bien, es necesario aclarar que alrededor del tema de los falsos alegatos se dan dos problemas: el primero es la generalización de la idea de que los falsos alegatos se dan prioritariamente y casi de modo exclusivo cuando surgen en medio de un divorcio controvertido, y el segundo es la inclusión en el conjunto de falsos alegatos de casos de abuso que no pudieron ser validados (es decir, casos en los que no se reunió la información suficiente para determinar si hubo abuso, pero aun así hay razones para que la sospecha de un posible abuso persista) o de casos reportados en los que se concluyó que no hubo abuso, pero en los cuales no hubo mala intención en el reporte.

Haciendo referencia a este último problema, Faller (2007) plantea que, cuando se incluyen en el conjunto de falsos alegatos los casos no validados y aquellos en los que se concluye que no hubo abuso, el porcentaje de los primeros se incrementa —distorsionadamente— de modo dramático, y quienes usan —y abusan— de esa ecuación no distinguen las características de cada tipo de caso y plantean que ese enorme conjunto de casos reportados que engloban en la categoría de *falsos alegatos* son reportes de AS hechos de manera tendenciosa y maliciosa. El cuadro siguiente establece las diferencias entre las diversas categorías que deben discriminarse.

Falso alegato	Es un alegato de AS que fue creado de manera deliberada con el objetivo de perjudicar a alguien.
Caso no validado	Es aquel que, luego de ser investigado, no ha arrojado conclusiones definitivas, pero que al mismo tiempo advierte sobre la necesidad de considerar vigente la sospecha de un posible AS.
Falso positivo	Es aquel en el que se concluye que hubo AS, pero esa conclusión es errónea. Puede deberse a una investigación incorrecta o al uso de preguntas sugestivas y directivas durante el proceso de entrevista.
Falso negativo	Es aquel en el que se concluye que no hubo abuso porque el niño no habló o porque niega haber sido abusado, cuando en realidad sí fue abusado. Puede deberse a una investigación incorrecta, pero también a la interposición de mecanismos disociativos en el niño evaluado.
Casos en los que no hubo abuso	Es aquel que, luego de ser investigado adecuadamente, arroja como conclusión que no hubo AS. Las razones para el reporte pueden ser mala interpretación de señales o conductas, interferencia en el adulto de su propia historia no resuelta, celo o preocupación excesivos que muchas veces pueden derivar de la cercanía de otros casos de AS (por ejemplo, un niño es evaluado porque tres de sus compañeritos fueron abusados en la escuela por el mismo profesor).

Cuando se piensa en términos de intervención y de protección infantil, los casos no validados, los falsos positivos y los falsos negativos hacen recaer el mayor peso en la tarea de recolección de datos e investigación del AS, es

decir, recaen enteramente en el sistema de intervención. En ellos no hay absolutamente nada que se le pueda adjudicar al niño o niña o a quien reporta el supuesto AS.

Si se comparan entonces los falsos alegatos con los casos en los que no hubo abuso, es factible decir que el punto de coincidencia entre ambos es que *no hubo abuso sexual*, pero difieren en el motivo y en la intención que llevó a la denuncia: mientras que en los falsos alegatos se puede hablar de maliciosidad, esta no se aplica a los casos en los que se comprueba que no hubo abuso.

Distintos estudios que se realizaron siguiendo una clasificación similar a la propuesta en el cuadro anterior confirman que el porcentaje de casos en los que hubo falsos alegatos sigue siendo mínimo, en comparación con los casos validados y aquellos en los que no hubo información suficiente para la validación.

En este sentido es interesante la comparación que surge de dos estudios que se hicieron con casos reportados al mismo servicio, el Departamento de Servicios Sociales del Condado de Denver, con diez años de diferencia. En el primero, de 1983, sobre una muestra de 576 casos de AS reportados al Departamento, el 53 % de los casos fueron validados; el 24 % fueron casos no validados por información insuficiente; el 17 % fueron casos en los que se determinó que no hubo AS, y solo el 6 % fueron casos falsos (Jones y McGraw, 1987). En el estudio que se hizo en el mismo servicio en 1993 (Oates et al., 2000), sobre una muestra de 551 casos reportados de AS, los hallazgos fueron: 43 % de casos validados; 21 % no validados por información insuficiente; 34 % de casos en los que no hubo AS, y un 2,5 % atribuido a casos en los que no hubo AS porque los niños involucrados habían hecho reportes erróneos, pero no malintencionados.

Al tomar el 34 % de casos en los que no hubo AS, la composición de la muestra arrojó los siguientes resultados:

- En el 21 % de esos casos se comprobó que no había habido mala intención en quien había hecho el reporte.
- En el 6 % de esos casos se comprobó que la denuncia se había hecho porque el adulto a cargo del niño había reaccionado por demás a la sintomatología infantil.
- En el 5 % de esos casos se comprobó que un profesional de la comunidad había hecho una denuncia sin fundamento, pero sin mala intención.

– Solo en el 3,6 % de esos casos se comprobó que había habido una denuncia maliciosa: el 1,6 % habían sido hechas por un adulto, el 1,5 % habían sido hechas por un niño y el 0,5 % eran casos de colusión entre el adulto y el niño.

* * *

¿Cuáles son los criterios que se suelen argumentar más comúnmente para decir que un alegato es falso?

A continuación se revisarán estos argumentos y sus limitaciones, para pasar luego a identificar qué criterios deberían utilizarse para determinar la falsedad de un alegato de AS.

a. *Se plantea que, si el alegato de AS surge en el contexto de un divorcio, en especial un divorcio controvertido, o en un caso en el que se disputa la tenencia o custodia de los hijos, el alegato es falso.* Una cosa es considerar estos contextos como de riesgo para un alegato falso, y otra muy distinta es conectar inequívocamente ambas variables (alegato de AS durante situaciones de divorcio o tenencia = falso), en cuyo caso se estarían perdiendo de vista cuestiones vitales. Por ejemplo, hay situaciones de AS que comienzan luego del divorcio, y muchas veces a raíz de este. Padres que no soportan la pérdida de la pareja o de la familia, inmaduros emocionalmente, pueden iniciar contactos sexuales con sus hijos o hijas como forma de *compensar* dicha pérdida. En otras ocasiones, el divorcio es visto por el niño o la niña como una *oportunidad* para detener el AS, ya que la presencia intermitente del padre abusador les genera una sensación de seguridad, y de que lo que está sucediendo tal vez pueda detenerse. Relatan entonces las situaciones de AS sufridas desde antes del divorcio parental porque creen que de esa forma podrán detenerlas (por ejemplo, no yendo a dormir a la casa del papá). Si los agentes de la intervención no incluyen estas otras posibilidades en la evaluación y solo consideran que el alegato es falso por haberse dado en un contexto controversial y de conflictividad, estarán sesgando su mirada del caso y podrán dejar desprotegidas a verdaderas víctimas de verdaderas situaciones de AS.
b. *Se plantea que, si el niño o niña supuestamente víctima tiene una interacción positiva con el supuesto abusador, pide o reclama estar con él, o*

no manifiesta sentimientos de hostilidad hacia él, entonces el alegato es falso. Sostener este planteo significa desconocer absolutamente todo lo que se necesita saber sobre ASI para intervenir eficazmente en estos casos. Creer que el niño o la niña que fue abusado por su papá solo va a expresar sentimientos de hostilidad hacia él se parece más a una proyección de lo que el agente de intervención cree que haría en una situación tal, o a lo que le gustaría que el niño o la niña hiciera o manifestara. La vinculación del niño o niña victimizado sexualmente en el contexto de sus relaciones familiares es altamente compleja. No todos los abusadores son violentos en su forma de vincularse con los miembros de la familia; algunos pueden tener una vinculación cariñosa, afectuosa y adecuada en determinadas circunstancias con el niño del que abusan, y aun así abusar sexualmente de él/ella en otras circunstancias. Esa forma contradictoria y radicalmente opuesta de vinculación por parte del adulto fuerza al niño necesariamente a disociar su forma de vincularse con ese adulto, de modo tal que en determinadas circunstancias se *activa* el modo *normal* de vinculación, mientras que en otras se *activa* el modo de sometimiento al abuso (Baita, 2004). La coexistencia de ambas formas de vinculación no desestima la ocurrencia del abuso ni lo hace menos nocivo. En todo caso, habla de la complejidad de las operaciones mentales que el niño víctima debe hacer para sobrevivir a esta situación.

c. *Se plantea que si el niño o la niña se retractan de su alegato inicial es porque este es falso.* En capítulos previos se han explicado los motivos de la retractación, y la necesidad de entender que esta es una parte probable del proceso posterior al develamiento, en que la víctima se desdice de sus dichos iniciales porque la presión familiar o el temor a lo que pueda venir tras la intervención se le hacen más intolerables que el abuso mismo.

d. *Se plantea que, si el acusado niega insistentemente su participación en el AS, entonces el alegato es falso.* Este planteo no merece demasiada explicación. Es razonable esperar que una persona acusada de un AS, que podría ir a la cárcel por el delito cometido, niegue su participación en él. Si se antepone este criterio por sobre el relato infantil y la valoración de este, queda claro que el sistema de intervención está trabajando al servicio del adulto acusado y en detrimento de la víctima.

* * *

IR A CONTENIDO

¿Cuáles son entonces los criterios que deben tenerse en cuenta y ser evaluados para determinar si un alegato de AS es falso?

- *La oportunidad*. Por esquivo que pueda parecer este criterio, queda claro que si el alegato de AS incluye una situación imposible (por ejemplo, una niña plantea que fue abusada sexualmente por su papá, que vive en otro país y se comprueba que no ha estado en contacto con ella desde hace años), es falso.
- *No hay criterios de validación del relato de AS*. En el capítulo 12 se presentarán los criterios que se utilizan más comúnmente para validar un AS, pero en principio basta decir que la ausencia de criterios de valoración del alegato hecho por el niño es uno de los dos que se necesitan para considerar que un alegato es falso (en aquellos casos en los cuales se evalúe que sí ha habido oportunidad de que el supuesto abuso ocurriera). El otro criterio es:
- *Comprobar la intencionalidad maliciosa de quien ha hecho la denuncia*. Para que se pueda dar este criterio es necesario considerar dos cuestiones. La primera es que no solo los adultos pueden hacer un falso alegato, sino también los niños y los adolescentes. La segunda es que se pueden identificar factores de riesgo para un falso alegato, a los que el entrevistador deberá prestar atención y evaluar su eventual presencia. Sobre la ponderación de los elementos surgidos de los dos últimos criterios aquí planteados, el entrevistador estará en mejores condiciones de establecer si se encuentra o no frente a un falso alegato.

Los factores de riesgo para un falso alegato asociados a un adulto son, en primer lugar y como se ha dicho, un contexto de divorcio, en especial si es un divorcio conflictivo. Es importante recordar que un factor de riesgo implica la *posibilidad* de que determinada situación se dé, no la certeza. Esto significa que un AS denunciado en el contexto de un divorcio conflictivo *también puede ser verdadero*.

Se ha planteado asimismo un deseo de venganza de la persona acusadora (por motivos económicos o emocionales) como factor de riesgo, pero evaluar esto no sería tan simple. A menos que la persona que hace la acusación plantee de manera explícita que desea hacer daño al otro, o causarle sufrimiento, ¿de qué forma se puede establecer fehacientemente que la persona acusadora está movida por deseos de venganza hacia la persona acusada que la llevan a inventar algo que no sucedió? ¿Y qué es lo que el

entrevistador va a considerar como *deseos de venganza*? Muchas veces se ha tomado como *sospechosa* la actitud de enojo de las madres acusadoras hacia los esposos acusados. Pero ¿en qué se diferencia el enojo de un padre que se entera de que su hijo ha sido abusado en la escuela por un maestro, cuando dice "Si pudiera, lo mataría", del enojo de una madre que se entera de que su marido o exmarido ha abusado de los hijos de ambos cuando dice "Por mí que se muera" o "Por mí que se pudra en la cárcel"? ¿Están los agentes de intervención más inclinados a empatizar con el enojo del padre hacia el maestro abusador que con el enojo de la madre hacia el marido o exmarido abusador? Y si esto es así, ¿hay fundamentos científicos que avalen dicha postura? El argumento del deseo de venganza debe ser tenido en cuenta de manera muy cautelosa, ya que podría estar más avalado por percepciones sesgadas del evaluador que por la realidad misma.

En el estudio citado de Jones y Mc Graw (1987), estos autores evaluaron que el número de adultos que hacían un alegato falso de modo deliberado era menor que el de aquellos que presentaban un trastorno por estrés postraumático (TEPT) o una enfermedad psiquiátrica y habían hecho la denuncia de abuso *sin intencionalidad maliciosa*. Esto coincide con datos arrojados por otros estudios (Klajner-Diamond et al., 1987; Lipian et al., 2004). Estos hallazgos requieren ciertas consideraciones:

- En primer lugar, es necesario considerar que el hecho de que una madre con un TEPT o con una enfermedad psiquiátrica haga una denuncia de AS relativa a su hijo o hija *no inhabilita* la posibilidad de que el AS efectivamente haya sucedido.
- En segundo lugar, es importante revisar si en la infancia del adulto que hace la denuncia hay antecedentes de AS, tal vez nunca revelados, o que tras ser develados no hubieran recibido atención adecuada (posiblemente por parte del propio sistema familiar), y si existe la posibilidad de que tales antecedentes hayan funcionado como un factor de influencia y posible distorsión de la percepción actual del adulto.
- En tercer lugar, es preciso determinar, sobre todo con base en la reacción que despliega el adulto que denuncia cuando se le plantea que no ha habido AS, hasta qué punto el niño o niña se encuentra en riesgo con esta persona. Además es importante instar al adulto a realizar un tratamiento psicoterapéutico que le permita elaborar los efectos postraumáticos de la situación sufrida en el pasado.

Esta última consideración —la valoración del eventual riesgo en que el niño se encuentra con la persona que denuncia— también vale para los casos de falsos alegatos de AS.

En cuanto a los factores de riesgo para un falso alegato asociados a la víctima, es posible encontrar:

a. Situaciones en que el niño o niña se encuentra inmerso en una batalla legal entre sus padres por la tenencia.
b. El propósito de evitar situaciones que el niño o niña considera nocivas para sí. Estos casos suelen corresponder a adolescentes (que en los estudios suelen ser quienes hacen más falsos alegatos, en comparación con niños de menor edad) y se dan cuando el/la adolescente desea escapar de determinadas situaciones de vida, o cubrir su propia actividad sexual por temor a ser castigado/a por esta.
c. Animosidad contra el progenitor acusado.
d. Perturbación emocional, incluido TEPT, alucinaciones y otros desórdenes mentales.

Aquellas situaciones en las cuales el niño falla a la hora de identificar correctamente al abusador sexual no deben considerarse falsos alegatos. En todo caso, es necesario identificar el motivo de dicha falla (edad, preguntas sugestivas o incorrectamente formuladas u otras situaciones que hubieran podido alterar la percepción de los hechos por parte del niño).

* * *

Para concluir, es necesario considerar que, en el amplio espectro de los casos denunciados de AS, siempre es posible encontrar un porcentaje en el que los hallazgos indican que no hubo AS. Por lo visto en esta sección, no debe considerarse que todos los casos que dieron un resultado negativo certero constituyen falsos alegatos, ya que esto tiende a distorsionar las características reales de la problemática y sesga la mirada de la intervención. Las madres que hacen de buena fe una denuncia de AS que termina por ser infundada solo intentan proteger a sus hijos, y en ese sentido no corresponde que sean consideradas un riesgo para ellos.

Los falsos alegatos requieren dos elementos para ser considerados como tales: la evidencia de que el abuso denunciado no existió y la evidencia de que la persona que denuncia tiene la intención de perjudicar a la persona

denunciada. Cuando se comprueba que esto es lo que está sucediendo, la función del sistema de intervención es determinar qué hechos han empujado a esta situación, y ponderar la necesidad de continuar su tarea desde el lugar de la protección al niño o niña involucrado en el falso alegato. Un adulto que usa a un niño para perjudicar a otro adulto es un adulto de riesgo para ese niño, pero eso no implica dejar de evaluar al adulto que fue denunciado, para cerciorarse de que no es un factor de riesgo para el niño objeto de la intervención.

Por otro lado, un niño o un adolescente que inventan un abuso que no existió también muestran un nivel de disfuncionalidad importante, y es deber del sistema de intervenciones evaluar hasta qué punto la familia en que vive es la cuna de dicha disfuncionalidad y hasta qué punto es un contexto saludable para que el niño o el adolescente crezcan armoniosamente.

El síndrome de alienación parental (SAP)

> Notamos que las disputas que involucran la custodia [tenencia] y las visitas suelen ocurrir más frecuentemente cuando hay una historia de violencia doméstica. Los tribunales de familia no suelen considerar la historia de violencia entre los padres a la hora de tomar decisiones sobre la custodia y las visitas. En este contexto, el progenitor no violento puede encontrarse en desventaja, y una conducta que podría considerarse razonable en términos de protección contra el abuso suele ser malinterpretada como un signo de inestabilidad. Los psicólogos evaluadores no entrenados en [el tema de la] violencia doméstica pueden contribuir a este proceso al ignorar o minimizar la violencia y al colocar etiquetas patológicas inadecuadas a las respuestas de las mujeres a la victimización crónica. Términos como "alienación parental" pueden ser utilizados para culpar a las mujeres por el miedo y el enojo razonable de sus niños hacia su padre violento.[28]

La descripción del síndrome de alienación parental (en adelante, SAP), surgido a mediados de la década del ochenta, es atribuida al psiquiatra norteamericano Richard Gardner. Según su creador, el SAP es un desorden padecido por niños que surge exclusivamente en el contexto de disputas por la tenencia de los hijos en el divorcio parental, por el cual el niño o la niña son

28. Extracto del reporte de la Presidential Task Force de la American Psychological Association (1996) sobre Violencia y Familia.

IR A CONTENIDO

"programados" por uno de sus progenitores (al que Gardner llama "alienante" y asegura que en un 90 % de los casos es la madre) para odiar al otro progenitor (al que denomina "alienado" y, según él, en la mayoría de los casos es el padre). El niño o la niña pueden además agregar sus propios "escenarios de degradación" hacia el progenitor alienado, sus propias "razones para odiarlo" (Dallam, 1999). Según Gardner, el progenitor "alienado" no ha hecho nada por lo que pueda merecer el odio de su hijo o hija.

Siempre siguiendo al autor, la mejor forma de conseguir esta alienación sería a través de falsas acusaciones de abuso sexual contra el padre alienado, situaciones que las madres utilizarían para obtener la tenencia de sus hijos, separar a estos de manera definitiva de los padres y vengarse de sus exmaridos. De manera tajante, el autor aduce entonces que la gran mayoría de los alegatos de abuso sexual en el contexto de disputas legales como las que se dan por la tenencia de los hijos son fabricaciones falsas. En la misma línea, sugiere que el mejor "tratamiento" para este síndrome consistiría en: 1) aumentar el contacto con el padre alienado y reducirlo drásticamente con la madre alienante, forzando tal situación si fuera necesario y extendiendo la falta de contacto a una separación completa y a la prohibición de cualquier otro tipo de contacto (correo electrónico o teléfono); 2) quitar la tenencia y eventualmente encarcelar a las madres que no cumplan con el mandato judicial; 3) enviar a los niños que se niegan a esta situación (el contacto con el padre "alienado" y la separación de la madre "alienante") a centros de detención juveniles o a hogares sustitutos durante un tiempo, para que puedan "reflexionar" sobre la situación y "revisar" su decisión.

El autor hace una caracterización de los tres elementos que según él conforman el síndrome: el niño, la madre alienante y el falso alegato. Del primero plantea que siente un odio hacia el padre basado en argumentos débiles o falaces, sentimiento que se puede hacer extensivo a otros miembros de la familia paterna; en contraposición, siente un amor sin dudas ni fisuras hacia la madre alienante, y en ninguno de los dos casos (ni en los sentimientos hacia el padre ni en los sentimientos hacia la madre) surge ambivalencia, ni se cuestiona acerca de si es correcto sentir semejante odio por el padre alienado.

En cuanto a la madre alienadora, refiere que su principal característica es un esfuerzo denodado por programar al niño o niña, esfuerzo que puede ser llevado a cabo a través de maniobras conscientes o inconscientes. Algunas de las "maniobras conscientes" que según Gardner ejecutan estas madres incluyen, por ejemplo: contratar a una niñera en lugar de dar al padre el lugar

y la oportunidad de cuidar del niño, no mandar al niño a las visitas cuando este se encuentra enfermo e incluso hacer denuncias "fabricadas" o "delirantes" sobre violencia contra ellas mismas, con el fin de obtener órdenes para restringir el acercamiento del padre a su hijo o hija. Entre las maniobras "inconscientes" detalla: mantenerse neutral en cuanto a las visitas del niño al padre, favorecer las visitas al padre, o decirle que debe ir a ver al padre para no tener problemas con la Justicia. Para Gardner, *cualquiera de estas tres actitudes* constituye una maniobra inconsciente de lavado de cerebro por parte de la madre (Faller, 1998).

Finalmente, en cuanto al falso alegato, Gardner refiere que este se puede encontrar en un continuo que va desde una fabricación 100 % falsa hasta una alucinación por parte de la madre alienada, es decir, un relato de un hecho que no existió y que la madre termina por creer como cierto.

Entre los motivos por los cuales se desarrollaría este "síndrome", Gardner plantea que el niño evita perder el vínculo con su madre. Dado que el vínculo con la madre es, según el autor, más fuerte que el vínculo con el padre, el niño hace todo lo necesario para mantener y reforzar el primero en detrimento del segundo, incluyendo, si es necesario, "inventar" una acusación falsa de AS contra su padre. La actitud "complaciente" de la madre hacia esta actitud infantil reforzaría esta última. Otro de los motivos aducidos es una "formación reactiva": según Gardner, el niño o niña en realidad utiliza la acusación de abuso sexual por parte del padre como forma de enmascarar sus verdaderos deseos de mantener actividad sexual con este último.

Dos mecanismos psicológicos más, la identificación con el agresor (la madre) y la idealización (de la madre), contribuirían también al desarrollo del SAP. Según Gardner, el niño y la madre se funden en una locura de a dos (*folie a deux*), y en esta dinámica delirante se unen todos los que están cerca; por ejemplo, otros niños del mismo grupo familiar o incluso los terapeutas a quienes esta madre consulta, de quienes Gardner dice que suelen ser mujeres, y que pueden, o bien ser paranoicas ellas mismas, o bien tener una tendencia importante a odiar a los hombres (Faller, 2007). Cuando se trata de hijas mujeres, Gardner añade otro factor que potencia el desarrollo del SAP: la rivalidad sexual. Según Gardner, cuando el padre encuentra otra pareja o se enamora de otra mujer, la niña lo acusa falsamente como forma de demostrar su hostilidad por no haber sido elegida ella como *partner* sexual, situación que la madre alienante aprovecha en su beneficio para vengarse del exmarido.

En cuanto a las madres, Gardner plantea que estas suelen activar la falsa acusación de AS cuando sienten que podrían perder la tenencia de sus hijos.

IR A CONTENIDO

De este modo, la denuncia funcionaría como el último resorte para evitar que la tenencia pase a manos del padre.

Otras razones son la pérdida económica, la venganza hacia el padre por haberse divorciado de ella, y un supuesto amor obsesivo hacia los hijos que dice proteger, que en realidad enmascara una hostilidad hacia ellos. Finalmente, la falsa acusación de AS no sería otra cosa que una proyección de las propias fantasías sexuales reprimidas o suprimidas; es decir que la madre se imaginaría las actividades sexuales entre el padre y el hijo o la hija como una forma de proyectar sus propias fantasías y deseos reprimidos de ser ella quien tenga ese tipo de actividades.

De manera contradictoria, Gardner opina que el 95 % de las denuncias de incesto en el contexto de familias intactas son verídicas, pero que el 90 % de tales denuncias en el contexto de un divorcio, en cambio, son falsas. Según Faller:

> Evidentemente él no considera que una consecuencia posible del descubrimiento del incesto sea la decisión de la madre de divorciarse del padre ofensor. (Faller, 1998: 104)

Una mirada crítica al SAP

Una mirada crítica al SAP puede hacerse desde dos lugares: por un lado, los fundamentos en los que Gardner basa su "teoría"; por otro, la falta de sustento empírico.

Comprender y tener en claro los fundamentos en los que Gardner ha basado el desarrollo del SAP es de suma importancia.

¿Qué es lo que él piensa sobre los niños, sobre la sexualidad y sobre el AS?

Gardner considera que los niños son seres naturalmente sexuales, que pueden exhibir cualquier tipo de conducta sexual, ya sea de tipo heterosexual, homosexual, bisexual o autosexual (Faller, 1998), y que cualquier relato o conducta sexualizada que despliegue el niño o la niña y demuestre un conocimiento avanzado de la sexualidad es en realidad producto de sus propias fantasías y deseos de mantener esa actividad sexual con el padre (u otro adulto). Según él, esto es así para niños y niñas de cualquier edad, incluidos los más pequeños. Pero, además, considera que la sexualidad infantil se desarrolla sobre la base de otros factores contribuyentes, como, por ejemplo, los programas de prevención y la educación sexual, que también tendrían su lugar en el desarrollo de falsos alegatos de AS (es decir, según

Gardner, el conocimiento que los niños obtienen de tales programas y de la educación sexual les darían material para hacer un falso alegato). La exhibición de la sexualidad que satura los medios y la crueldad propia de los niños también serían, según Gardner, factores que contribuyen a la creación de un falso alegato.

En resumen entonces, según Gardner, los niños y las niñas podrían crear un alegato falso de AS porque:

- Tienen fantasías sexuales avanzadas y un conocimiento sexual mayor y más avanzado del que se cree, y en tales fantasías sexuales se despliega el deseo de realizar actos sexuales con el padre o con un adulto.
- Están expuestos a material educativo y preventivo que les aporta materia prima para su acusación (por ejemplo, al conocer la diferencia entre los contactos físicos apropiados y los que no lo son).
- Están expuestos a material sexual en los medios de comunicación que también les aporta insumos para tales falsos alegatos.
- Pueden crear falsos alegatos de AS porque son crueles y malvados.

En este punto es importante detenerse y saber qué opina Gardner sobre el abuso sexual. Según este psiquiatra, las actividades sexuales entre adultos y niños son parte del repertorio natural y normal de la actividad sexual humana; por otro lado, considera que la pedofilia ha sido la norma para una vasta mayoría de individuos a lo largo de la historia, y que además es una práctica actualmente aceptada por billones de personas. Considera que el abuso sexual en sí no es traumático, sino que lo que lo hace traumático es la actitud social hacia ese tipo de encuentros entre un adulto y un niño, una actitud que él califica como excesivamente punitiva y moralista. Además, plantea que *todos* los seres humanos tienen algo de pedofilia dentro de sí mismos.

Tal vez por eso él considera que tanto la madre acusadora como los profesionales que intervienen en la evaluación de los niños (a quienes llama despectivamente "los validadores") también actúan sus propias fantasías sexuales al involucrarse en este alegato y tomarlo como cierto.

Gardner plantea que, cuando la madre que acusa hace la denuncia, se está haciendo una imagen mental del encuentro sexual entre el adulto y el niño que en realidad representa su propia fantasía, y que cada vez que la recrea está satisfaciendo sus deseos de verse involucrada en ese tipo de actividades sexuales con su propio hijo o hija. Refiere que algunas perso-

nas se sienten más afligidas que otras con la idea de la pedofilia, y entonces menos inclinadas a practicarla, por lo cual incurren en un mayor ejercicio de imaginación sobre posibles actividades sexuales entre adultos y niños. Esas personas, según Gardner, serían proclives a hacer denuncias de abuso sexual. Este mismo principio sería aplicable a los profesionales que intervienen evaluando a los niños, quienes no solo gratificarían sus propias fantasías pedófilas al escuchar sus relatos, sino que además intervendrían en tales casos por ambición económica.

El SAP puede ser mirado de manera crítica, además, por su falta de soporte empírico. Esta es la razón por la cual —a pesar de los ingentes esfuerzos de sus defensores— no fue aceptado para su inclusión en la última versión del DSM (DSM V), el Manual Diagnóstico para los Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, uno de los dos sistemas de clasificación diagnóstica utilizados internacionalmente.

Pero además:

- Ninguno de los instrumentos desarrollados por Gardner para "evaluar" la presencia del SAP ha sido validado científicamente. Se trata de la Escala de Legitimidad del Abuso Sexual y el Protocolo para la Evaluación de Abuso Sexual, que en realidad fue una extensión de la primera y que dejó de usarse luego de que la Corte de Apelaciones de Florida (Estados Unidos) rechazara su uso por considerar que carecía de "un grado razonable de reconocimiento y aceptación entre el espectro de expertos médicos y científicos" (Dallam, 1999).
- Sus conclusiones y el desarrollo del SAP provienen de sus propias observaciones en los casos en los que él participó, sin que tales observaciones hayan sido contrastadas empíricamente en estudios de campo.
- Los criterios utilizados desafían la lógica y se basan en razonamientos circulares: por ejemplo, considerar que si el alegato surge en el contexto de una disputa por tenencia es falso, o que el hecho de que un niño acuse a un progenitor de abuso sexual es evidencia del SAP, y que si es el niño o su madre quien realiza la denuncia esto es prueba de que el alegato es falso.
- El SAP se basa en presunciones erróneas o falsas e infundadas, como por ejemplo: que la mayoría de las denuncias de AS en contextos de disputa legal son falsas, o que los padres abusadores se comportan de una manera estereotipada que hace fácil su reconocimiento (por ejemplo, dice que son impulsivos, que suelen estar listos para la pelea,

que también abusan de sus esposas, que suelen tener una historia de pérdidas de trabajos, que no se esfuerzan por ganar dinero y que si lo ganan lo gastan en alcohol o en apuestas; que las madres que funcionan de manera asertiva o protectora son alienantes y que no lo son aquellas que hacen todo lo que está a su alcance para que el niño mantenga una relación positiva con el padre).

– No admite ninguna explicación alternativa para la reactividad negativa del niño hacia el padre "alienado", ni considera que este pueda tener algún tipo de participación o responsabilidad en la actitud y la conducta infantiles. Diversas razones, tales como un aumento de la ansiedad de separación posdivorcio, una conducta o expectativa del padre inapropiada o rígida (por ejemplo, que el niño o la niña *debe* quedarse a dormir con él, sin importar su edad o lo que diga al respecto), una modalidad conductual impredecible, temor o preocupación por el bienestar de la madre, un padre insensible a las necesidades del niño o poco presente en la vida cotidiana de este, con problemas psicológicos, emocionales o abandónico, también pueden dar cuenta de una reactividad negativa del niño hacia el llamado padre "alienado".

¿Por qué no se debe considerar el SAP en las intervenciones sobre ASI?

Las autoras de este libro acuerdan con Dallam cuando plantea:

> Dado que las teorías de Gardner se basan en sus observaciones clínicas y no en datos científicos, *estas deben ser entendidas en el contexto de su atípica mirada sobre la pedofilia y el abuso sexual infantil*. (Dallam, 1999, destacado añadido)

La mirada que Gardner esboza sobre la sexualidad humana convierte a todos los seres humanos en perversos: a los niños, a las madres que denuncian el abuso y a los profesionales que intervienen en su evaluación. Sin embargo, no se expide sobre los padres que abusan, tal vez porque, precisamente, su mirada del abuso es que este no existe como tal. De otra forma, ¿cómo explicar y bajo qué rótulo enmarcar las conductas sexuales entre adultos y niños que, según él, serían "normales"?

Cada vez que un agente de la intervención, desde el lugar que sea, argumenta la existencia de un SAP en un caso de AS, está avalando esta *atípica*

mirada sobre la naturalización del ASI que Gardner hace. De hecho, entre tantas contradicciones sin resolver que deja el autor del SAP, no explica qué entiende él por AS. Lo que sí queda claro es que él opina que los contactos sexuales entre adultos y niños son normales y que no son dañinos, y que solo la respuesta social es la responsable de la traumatización del niño cuando el AS (o, en palabras de Gardner, la conducta sexual "natural" entre adultos y niños) ve la luz.

En el capítulo 1 de este libro se planteó cómo a lo largo del tiempo el abuso sexual de niños se ha visto naturalizado y condenado. Se describió cómo la idea de considerar que el adulto puede hacer uso de la sexualidad infantil e imprimir a este uso supuestas cualidades terapéuticas, educativas y recreativas para el niño ya estaba presente en los ilustrados orígenes de la civilización occidental. Ciertamente esto no habla bien de nuestras sociedades. Pero lo que agrava este concepto negativo sobre nuestra sociedad es que hoy se siga aceptando utilizar argumentos pseudocientíficos que en última instancia no hacen más que avalar lo mismo que hacía el hombre en la Antigüedad: que los niños y niñas puedan ser objeto del uso que el adulto quiera darles. Cuando se le da cabida al SAP como argumento, es eso lo que se está avalando.

Los escritos de Gardner han sido rechazados y repudiados por el mundo científico. Los únicos profesionales que los han aceptado y han colaborado en su publicación en revistas que están por fuera del círculo científico y académico son Ralph Underwager y Hollida Wakefield, cuyos escritos han sido citados en infinidad de ocasiones y en su propia defensa por hombres acusados penalmente de pedofilia. Asimismo, los escritos de Gardner y el SAP en particular suelen estar presentes en la defensa de hombres acusados de AS hacia sus hijos.

Se puede argumentar que es lógico que una persona acusada de un delito eche mano de toda explicación que encuentre para defenderse. El problema es que jueces, fiscales, psicólogos y psiquiatras, que deberían anteponer en su práctica los mayores estándares de calidad, se sientan tentados de utilizar y validar en sus escritos e informes un pretendido síndrome que tergiversa peligrosamente lo que es el abuso sexual infantil y lo que provoca en los niños y niñas que lo padecen.[29]

29. Para un mayor conocimiento sobre los límites de la admisibilidad del SAP como argumento legal, se sugiere la lectura de J. Hoult (2006), "The Evidentiary Admissibility of Parental Alienation Syndrome: Science, Law and Policy", *Children's Legal Rights Journal*, vol. 26, n.o 1, pp. 1-61, disponible en ‹http://www.leadershipcouncil.org/docs/Hoult.pdf›.

Capítulo 11

La necesidad de entender el abuso sexual como un evento traumático

Hay diversas definiciones de lo que es *trauma*. La siguiente reúne —desde el punto de vista de las autoras de este libro— los elementos necesarios para enmarcar el impacto de los acontecimientos reales en el ser humano.

Una experiencia traumática es un acontecimiento que hiere el sentido de seguridad y bienestar de quien lo vive, cubriéndolo de falsas y destructivas creencias sobre sí mismo y sobre el mundo.

Es una experiencia de estrés sin escape, que abruma los mecanismos de afrontamiento propios del ser humano y que produce síntomas no solo de orden psicológico, sino también fisiológico. El trauma altera la memoria, la percepción, la emoción, la fisiología. Al respecto Herman refiere:

> Los acontecimientos traumáticos pueden dañar las funciones que normalmente están integradas y que sufren un extrañamiento unas de otras. (Herman, 1997: 65)

La misma autora dice:

> Los acontecimientos traumáticos destrozan los sistemas de protección normales que dan a las personas una sensación de control, conexión y de significado. (Herman, 1997: 63)

Terr describe dos tipos de trauma, que cataloga como *tipo I* y *tipo II*. El primero se caracteriza por ser la consecuencia del enfrentamiento a un único evento, de carácter agudo, inesperado, como un accidente, por ejemplo. El segundo, en cambio, hace referencia a la exposición a eventos crónicos, que se repiten y que muchas veces se superponen. Según esta clasificación, se habla de trauma tipo II tanto si se trata de un niño que ha sufrido AS a lo largo de años como si se trata de un niño que a lo largo de años ha sufrido AS, maltrato físico y emocional, ya sea de manera secuencial o simultánea.

IR A CONTENIDO

La reiteración de esta exposición hace que el o los eventos a los que el individuo se ve expuesto no sean inesperados, y por su repetición y el momento en el cual suceden —etapas críticas del desarrollo, como la infancia o la adolescencia— provocan síntomas severos y duraderos. Dentro de este último rango se ubican todas las situaciones de malos tratos a la infancia y de exposición a la violencia crónica y repetida.

En algunas definiciones se agrega que una característica de los eventos traumáticos a los cuales el individuo se ve expuesto es que son de naturaleza extraordinaria.

¿Es el AS un evento de naturaleza extraordinaria? Absolutamente. Con independencia del hecho de que el AS ocurre incluso mucho más de lo que se conoce, en el desarrollo del niño como persona es un evento al cual no debería verse enfrentado jamás. Es también de naturaleza extraordinaria porque no aporta absolutamente nada a la trayectoria evolutiva normal del ser humano (al menos nada que el ser humano necesite para desarrollarse), porque es evitable y porque suele ocurrir en un contexto atípico (no se espera que la familia sea la fuente del daño) y en un momento crítico del desarrollo.

¿Es el AS un evento que excede los mecanismos de afrontamiento propios del individuo? Sí. Pero ¿por qué? Para responder a esta pregunta es necesario entender cómo responden los seres humanos a las situaciones tensionantes o potencialmente estresantes o traumáticas.

Todas las personas llegan al mundo preparadas para sobrevivir. Parte de la herencia biológica incluye mecanismos adaptativos localizados en el cerebro que advierten al individuo de peligros, lo preparan para defenderse de ellos y le permiten recuperarse del esfuerzo que implicó dicha defensa de la supervivencia. Estos mecanismos defensivos son activados por la respuesta de alarma.

A diferencia de los animales, los *peligros* que los seres humanos deben enfrentar no involucran necesariamente la posibilidad de vivir o morir. Eventos tales como un accidente, un huracán o una inundación son situaciones que enfrentan a las personas a la posibilidad de vida o muerte, pero otras situaciones, tales como la violencia física o verbal, la negligencia, el abuso sexual y el abandono, activan los mismos circuitos cerebrales que los eventos antes mencionados, aun cuando la muerte no sea una posibilidad.

Los mecanismos defensivos de los que está dotado el ser humano son cuatro: la lucha, la huida, el congelamiento y la sumisión. No es el individuo quien elige qué respuesta activar. Su cerebro está preparado para activar la

respuesta más adecuada una vez que ha hecho una valoración rapidísima —no consciente ni deliberada— del tipo de peligro al que se enfrenta y de sus posibilidades.

La regulación de estas respuestas ante el peligro no tiene una *configuración de fábrica.* Es producto de un proceso en el que intervienen las figuras de cuidado desde recién nacidos, e incluso antes, mientras el bebé está en el útero materno. Las figuras de cuidado o figuras de apego son las encargadas de regular y modelar todas las respuestas de activación, tanto las que enfrentan al bebé a la tensión y al peligro como las que lo conectan con la alegría. Desde el inicio de la vida, todas las situaciones que elevan la tensión de su organismo —el sueño, el hambre, el dolor— activan circuitos neuronales y hormonales cuya actividad vuelve a sus niveles basales solo cuando el adulto que lo cuida, la figura de apego, lo calma. La repetición una y otra vez de las mismas acciones consolida tales circuitos neuronales. De este modo el bebé *aprende* que a la tensión puede seguir la calma. Más adelante podrá aprender a regular por sí mismo sus propios estados de tensión. Así se van gestando los mecanismos de afrontamiento a las situaciones estresantes. Este circuito, engendrado y practicado en la interacción entre un adulto y un bebé una y otra vez, es lo que se conoce como *apego seguro*.

El apego seguro no inmuniza al ser humano contra el peligro, pero sí lo fortalece para hacer frente a las adversidades. No es posible evitar estar en un accidente de automóvil, pero sí es posible enfrentar mejor las consecuencias posteriores. El apego seguro nos hace sin lugar a dudas más resilientes.

Ahora bien, ¿qué sucede en las situaciones de AS, y en especial en aquellas que se dan en el contexto de las relaciones intrafamiliares, con un padre o un padrastro? El circuito predecible de tensión-calma antes descrito se ve alterado.

La niña es abusada por una figura de apego. La conducta sexual, la intrusividad, posiblemente el dolor, la coerción para mantener el secreto, la amenaza, funcionan como fuentes elevadoras de la tensión. Se activa la respuesta de alarma. ¿Quién calma ese estado? Si la niña no puede/debe hablar porque está conminada a mantener el secreto, la única persona que queda allí para calmarla es la misma persona que genera la tensión. La primera paradoja se pone en marcha: quien debe calmar y resguardar del peligro es quien *causa* el peligro.

De la misma manera que el apego seguro es la conformación de un circuito en el que se repite una respuesta parental predecible, en la que el adulto está allí para validar los estados de tensión y para calmarlos, el abuso

sexual activa un estilo de apego inseguro, caótico y desorganizado, y su repetición a lo largo del tiempo lo consolida. Lo que debería ser una excepción —la lucha por la supervivencia— se convierte en regla, en la cotidianidad de la vida del niño y la niña que son abusados. La persona que debe cuidar y calmar daña. Diversas representaciones mentales de esta misma persona, contradictorias, opuestas, mutuamente excluyentes, se activan con cada modo de interrelación —el abusivo y el no abusivo—. El único modo de lidiar con semejante contradicción es guardar todas las representaciones en la memoria, pero sin conexión entre sí: así, la representación mental del padre que abusa y la representación mental del padre que cuida no se tocan, como tampoco la representación que la niña tiene de sí misma siendo la víctima del abuso se toca con la representación que tiene de sí siendo amada y cuidada por ese mismo papá. Esa compleja operación mental se denomina *disociación* y es la responsable de muchas de las situaciones que dejan perplejos a los agentes de intervención: ¿por qué la niña no muestra hostilidad hacia el padre que la dañó? Porque lo que está mostrando es *una de tantas caras de la misma moneda*. La disociación activa en ese momento, delante del agente de intervención, mientras está revinculándose amorosamente con su papá, la representación mental del padre que cuida relacionándose con la niña que es cuidada. Pero no elige voluntariamente, conscientemente, qué representación activar.

¿Puede una niña abusada luchar para defenderse del abuso? La asimetría física lo hace altamente improbable, y rápidamente el cerebro *lee* que resistirse físicamente podría ser incluso más peligroso: quien abusa siempre tiene más fuerza. ¿Puede huir, escapar físicamente de dicha situación? A pesar de que una ecuación similar a la de la lucha podría aplicarse a la huida, podemos reconocer los intentos de huida en los relatos de los niños y niñas: "Yo me tapaba con la frazada para que pensara que estaba dormida", "Me daba vuelta para la pared para no mirar cuando entraba a mi habitación", pero estos intentos probaron en general ser infructuosos, porque igualmente el abuso persistía. Muchos adultos sobrevivientes a situaciones de AS en la infancia relatan su habilidad para *irse con la mente,* una forma de huida que viene a intentar compensar lo que la biología no puede resolver a través del mecanismo de alejarse del peligro.

La lucha y la huida son las dos respuestas defensivas que tienen mejores chances de alejar al ser humano del peligro y de su fuente; pero, cuando se evidencia la imposibilidad de ponerlas en marcha, el cerebro aún tiene dos posibilidades más en su repertorio defensivo: el congelamiento (lo que

muchas veces se escucha como *parálisis*) y finalmente la sumisión, la respuesta que —ante la evidencia de que no hay escapatoria alguna— cierra las puertas al dolor. Si resulta exitosa en su fin, la energía conservada al dejar de pelear o de tratar de escapar podrá ser utilizada para la recuperación. Pero, como se ha planteado, la fase de recuperación es transitoria y engañosa: pronto el AS se presenta como parte de una realidad a esperar con cierta frecuencia, más que una situación a evitar excepcionalmente. En palabras de las propias víctimas, la sumisión como respuesta defensiva queda puesta de manifiesto de formas tales como: "Cuando mi papá se metió en la cama yo cerré fuerte fuerte los ojos y me quedé dormida", "Yo sabía que él estaba ahí pero no sentía nada, era como si mi cuerpo hubiera desaparecido".

Para Van der Kolk (2006), el trauma es mucho más que el resultado de una respuesta fisiológica. Su esencia radica en la impotencia del individuo que lo sufre:

> Para los seres humanos el mejor predictor de que algo se convierta en traumático parece ser aquella situación en la que ya no es posible imaginar una salida, cuando la lucha y la huida ya no son una opción y [el ser humano] se siente abrumado e impotente. Tal como Darwin señaló: las emociones de miedo, disgusto, enojo o depresión son señales para comunicarles a los otros que se alejen o que [nos] protejan. Cuando una persona es traumatizada estas emociones no producen el efecto para el que fueron destinadas: el predador no se aleja, no desiste ni protege, y cualquier acción que la persona traumatizada lleve a cabo falla a la hora de restaurar un sentido de seguridad. (Van der Kolk, 2006: xxi)

Cuando el agente de la traumatización es otro ser humano, como es el caso del abuso sexual infantil, la impotencia crece exponencialmente. Cuando el otro ser humano es quien debiera cuidar y proteger, crece aún más.

* * *

Algunas cuestiones pueden ayudar a entender la respuesta postraumática en los niños y niñas víctimas de abusos sexuales:

1. Las experiencias traumáticas son inherentemente complejas

Las respuestas de los niños a las situaciones traumáticas varían según el tipo de evento o eventos traumáticos que deben enfrentar, sus experiencias previas, quién sea el agente de la traumatización y la presencia o ausencia

de soporte familiar. La edad de comienzo de la traumatización y la duración de la exposición a esta son factores de primer orden en el desarrollo y la consolidación de las respuestas postraumáticas, así como en su gravedad y en el nivel de incidencia que tengan en el funcionamiento global del niño o la niña.

2. El trauma ocurre dentro de un contexto que incluye las características propias del niño, sus experiencias de vida y las experiencias actuales

Elementos como la respuesta no solo de la familia, sino también de la comunidad (escuela, recursos comunitarios de apoyo y asistencia), las características de personalidad del niño, sus experiencias —positivas y negativas—, los recursos y habilidades desarrollados, el temperamento y la existencia o no de alguna patología previa influirán en la valoración que el niño o la niña haga del peligro, de la protección y la seguridad.

3. Los eventos traumáticos provocan otras situaciones de stress concomitantes

Los eventos traumáticos generalmente gatillan situaciones de crisis familiar, que serán mayores cuanto mayor sea el involucramiento de la propia familia en la traumatización, como es el caso de las situaciones de AS intrafamiliar. A esto se suele sumar una crisis habitacional (si el niño debe abandonar su casa por una cuestión de protección), económica (por pérdida del sustento provisto por el abusador), puede haber mudanzas de barrio y/o de escuela, puede haber algún daño físico colateral, que implique además la intervención del sistema de salud. En las situaciones de AS las intervenciones legales suelen ser una fuente agregada de estrés (ya sea por el encarcelamiento del ofensor, por el tiempo que la familia pasa en dependencias judiciales o policiales y la forma en que esto altera su ritmo cotidiano de vida, o por las consecuencias temidas a futuro como producto de dicha intervención).

Todos los miembros de la familia se ven afectados —no solo el niño o la niña víctima del abuso— y la intervención puede ser necesaria para más de un miembro. En la comunidad, la escuela puede también verse afectada, y debe dar su respuesta ante esta crisis del niño y su familia. La forma más habitual en que la escuela se ve afectada en su funcionamiento ordinario es la puesta en marcha de acciones de protección al niño o niña siguiendo las órdenes judiciales (por ejemplo, de prohibición de acercamiento del ofensor sexual al niño).

IR A CONTENIDO

4. Los niños exhiben un rango de respuestas postraumáticas

Estas respuestas pueden ir desde el TEPT (trastorno por estrés postraumático) hasta disrupciones en el desarrollo madurativo, cuadros de ansiedad, depresión u otros desórdenes psiquiátricos.

5. Aspectos como el peligro y la seguridad son centrales

Los niños y niñas víctimas de abusos sexuales han perdido la seguridad real en sus vidas, y cuando el abuso ocurre dentro de sus casas pierden además la fuente original de la seguridad interna que todos los individuos pueden desarrollar. Se produce entonces una alteración importante en la percepción general de la seguridad y del peligro: pueden sentirse en peligro en situaciones inocuas, o bien exponerse a situaciones de riesgo sin un adecuado monitoreo y registro del peligro real o potencial.

6. Hay ciertos factores de resiliencia que pueden mediatizar el impacto del trauma

Se trata de las habilidades y los recursos que el niño haya podido desarrollar, tanto como la presencia de algún adulto protector o mentor. El apoyo social también puede ser un factor mediador del impacto postraumático.

¿Cómo se manifiesta el impacto traumático? Su incidencia en el relato infantil

En esta sección se explicará, por un lado, de qué forma se manifiesta el impacto de la traumatización en los niños víctimas de abusos sexuales y, por otro lado, se intentará explicar de qué forma este impacto se hace presente en la evaluación diagnóstica.

El impacto traumático del abuso sexual infantil

A continuación se desarrollarán dos miradas sobre este punto, que no son excluyentes entre sí. Por un lado, la de las *dinámicas traumatogénicas,* desarrollada por Finkelhor y Browne, ya que han constituido la primera y más completa explicación del impacto traumático específico del AS. En segundo lugar se completará esta mirada con los desarrollos de la psicotraumatología.

IR A CONTENIDO

Finkelhor y Browne (1985) explican el impacto traumático del AS desde lo que describen como *dinámicas traumatogénicas*. Una dinámica traumatogénica es una experiencia que altera cognitiva y emocionalmente la orientación del niño hacia el mundo, y que genera trauma por distorsionar el concepto de sí mismo, su cosmovisión y sus capacidades afectivas.

Estas dinámicas son:

1. *Sexualización traumática.* Se entiende como el proceso mediante el cual el ofensor sexual modela de manera inapropiada el desarrollo evolutivo de la sexualidad del niño o niña víctima. El ofensor utiliza estrategias para progresar en la conducta abusiva, recompensando al niño por la conducta sexual; por lo tanto, este aprende que la sexualidad sirve para obtener cosas. Pueden así aparecer ciertos sentimientos negativos relacionados con la sexualidad o distorsiones cognitivas al respecto. Por ejemplo, que la sexualidad se relaciona con lo sucio o con cuestiones *malas,* o que es asquerosa. Otras distorsiones cognitivas pueden estar ligadas a la confusión entre sexualidad y ternura o afecto. Es decir que el niño o niña puede pensar que solo a través de la sexualidad podrá lograr que la valoren o que la quieran. El impacto psicológico y conductual de esta dinámica se manifiesta en los siguientes síntomas:

   - aumento del interés por cuestiones sexuales;
   - confusión acerca de la identidad sexual;
   - confusión acerca de la sexualidad normal;
   - confusión de sexo con amor;
   - asociaciones negativas en relación con la sexualidad;
   - aversión al contacto o la intimidad sexual;
   - preocupación sexual, ya sea por el cuerpo o por conductas sexuales, propios o de otros;
   - conductas sexuales compulsivas/agresivas: consigo mismo o con otros;
   - actividad sexual precoz: es decir, conductas sexualizadas no acordes al desarrollo evolutivo normal;
   - promiscuidad/prostitución (en general estas conductas aparecen en la adolescencia);
   - disfunciones sexuales.

2. *Traición.* En esta dinámica el niño siente que ha sido dañado por alguien que lo quería y cuidaba, en quien confiaba y de quien dependía en todo sentido. Se siente traicionado en esta confianza básica, y la esperanza de ser cuidado por un adulto se derrumba. En muchos casos esta dinámica se ve agravada cuando la madre o la familia extensa no creen en el niño y toman partido por el ofensor sexual. El impacto psicológico y conductual se manifiesta por la aparición de síntomas de:

   - depresión, desconfianza (especialmente respecto a los hombres cuando el abuso es hacia una niña), hostilidad;
   - extrema dependencia de los adultos;
   - aislamiento;
   - exposición a nuevas revictimizaciones sin tener la capacidad de detectar el peligro (ya en la adultez pueden surgir problemas maritales o bien conductas agresivas o delincuencia).

3. *Estigmatización.* Esta dinámica se desarrolla sobre la base de los mensajes negativos que la niña o el niño han recibido sobre sí mismos del ofensor, o quizás incluso del grupo familiar, en especial los mensajes referidos a las conductas sexuales: "Vos lo provocaste", "Sos sucio/a", "Es tu culpa", "Estás dañado/a". El niño comienza a responsabilizarse por el abuso sexual perpetrado por el adulto y se genera un profundo sentimiento de culpa y responsabilidad por lo ocurrido. Esto produce aislamiento y un sentimiento de ser diferente. Muchos niños comentan que creen tener un cartel en sus frentes que indican que han sido abusados; otros dicen que están seguros de que *se les nota* que han sido abusados. El impacto psicológico de esta dinámica en el niño se manifiesta por fuertes sentimientos de vergüenza, culpa, sensación de ser distinto y baja autoestima. Las consecuencias conductuales de esta dinámica son: conductas o ideación suicida, conductas de aislamiento, autoagresiones, abuso de sustancias y criminalidad.
4. *Sometimiento.* Esta dinámica se desarrolla por la invasión que el ofensor hace del cuerpo, la intimidad y la mente del niño, en contra de sus deseos o necesidades. El niño siente que debería hacer algo para parar el abuso, pero no puede. Este sentimiento es frustrante y genera mayor dependencia y desesperación, ya que es una situación sin escape. El niño se encuentra y se siente entrampado. Esta situación se potencia con el uso de la fuerza o de las amenazas que hace el

ofensor. El niño queda así en un estado de extrema vulnerabilidad y dependencia. Las consecuencias psicológicas y conductuales de esta dinámica son las siguientes:

- ansiedad, temor, fobias, somatizaciones;
- pobre sentimiento de eficacia;
- percepción de sí mismo como víctima;
- necesidad de control;
- identificación con el agresor: repetición del abuso (físico o sexual) como perpetrador;
- pesadillas;
- fobias;
- trastornos del sueño;
- trastornos disociativos;
- fugas, problemas escolares;
- depresión;
- conducta agresiva, *bullying,* delincuencia.

El aporte de la psicotraumatología. Del TEPT al trauma complejo

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es el diagnóstico asociado al trauma por excelencia. Sin embargo, no todas las personas —en cualquier rango de edad— que enfrentan una situación traumática desarrollan necesariamente un TEPT. Otros diagnósticos incluyen trastornos de estrés agudo, cuadros de ansiedad (en los niños pueden presentarse cuadros de ansiedad de separación, o exacerbación de esta cuando se trata de niños de entre dos y cuatro años), cuadros depresivos, fobias y desórdenes disociativos.

En esta sección se hará referencia al TEPT porque resulta ilustrativo de algunas reacciones que pueden presentar niños y niñas víctimas de AS. El TEPT está asociado a la exposición a un evento único, agudo. Algunos niños y niñas que han padecido situaciones de AS en el ámbito extrafamiliar —por ejemplo, en la escuela—, con una menor duración de la exposición al trauma, podrían desarrollar síntomas de TEPT. Cuando el AS ha ocurrido en el contexto de las relaciones familiares primarias, de cuidado, y se ha desarrollado a lo largo de varios años, posiblemente en concurrencia con otras formas de maltrato, es probable que el niño, niña o adolescente desarrolle lo que se conoce como *trauma complejo*, un tipo de sintomatología que se

despliega a lo largo de varias áreas de funcionamiento, con mayor compromiso del funcionamiento global. De todos modos esto no debe ser tomado en forma lineal, sino de manera orientativa.

El TEPT se basa sobre tres pilares sintomáticos: reexperimentación (del trauma, porciones de este o elementos asociados), evitación (de todo estímulo que recuerde de manera directa o indirecta al trauma o contextos asociados) e hiperactivación fisiológica (ansiedad, sudoración, taquicardia, temblor).

La cualidad inherente a la reexperimentación es la intrusión de contenidos asociados al evento traumático. En este sentido, los niños y niñas víctimas de abuso pueden manifestar pesadillas y terrores nocturnos, a veces con contenidos específicos de la situación vivenciada o asociados a ella (temor a que el papá mate a la mamá, temor a que secuestre al niño o a que alguien se lo lleve), *flashbacks* (pensamientos o imágenes intrusivas de una parte o toda la experiencia traumática), reexperimentaciones a nivel de sensaciones somáticas y de percepciones sensoriales, muchas veces ligadas a la situación vivida —por ejemplo, sentir dolor en zonas íntimas—, reexperimentación de sensaciones y conductas asociadas a la sexualización, reexperimentación de emociones.

Algunos de estos síntomas pueden relevarse de la entrevista con el adulto no ofensor. Otros, si el entrevistador aguza sus habilidades de observación, posiblemente se manifiesten durante las entrevistas.

Por ejemplo, un niño de tres años, víctima de AS por un profesor en el jardín de infantes, juega con unos lápices y mientras conversa con una de las autoras sobre las actividades que realizaba con el ofensor (no se estaba hablando del AS en sí mismo), se coloca los lápices dentro del pantalón, en la cola, y los empuja hacia el orificio anal. Las conductas sexuales abusivas habían involucrado tocamientos anales.

Una niña de siete años, mientras relata cómo se bañaba con su papá, comienza a balancearse en la silla, haciendo movimientos pélvicos. Cuando la entrevistadora lleva su atención a dicho movimiento, la niña dice que lo hace porque le "gusta sentir la agüita que le sale de la cola de adelante". Esta verbalización haría referencia a la excitación física disparada por el recuerdo de las situaciones de baño con su papá, que eran una de las circunstancias en las que este abusaba de ella.

Más adelante estos ejemplos serán retomados cuando se haga referencia a la memoria, para entender mejor cómo contextualizar este tipo de información en las entrevistas con los niños y niñas.

IR A CONTENIDO

Existe también la posibilidad de que el niño reexperimente el trauma a través del juego. Esto se conoce como *juego postraumático*. A diferencia del juego libre, este presenta las características de ser literal (es decir que puede expresar partes del trauma vivido); es un juego rígido, monótono, poco flexible y sin resolución, que no produce placer al jugarlo sino que puede incluso angustiar al niño.

El malestar generado por la reexperimentación de contenidos ligados al trauma viene acompañado por un estado fisiológico similar al que se vivió durante la traumatización sufrida. Es posible entonces encontrar niños en constante estado de alerta, o cuya reacción de alerta se activa frente a determinados estímulos (por ejemplo, el ruido de una puerta, la voz de una persona), que buscan continuamente signos de peligro aun en lugares o con personas que en realidad no lo representan. Pueden manifestar también conductas de agitación, problemas para dormir o problemas en la atención y concentración, inquietud psicomotriz, irritabilidad, llanto persistente muchas veces sin causa aparente, miedo exacerbado, reactividad aumentada, incremento de la ansiedad de separación (esta última puede manifestarse claramente cuando el niño no desea permanecer a solas con el entrevistador, especialmente cuando la edad hace suponer que la ansiedad de separación no es evolutivamente normal). Problemas en el apetito también pueden estar presentes. Todos estos califican como síntomas postraumáticos cuando su aparición es posterior al evento que se está investigando.

Los síntomas de evitación suelen ser consecuencia de la reexperimentación y de la hiperactivación fisiológica. Una conducta de evitación típica en estas situaciones es no querer hablar de lo sucedido y muchas veces tampoco de lo que le recuerde —aunque sea indirectamente— el evento vivido (por ejemplo, el niño abusado en la escuela por un profesor no quiere hablar de lo que el profesor le hizo y tampoco quiere hablar de su escuela en general). También pueden aparecer conductas de autoagresión y, en adolescentes, abusos de drogas o alcohol.

En el TEPT aparecen también síntomas de constricción, tales como entumecimiento emocional (el niño que expresa *no sentir las emociones* o *no sentir nada*) o pérdida del interés en sus actividades diarias o en aquellas que hasta ese momento disfrutaba. Un niño de diez años se describía así mismo como un Golem, un personaje mítico de piedra que no podía sentir. El entumecimiento emocional puede abarcar no solo las emociones negativas, asociadas a los eventos vividos, sino también las positivas (alegría, felicidad). La abulia y la apatía también califican como síntomas de TEPT cuando se puede

evaluar que su surgimiento se ha dado a posteriori de los eventos vividos y que no es un rasgo caracterológico del niño o niña evaluado. El entrevistador debe ser muy cuidadoso y no confundir la ausencia de sentimientos manifestada por el niño o la niña con una falta de impacto de la situación vivenciada. Cuando se les pregunta a los niños por las emociones ligadas a tales eventos, sus respuestas suelen ser escuetas ("mal", "triste", "con miedo"), ya que una conversación prolongada sobre esas emociones podría hacer que el niño volviera a sentirlas con la misma intensidad que en la situación vivida.

También pueden aparecer manifestaciones de *freezing* o congelamiento, que cuando persisten pueden generar síntomas tales como dolor de cabeza y estómago, ahogos, problemas digestivos, enuresis, encopresis, poca energía, fatiga, problemas de coordinación, sentimientos de impotencia, culpa y vergüenza, disminución de la curiosidad y la capacidad de placer y conductas regresivas.

Al hablar de *trauma complejo* se hace referencia a un criterio de evento traumático diferente del que se da en el TEPT.

La definición más actualizada de *trauma complejo* implica la exposición múltiple y repetida a eventos traumáticos, de manera secuencial o simultánea, que ocurren primariamente en el sistema de cuidados (sistema familiar) y en etapas críticas del desarrollo (infancia y adolescencia). Todas las formas de violencia interpersonal a las que un niño, niña o adolescente se ve expuesto en dichos períodos aplican a esta definición.

Inicialmente el trauma complejo se estudió en pacientes adultos que habían tenido historia de malos tratos múltiples en su infancia. En ese entonces se describió el diagnóstico de *trastorno por estrés extremo no especificado,* que describía alteraciones en diversas áreas del funcionamiento del individuo traumatizado.

A continuación se hace una somera enumeración de las áreas afectadas y los síntomas, subrayando especialmente aquellos con los que el entrevistador se puede encontrar durante la evaluación.

1. Alteraciones en la regulación de las emociones

- disforia,*
- impulsos suicidas,*
- autolesiones,*
- ira explosiva o extremadamente inhibida,*
- sexualidad compulsiva (esta se puede manifestar a través de las conductas sexualizadas) o extremadamente inhibida.

El entrevistador puede indagar sobre los síntomas marcados con asterisco (*) en la entrevista con el adulto no ofensor.

2. Alteraciones de la conciencia

- amnesia de acontecimientos traumáticos;*
- episodios disociativos;*
- despersonalización, desrealización;*
- revivir experiencias como síntomas intrusivos o como preocupación reflexiva.

Sobre los síntomas marcados con asterisco (*) se profundizará en apartados posteriores al hablar de la disociación.

3. Alteraciones en la percepción de sí mismo

- sensación de indefensión;
- vergüenza, culpa;
- sensación de estigma;
- sensación de absoluta diferencia con respecto a los otros (soledad, nadie puede comprenderlo).

Cualquiera de estos síntomas puede ser valorado durante la entrevista con el niño, niña o adolescente, pero es preciso considerar que los entrevistados no hablarán de ello espontáneamente. Posiblemente este tipo de sintomatología podría descubrirse mejor a través de evaluaciones proyectivas, que, si bien no hacen al diagnóstico explícito de AS (en términos de obtención del relato), podrían aportar información sobre el impacto postraumático.

4. Alteraciones en la percepción del perpetrador

- preocupación por la relación con el perpetrador (deseos de venganza);
- atribución no realista de poder total al perpetrador;*
- idealización* o gratitud paradójica;
- aceptación del sistema de valores del perpetrador (esto puede aparecer mayormente en adolescentes, sobre todo si el abuso ha durado mucho tiempo y si la relación con el adulto no ofensor estaba marcada por la hostilidad, la negligencia o la violencia).

Los síntomas marcados con asterisco (*) se pueden explicar por las dinámicas abusivas, que se desarrollaron largamente durante la primera parte de

este libro. Pueden aparecer durante el relato de modo espontáneo, pero también si el entrevistador indaga sobre ellos (por ejemplo, cuando le pregunta al niño por su relación con el abusador, o cuando indaga sobre la presencia de coerción y amenazas).

5. Alteraciones en la relación con los demás
- aislamiento;*
- perturbación en las relaciones íntimas;
- búsqueda constante de un rescatador;
- desconfianza persistente;*
- fracasos repetidos de autoprotección (suele darse ya en la pubertad y mayormente en la adolescencia).

Los síntomas marcados con asterisco (*) pueden relevarse en la entrevista con el adulto no ofensor.

6. Alteraciones en el sistema de significado
- pérdida de fe en probables fuentes de apoyo;
- sensación de indefensión y desesperación.

Cualquiera de estos dos síntomas puede surgir de la valoración general que el entrevistador haga del niño, niña o adolescente a evaluar. Las víctimas adolescentes están en mejores condiciones de hablar de sus sentimientos de desconfianza hacia los otros como posibles fuentes de apoyo; esto incluye no solo a la familia, sino también al sistema de intervenciones en su conjunto.

Luego de describir los síntomas del trauma complejo, se trató de investigar cómo era la presentación clínica de niños, niñas y adolescentes expuestos a violencia interpersonal crónica, es decir, cuál era el correlato en la infancia y en la adolescencia de este cuadro diagnóstico que en principio se había descrito para los adultos.

Al evaluar entonces las consecuencias sintomáticas de la traumatización compleja en la infancia y en la adolescencia, se estableció que la afectación se daba en las siguientes áreas del desarrollo:[30]

30. Estas primeras investigaciones relacionadas con población infantil, específicamente, dieron como resultado que se propusiera una nueva categoría diagnóstica denominada *trastorno traumático del desarrollo*. Extenderse en la explicación de sus características trasciende el objetivo de este libro. Basta decir que lo que se presenta aquí ha sido la matriz de dicha formulación diagnóstica.

- apego,
- biología,
- regulación emocional,
- disociación,
- regulación de la conducta,
- cognición,
- autoconcepto.

A continuación se realizará una breve referencia a la sintomatología presente en cada área afectada, haciendo nuevamente especial hincapié en lo que pueda ser de utilidad a la hora de la evaluación diagnóstica de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil.

Apego. Tal como se mencionó al inicio del capítulo 11, la principal afectación del apego se da por el hecho de que, cuando se habla de AS en el seno de la familia, el sistema de apego falla, tanto porque una figura de apego es la causante del daño del cual debería proteger como por el funcionamiento que pueda presentar la otra figura de apego (adulto no ofensor). Cuanto más deficitario sea el funcionamiento del adulto no ofensor, mayores serán las consecuencias postraumáticas para el niño o la niña. Dentro de los síntomas y conductas que demuestran tal afectación se encuentran: problemas con los límites, desconfianza, aislamiento social, problemas interpersonales, dificultades para sintonizar con las necesidades emocionales del otro. Esta sintomatología puede no tener relevancia a los efectos de la valoración del relato infantil, pero sí a los efectos de determinar la afectación sufrida por el niño o niña.

Biología. Las víctimas pueden presentar en esta área dificultades en el desarrollo sensoriomotor, analgesia, problemas en el balance, coordinación y tono muscular, somatizaciones y mayor prevalencia de enfermedades. Esta sintomatología puede ser relevada durante la entrevista con el adulto no ofensor. No es central a la valoración del relato, pero aporta a la comprensión de la afectación postraumática.

Regulación emocional. La desregulación emocional es el eje de la sintomatología postraumática compleja. En este punto se pueden encontrar manifestaciones de la desregulación emocional que sí son de utilidad para el entrevistador: dificultad para identificar emociones, dificultad para registrar que las están sintiendo y para vincularlas a un registro somático (por ejemplo, *si estoy nervioso me puede doler la panza*); también presentan dificultades para registrar las sensaciones en el propio cuerpo (esto se puede

ver cuando los niños tienen episodios de enuresis o encopresis durante la entrevista misma, y se los ve como si no se hubieran dado cuenta de nada), dificultad para modular sus estados emocionales (pueden estallar en ira o por el contrario parecer petrificados) y para recuperarse de ellos.

Los niños, niñas y adolescentes entrevistados seguramente manifiesten algo de este espectro de síntomas de desregulación emocional. Es importante que el entrevistador ponga atención en la secuencia en que estas manifestaciones van apareciendo. Por ejemplo: una niña que está hablando con relativa dificultad y de repente guarda silencio, como si hubiera quedado en blanco, comienza a hablar como si fuera un robot o a responder automáticamente y de manera monocorde, puede estar mostrando que la irrupción de determinados recuerdos es tan intensa que se impone un bloqueo de los estados emocionales emergentes.

La característica principal de la desregulación emocional es una oscilación entre la hiperactivación o un *sentir demasiado* (por ejemplo, niños que en la entrevista no pueden quedarse quietos, no pueden sostener la mirada, que se muestran fácilmente irritables, pueden tener reacciones emocionales fuertes e intempestivas) y la hipoactivación o un *sentir demasiado poco* (en la entrevista, niños abúlicos, apáticos, que tienen dificultad para seguir las consignas del entrevistador, pueden parecer cansados y adormecidos o incluso, en casos más extremos, quedarse dormidos, que suelen responder a todo "no sé" y muestran poca curiosidad), siempre con tendencia hacia uno de los dos extremos.

También por este motivo se remarca la importancia de las cualidades del entrevistador y de su capacidad de sintonizar con el estado del niño durante la entrevista, ya que importa tanto que tenga la habilidad de investigar la conducta abusiva como que pueda a la vez ayudar al niño a no sentirse desbordado (ya sea por exceso, como en la hiperactivación, o por defecto, como en la hipoactivación) y, si esto sucediera, a ayudarlo a regular esta activación para poder continuar con la entrevista. Esto tiene dos beneficios: evita la retraumatización y facilita que el niño o la niña puedan dar información que sea útil para la investigación del AS por el que se lo está evaluando.

Disociación. Si bien este tema será desarrollado en profundidad más adelante, se puede decir que esta es otra área cuyas manifestaciones pueden presentarse durante algún momento de la entrevista con niños que han vivido situaciones de AS repetido y crónico en el seno de sus familias. Es posible que durante la entrevista el niño o niña experimente síntomas de despersonalización y desrealización, pero difícilmente los cuente, ya que puede

ser que sean para él o ella manifestaciones completamente normales que le suceden a cualquier otro niño de su edad.

También pueden presentarse como parte del relato del abuso, sobre todo en púberes y adolescentes, que tienen mayor desarrollo del lenguaje que niños más pequeños. Por ejemplo, una adolescente dice: "Cuando mi padrastro se metía en mi cama y empezaba a tocarme, de golpe era como que yo me había quedado sin cuerpo de la cintura para abajo". Este sería un síntoma de despersonalización. Otra refiere: "Cuando me acordaba de eso [el abuso] era como que todo desaparecía alrededor mío. Si había gente, no la veía más; si había casas, no las veía más; a la maestra no la veía más". Este sería un síntoma de desrealización. También puede aparecer amnesia o falta de memoria para eventos importantes de la vida.

Control conductual. Pueden aparecer síntomas de pobre modulación de los impulsos, conductas autodestructivas, agresividad hacia otros, formas patológicas de autocalma (por ejemplo, cortajearse brazos o piernas, arrancarse cabello, pellizcarse, arañarse), abuso de drogas, conducta oposicionista, dificultades para entender y cumplir las reglas, y reexperimentación del trauma a través de las conductas o juegos. De todos estos síntomas, el último puede presentarse durante la entrevista a los ojos del entrevistador. Todos los demás pueden ser relevados con el adulto no ofensor durante la entrevista previa a ver al niño.

Autoconcepto. En esta área puede haber dificultades relacionadas con pérdida del sentido de predictibilidad, distorsiones en la imagen corporal (que suelen manifestarse en los dibujos, en que el niño se representa, por ejemplo, más pequeño o más grande de lo que es, asexuado, con varios intentos frustrados de dibujarse a sí mismo o incluso negativa a hacerlo), baja autoestima, culpa y vergüenza.

* * *

En opinión de las autoras de este libro, la perspectiva psicotraumatológica aporta una mirada que permite, por un lado, observar manifestaciones postraumáticas *en la entrevista misma* y, por otro lado, completar la mirada global del niño o niña a evaluar al entender el nivel de afectación que la experiencia traumática ha dejado en él o ella. Este punto aporta a la investigación —por cuanto permite al entrevistador informar acerca de las consecuencias que el evento ha dejado en la víctima— tanto como a las sugerencias terapéuticas —por cuanto orienta al profesional que tome la

psicoterapia del niño respecto de las áreas de afectación que deberían ser trabajadas prioritariamente.

La memoria de los sucesos traumáticos. Consideraciones evolutivas

El tema de la memoria en la evaluación del AS es central. La evaluación diagnóstica de AS implica que el niño a evaluar *recuerde* los hechos vividos y los relate. Como se ha visto en capítulos anteriores, la entrevista —la forma en la que el entrevistador la presenta y su actitud general, el tipo de preguntas que debe hacer y cuáles debe evitar— es el corazón de la evaluación diagnóstica. Esta sección se ocupará de entender qué obstáculo puede enfrentar el entrevistador que se maneja de la manera más impecable, incluso en un contexto de tiempo y espacio ideales. Ese obstáculo es: ¿cómo recuerdan los niños, niñas y adolescentes sus vivencias de AS?

Hablar de las memorias traumáticas, y de las memorias o recuerdos del AS en especial, ha sido y sigue siendo tanto un tema de estudio como de controversia. Por ello se intentará entender lo que se sabe hasta hoy acerca de cómo funciona la memoria, con el fin de echar luz a la forma en la que los niños recuerdan —o no— y relatan —o no— los abusos sexuales sufridos.

Van der Kolk (1996) hace mención a un estudio que se llevó a cabo a mediados de los noventa, que muestra cómo niños y niñas con historias confirmadas de abuso físico y sexual en un jardín maternal procesaban sus recuerdos sobre tales hechos a lo largo del tiempo. A continuación se presenta un breve resumen, porque resulta ilustrativo para lo que pretende dejar en claro esta sección.

En el estudio se hizo un seguimiento de 34 niños luego del develamiento inicial de las situaciones sufridas. Los investigadores identificaron en estos niños cuatro formas de procesamiento de la memoria: somática, conductual, visual y verbal. Al momento del develamiento todos los niños manifestaban memorias somáticas, es decir, manifestaciones de activación fisiológica o síntomas físicos, estrechamente relacionados con elementos conocidos de la situación traumática vivida, muchas de las cuales persistieron en las entrevistas de seguimiento que se hicieron (quejas permanentes de dolor anal en niños que se sabía habían sufrido algún tipo de penetración anal, episodios de enuresis y encopresis diurnos, niños que se habían resistido a la toma de temperatura rectal durante revisaciones médicas, problemas intestinales en

niños que habían sufrido abuso sexual por vía anal y problemas de alimentación en niños que habían sido forzados a mantener sexo oral). En ningún caso los niños de la muestra hicieron una conexión entre los síntomas y manifestaciones somáticos y el abuso vivido.

Al momento del develamiento el 75 % de los niños había presentado memorias conductuales, y un 63 % lo había hecho en el seguimiento. En su mayoría, estas consistían en la reproducción de conductas similares a las vivenciadas, ya fuera a través del despliegue de conductas sexualizadas o de la interacción sexualizada con pares.

Al momento del develamiento, un 60 % de los niños había dibujado alguna representación del abuso vivido. El 59 % había podido hacer una descripción verbal de lo que había vivido, con mayor o menor detalle. El resto de los niños había sido incapaz de relatar lo que les había sucedido.

Las conclusiones de este estudio y de otros similares, según Van der Kolk, permiten entender que muchos niños traumatizados pueden tener problemas para integrar las sensaciones y percepciones ligadas a los eventos traumáticos vividos en una memoria narrativa del hecho, pero en cambio pueden reproducirlos en sus acciones y en sus conductas.

Pero si esto es así, ¿qué se puede esperar al entrevistar a los niños y niñas víctimas de AS? A continuación se planteará una serie de puntos que pueden echar luz sobre el trabajo de investigación y responder en parte la pregunta formulada.

1. La memoria es altamente compleja. Es factible reconocer dos sistemas de memoria: la memoria explícita o declarativa (también llamada *memoria narrativa*) y la memoria implícita, no declarativa o procedural. La *explícita* es la memoria consciente, verbal, secuencial; es la memoria que permite narrar los acontecimientos vividos. Esta memoria es importante en el diagnóstico de abuso sexual para obtener datos tales como *quién* participó en el abuso, *dónde* sucedió, *qué* había allí donde sucedió o *qué* ocurrió exactamente. Es a partir de la memoria explícita que se construye el relato de AS. La memoria *implícita* es la memoria de las habilidades y los hábitos, las respuestas emocionales (miedo, tristeza, enojo por las situaciones vividas), las acciones reflejas (el niño que levanta los brazos para defenderse de un supuesto golpe aunque la persona que esté enfrente no vaya a golpearlo), las respuestas condicionadas clásicas y manifestaciones en el cuerpo tales como sensaciones, percepciones o movimientos defensivos: una adolescente, abusada por su padre cuando era pequeña, se despertaba por las noches

con una sensación de ahogo; una niña de cuatro años refiere sentir un dolor punzante en la vagina mientras está relatando cómo su hermano se metía en su habitación. También se la llama *memoria inconsciente* porque una característica de las memorias implícitas es que aparecen *de la nada*, irrumpen en el relato, en la situación, y suelen estar desconectadas, a los ojos de quien las vivencia, de aquello que está relatando.

Cuanto más pequeños son los niños, en general tienen menos desarrolladas sus capacidades madurativas para el desarrollo de memorias narrativas. Esto no significa que no se pueda entrevistar a niños pequeños, sino que la entrevista deberá tener algunas modificaciones respecto de la que se pueda llevar a cabo con niños más grandes. En general, en las evaluaciones de AS se sugiere estar alerta a las conductas no verbales y a las respuestas emocionales desplegadas por los niños durante la entrevista.

2. Los eventos tienden a almacenarse junto con el estado emocional en el que son vivenciados. A esto se lo denomina *aprendizaje dependiente del estado*. Según este principio, un recuerdo que fue almacenado en determinado estado emocional posiblemente sea más fácilmente recuperado si se activa el mismo estado emocional. Desde este punto de vista, si un recuerdo fue guardado en un estado de hiperactivación solo podría ser recuperado si el niño estuviera en el mismo estado. Este principio podría contribuir a la amnesia disociativa (Stien y Kendall, 2004). ¿Qué relevancia podría tener esto en el contexto de la entrevista? Básicamente entender que una posibilidad para explicar que el niño no recuerde, o no relate porque no recuerda, esté sustentada por el principio de aprendizaje dependiente del estado. Por supuesto, importantes consideraciones éticas impiden que se intente activar el mismo estado emocional en que el niño estaba al momento del abuso para testear si esta hipótesis es aplicable a cada caso que se está evaluando. Pero en presencia de otros signos o manifestaciones disociativas, esta podría ser una explicación alternativa a la falta de información dada por el niño o incluso a su no relato. Es importante tenerlo en cuenta para no desestimar de plano el caso, así como tener presente que los falsos negativos son aquellos casos en los que el AS ocurrió pero el niño o la niña no pudieron hacer un develamiento en la investigación.

3. Las memorias traumáticas suelen ser estables, precisas y únicas (Van der Kolk, 1996). Los estudios que se llevaron a cabo sobre la base de reportes subjetivos de eventos altamente significativos para la persona que recordaba dan cuenta de que para este tipo de eventos los recuerdos suelen ser altamente precisos y mantenerse estables a lo largo del tiempo. Por eso se con-

sidera poco fiable extender los resultados de experimentos de laboratorio a los estudios de la memoria traumática, ya que la memoria de eventos que se vieron en un contexto de experimentación no sería igual a la memoria de eventos vividos concretamente. Esto coincide con estudios que se hicieron con niños, cuyas conclusiones demuestran que estos pueden dar información certera de eventos que han vivido (Faller, 2007). Muchos estudios demuestran que los niños traumatizados pueden recordar lo central del evento y no tanto los detalles, y que ese tipo de recuerdo es mucho más resistente a la sugestibilidad.

Ahora bien, cuando el mismo evento (el abuso sexual) se ha repetido en múltiples ocasiones, e incluso probablemente en diversos lugares (por ejemplo, en la habitación, pero también en el baño), es importante tener en cuenta que posiblemente el niño recuerde los detalles centrales del mismo evento que se repetía, pero tenga más dificultades para aportar espontáneamente otros datos contextuales, como, por ejemplo, cuántas veces sucedió. En términos generales y para optimizar el proceso de recordar, se sugiere a los entrevistadores que eviten preguntar al niño cuántas veces pasó. En cambio, pueden preguntarle si pasó una vez o más de una vez, si hubo alguna vez en que pasó algo diferente, si hubo alguna vez que recuerde como la peor, si puede recordar la última vez que pasó y la primera vez que pasó (este tipo de preguntas pueden ser más difíciles de responder en niños en edad preescolar y hasta los siete años aproximadamente) o si hay alguna vez que recuerde más que otras. De esta forma se podría acceder mejor a detalles diferenciales del mismo evento (el abuso sexual) que aportarían a una mejor valoración del relato.

Por otro lado, la *unicidad* de las memorias traumáticas radica en que su recuerdo puede variar entre la hipermnesia (recuerdo vívido y detallado) y la amnesia (olvido total). Debe entenderse que el olvido total no significa que no haya posibilidad de recuperar esos recuerdos, dado que estos no se *desintegran,* sino que permanecen disociados. Se volverá sobre esto más adelante.

4. La relación entre estrés y memoria sigue siendo fuente de diversos estudios. Algunos plantean que el recuerdo se ve favorecido cuando los eventos han sido guardados en estados de estrés moderado. Otros refieren que, por el contrario, el estrés tiende a debilitar la precisión de la memoria. En coincidencia con la diferencia entre recordar detalles centrales o periféricos de los eventos, otros estudios refieren que los detalles centrales o críticos de la fuente del estrés suelen retenerse mejor en la memoria que los detalles

periféricos o que generaron menos nivel de estrés. Asimismo, cuando los eventos traumáticos han sido abrumadores y generadores de niveles elevados de estrés, provocando sentimientos de terror e impotencia, los altos niveles de estrés podrían debilitar el recuerdo. Por eso es imprescindible recordar que el estado emocional del niño debe ser monitoreado de manera permanente durante toda la entrevista, y si no alcanza con cambiar de tema o hacer una pausa para que el estado emocional del niño vuelva a la calma, se recomienda suspender la entrevista y reprogramarla para otro momento.

5. Las memorias traumáticas suelen organizarse a nivel perceptual, es decir a un nivel no verbal (Van der Kolk, 1996). En las situaciones traumáticas de las que estamos hablando —por su repetición y cronicidad, así como por suceder en el contexto que debería proteger y modular la activación de la respuesta de alarma, en lugar de provocarla— se gatilla una y otra vez el mismo circuito de activación fisiológica y emocional que, en la medida en que la situación se siga repitiendo, irá produciendo alteraciones significativas en las áreas cerebrales responsables del procesamiento cognitivo de la información. Cuando esto es así, la memoria narrativa se ve debilitada, y el relato puede aparecer pobre y escaso en información. Eso no significa que no se conserve memoria de lo que sucedió, sino que esos recuerdos están almacenados como memorias implícitas: sensaciones, imágenes, sonidos, olores, etc. Es importante aguzar las cualidades de observación durante la entrevista para estar atentos a cualquier pedazo de información *implícita* que pueda surgir, ya que esta información puede complementar los baches del relato que estamos esperando se produzca. Son los agentes de intervención quienes —en su rol— deben recordar que si un niño no relata, esto no significa necesariamente que nada sucedió, y que una posibilidad entre tantas es que su forma de recordar no haya sido evaluada de forma adecuada si esta evaluación se apoya exclusivamente en lo verbal.

* * *

Pynoos (1996) plantea que es necesario entender el proceso de la memoria en un contexto evolutivo. El almacenamiento, la decodificación y el recuerdo están atravesados por diversos factores, entre ellos por el tipo de estímulo que es ingresado y por su importancia para el registro. Algunas de las consideraciones que este autor propone son interesantes para tener en cuenta en las evaluaciones de AS:

a. El registro temporal requiere habilidades madurativas que los niños pequeños y preescolares aún no tienen, por lo cual es altamente probable que experimenten dificultades o incluso distorsiones en la secuencia temporal de un evento al recordarlo (qué pasó antes, qué pasó después; el uso de tiempos verbales también se ve limitado: puede que cuenten todo en presente, como si todas las acciones ocurrieran en la misma secuencia).
b. Una experiencia traumática como el AS puede generar diversas emociones simultáneas (enojo, tristeza, miedo), pero los niños más pequeños tendrán dificultades para comprender esta simultaneidad y, por tanto, es posible que asignen las diversas emociones que se dan de manera simultánea a diversas partes de la misma experiencia (en el mejor de los casos) o que incluso omitan alguna de las emociones sentidas.
c. El registro y la memoria de amenazas externas e internas varían según la etapa del desarrollo y factores propios de la experiencia. Los niños más pequeños pueden recordar mejor aquello que les generó una sensación externa de amenaza (por ejemplo, la cara del papá enojado, o si usaba un cuchillo o navaja para obligarlo), pero tienen mayores dificultades y menores capacidades madurativas para monitorear, registrar y manifestar emociones, sensaciones y pensamientos ligados a situaciones percibidas de amenaza interna (por ejemplo, frente al recuerdo de una penetración puede que les resulte más difícil hablar de lo que sintieron a nivel de las emociones y de las sensaciones corporales).
d. A menor edad es posible que el recuerdo se limite a la información sensorial ligada a aquella acción o porción del evento que el niño haya sentido más injuriante, o que haya quedado más rápidamente asociada a amenaza o daño. Esto se puede ver, por ejemplo, en los niños y niñas que relatan como primer acto sexual abusivo el momento en que fueron penetrados. No significa necesariamente que este haya sido el primer acto de la conducta sexual abusiva, sino que tal vez sea el que el niño registró más nítidamente por su componente injuriante.
e. En los niños pequeños pueden identificarse tres mecanismos de perturbaciones en la memoria: estrategias para suavizar lo que recuerdan (distorsiones en la percepción de la amenaza y de los motivos del otro para abusar de ellos, omisiones, negación de las consecuencias de la situación) como forma de mitigar o regular la activación emocional que el recuerdo pone en marcha; inclusión de elementos de

fantasía para completar el relato, y falta de maduración en las estrategias para recordar.

* * *

En la sección anterior se presentaron dos viñetas clínicas: una de un niño que se ponía lápices en la cola y otra de una niña que, al hablar de cómo se bañaba con su papá, se hamacaba para buscar sentir lo que ella llamaba "el agüita".

Estos son dos casos en los que se puede identificar cómo aparecen las memorias implícitas y, tal como lo ilustra el caso del niño abusado por su profesor, cómo se *disfrazan* en medio del juego o de lo que el niño está haciendo. ¿Puede un profesional en el contexto de la entrevista tratar de dilucidar si ese elemento que ve está asociado al abuso sexual y, en ese caso, de qué forma está asociado? Y si la respuesta es negativa, ¿es posible establecer hipótesis alternativas que expliquen el surgimiento de detalles tan peculiares en el contexto de la entrevista y el momento en que estos se dan?

La mejor forma de testear una hipótesis siguiendo las sugerencias para la realización de las entrevistas sin ser directivos es:

1. Llevar la atención del niño a lo que el observador está viendo.
2. Preguntarle al niño por lo que está haciendo con una actitud curiosa y sin utilizar un tono que pueda intimidar. Esta sola pregunta puede dar lugar a porciones de relato.
3. Preguntarle, según el entrevistador crea conveniente de acuerdo a lo que está observando, dónde aprendió eso, dónde juega o hace eso, si alguien se lo enseñó o se lo mostró alguna vez. Ante una respuesta del niño que vaya en el sentido de aumentar el relato, pedirle: "¿podés contarme más?".
4. Si las intervenciones anteriores no surten efecto, el entrevistador puede preguntarle, tomando como ejemplo el caso del niño que se ponía los lápices en la cola, y siempre que el niño utilice la palabra *jugar* para explicar su conducta: "¿Alguna otra vez jugaste a esto?", "¿Alguna otra vez viste a alguien jugar con esto?" "¿Alguna vez alguien te dijo que jugaras a esto?", "¿Alguna vez alguien te puso cosas dentro del pantalón así como me estás mostrando ahora?". Si el niño no hace referencia a su conducta de ninguna manera en especial, reemplazarla por la que el entrevistador crea más apropiada.

* * *

La conclusión de esta sección es que, si se espera que el diagnóstico de AS recaiga de manera exclusiva en el relato infantil, es posible que muchos niños y niñas queden por fuera de las acciones de protección.

El relato debe ser aquello a lo cual los entrevistadores se dirijan, pero sin olvidar que hay una serie de elementos no verbales que pueden aparecer durante la entrevista misma —y que el niño o la niña posiblemente no relacionen con el abuso sufrido— que están guardados como memorias implícitas y, desde esa otra forma de *lenguaje,* también cuentan cómo fueron las cosas.

La disociación como factor a evaluar. Su incidencia en los recuerdos y en el relato infantil

A pesar de ser un elemento central de la traumatización, y en especial de la traumatización compleja, la disociación no suele ser objeto de consideración en las evaluaciones diagnósticas de AS. La mayoría de las investigaciones se centran en destacar la presencia de disociación en niños, adolescentes y adultos víctimas de AS, aportando claves para su tratamiento psicoterapéutico, pero poco y nada se encuentra a la hora de entender a la disociación como un factor que influye en el develamiento e incluso en la retractación del abuso sexual.

¿Por qué sería importante incorporar a la disociación como variable en la evaluación de niños, niñas y adolescentes víctimas de AS? Los niños, niñas y adolescentes disociativos no comienzan a disociar luego del develamiento. Cuando llegan a la evaluación diagnóstica, la disociación ya es parte de su repertorio de estrategias, estrategias que en la literatura sobre el tema se suelen considerar *de supervivencia*. Por ello, incluir de manera rutinaria un chequeo de síntomas y manifestaciones disociativas puede ayudar al entrevistador a prepararse para el eventual surgimiento de estas durante la entrevista.

De todos los síntomas disociativos posibles, el que es capaz de afectar de manera más contundente la evaluación diagnóstica es la amnesia. Puede resultar difícil evaluar qué es amnesia en un niño, ya que muchos niños y niñas suelen responder a preguntas de los adultos con un "No me acuerdo". A veces esa respuesta puede ser la consecuencia de una actitud oposicio-

nista del niño, o del cansancio, el aburrimiento, la intención más o menos consciente de no recordar o un proceso normal de la memoria. Otras veces un niño responde "No me acuerdo" porque no está pudiendo acceder al contenido de su memoria relacionado con la pregunta que se le está haciendo. Cuando ese contenido está íntimamente asociado al trauma vivenciado, existen altas probabilidades de que esté *disociado*. No hay una decisión consciente del niño de *no recordar;* simplemente eso por lo cual se le está preguntando para él *no existe*.

Colin Ross (1995), en un artículo sobre la validez del diagnóstico de trastorno de identidad disociativo (TID), dice:

> El TID es la pequeña niña que se imagina que el abuso le está ocurriendo a otra niña. Es una ilusión evolutivamente protectora que, en realidad, funciona para defender al organismo del impacto abrumador de un trauma sin modulación, que ocurre en el campo interpersonal y del que no tiene escape […] La niña disociativa amplifica esta estrategia básica de supervivencia insertando una barrera amnésica entre ella misma y esa nueva identidad creada, de manera tal que ahora no solo el abuso *no me está sucediendo a mí sino que tampoco lo recuerdo.* […] Dado que el abuso es crónico y repetido, la disociación se ve reforzada y las estructuras internas disociadas se cristalizan hasta adquirir una convincente cualidad subjetiva de división. (Ross, 1995: 36)

Para que se entienda: no se trata de que el niño o la niña crean adrede una identidad secundaria o paralela. Se trata de que, cuando la vivencia queda disgregada de las experiencias propias y habituales de ese niño, sentir que el abuso no le ocurrió a él o a ella es el producto último de la disociación. Antes de llegar a ese punto máximo, es posible que otros elementos de la experiencia sean disgregados, no integrados, y que el niño o la niña no puedan tener acceso a ellos durante la entrevista.

Una forma breve y práctica de definir la disociación a los fines de este texto es decir que es una falla en la integración de diversas funciones mentales que usualmente estarían integradas: memoria, percepción, emociones, identidad y registro del propio cuerpo. La integración es un proceso que se desarrolla evolutivamente y que está determinado por características propias del individuo, junto con las experiencias y el ambiente con los que interactúa, y es modulado y regulado por la interacción con las figuras de cuidado. Cuando las figuras de cuidado o figuras de apego no están disponibles, o fallan en cumplir adecuadamente con su rol, ya sea por exceso (como

en el maltrato físico, emocional y el abuso sexual) o por defecto (como en la negligencia física y emocional o el abandono), interfieren en estos procesos en desarrollo y dificultan dicha integración. Una de las consecuencias posibles es entonces la disociación.

¿De cuántas formas puede manifestarse la disociación durante la evaluación? Siguiendo la clasificación de síntomas y manifestaciones disociativos en niños, niñas y adolescentes propuesta por Silberg (2012), se desarrollan a continuación aquellas manifestaciones que pueden presentarse en la entrevista o interferir en la recolección del relato hecho por el niño.

Alteraciones en los estados de conciencia

- Quedarse *tildado.* Son episodios de desconexión que pueden durar de minutos a horas, y eventualmente el niño puede quedarse profundamente dormido. Deben distinguirse de los episodios de distracción. Cobra relevancia cuando sucede en el contexto de algo que se está conversando relacionado con la situación traumática o con el contexto de esta. Puede suceder que el niño *vuelva* de ese estado de desconexión con cierta sensación de perplejidad, como si estuviera despertando en medio de un sueño. Puede tener dificultades para recordar lo que estaba haciendo antes o de reconocer una producción como propia (por ejemplo, dice que el dibujo que tiene delante no lo hizo él).
- Intrusiones postraumáticas, tales como *flashbacks,* juego postraumático y dificultad para diferenciar pasado de presente (el niño puede actuar como si estuviera viviendo lo que está recordando, aumentando un estado de hiperalerta, imaginando que el abusador está cerca).
- Una vez que el niño haya hecho un relato, se le puede preguntar por fenómenos de despersonalización ("¿Alguna vez sentiste como si tu cuerpo o partes de tu cuerpo cambiaran o desaparecieran?") y desrealización ("¿Alguna vez sentiste como si el lugar en el que estabas cambiara de forma, como si se viera más alto o más lejos o como si desapareciera?"), para chequear la posibilidad de que haya habido este tipo de síntomas durante las situaciones abusivas. En caso de que no haya relato, el entrevistador puede formular esas mismas preguntas y las respuestas pueden servirle para: a) chequear la eventual presencia de disociación como estrategia de afrontamiento, y b) utilizar las respuestas como vías de entrada a posibles porciones de relato.

Fenómenos de influencia pasiva

- Mostrar marcadas regresiones en el comportamiento durante el relato.
- Atribuir a amigos imaginarios, a "hermanos" (cuando se sabe que no los hay o que no han sido afectados) o a otros niños las experiencias vividas. Algunos niños las atribuyen al Diablo y a otros personajes fantásticos o mitológicos.
- Mostrar evidencia de diálogo interno: hablar solo pero como si estuviera hablando con alguien más, mirar hacia un costado como si tuviera a alguien a su lado. En esos casos es importante en lo posible llevar la atención del niño a lo que el entrevistador está observando y tratar de chequear con él el origen de la conducta.
- Si el niño o la niña refiriera que siente una voz que le habla, preguntar si la escucha dentro de su cabeza, si puede distinguir si es una voz conocida o no, si es de una persona grande o de un niño, si puede recordar cuándo la escuchó por primera vez, y tratar de identificar la cualidad global de dicho fenómeno (¿es una voz agresiva, tranquilizadora, miedosa?), así como su contenido (qué le dice, cuándo se lo dice). A veces ese fenómeno está ligado a la internalización de las amenazas del abusador.

Cambios marcados en estados de ánimo, conocimientos, habilidades, patrones habituales de conducta y relaciones interpersonales

- Refiere no poder completar determinada consigna (por ejemplo, escribir su nombre) por no saber cómo hacerlo, cuando se sabe que posee los conocimientos adquiridos suficientes.
- Cambios drásticos y sin causa aparente en la modulación de la voz, gestualidad, dibujos (prestar atención en niños pequeños y chequear en este caso que los cambios no se deban a una cuestión evolutivamente normal de adquisición del grafismo), estado de ánimo (por ejemplo, pasar de estar tranquilo a llorar desconsoladamente o gritar y pegar). Cuando se dan cambios bruscos en el estado de ánimo y el niño logra calmarse, prestar atención a si recuerda o no el cambio de estado, lo que se estaba haciendo o hablando previamente, el lugar donde está y la persona con la que se encuentra o cómo llegó allí ese día.
- Se puede preguntar en entrevistas con el adulto no ofensor por todas estas manifestaciones.

IR A CONTENIDO

Amnesias

- Si hubo un cambio brusco de estado de ánimo, no puede recordarlo inmediatamente después de haberse recuperado.
- Luego de los cuatro o cinco años, no puede recordar períodos importantes de su vida, ya sea en longitud de tiempo como en tipo de experiencias vividas, en especial si se sabe que han sido de alto impacto en la vida del niño.
- No puede recordar el evento traumático vivido o una parte de él.
- Pierde el hilo de lo que está haciendo/diciendo.
- No recuerda información personal propia que no es esperable que no sepa (por ejemplo, cuál es el nombre de su papá, cuál es el nombre de su mejor amigo del colegio, etc.).
- Tiene amnesia respecto de conductas que se sabe que tuvo, que fueron vistas por otras personas y con las cuales fue confrontado.
- Un rasgo distintivo de las amnesias disociativas en los niños, niñas y adolescentes es una reacción de perplejidad al darse cuenta de que no recuerdan algo; pueden mostrarse confundidos y tratar de evitar el asunto o cambiar de tema rápidamente, a diferencia del olvido intencionado o del "no me acuerdo", producto del cansancio, el aburrimiento o una actitud oposicionista.

Síntomas somáticos sin causa orgánica

- Enuresis o encopresis durante la entrevista. Es necesario registrar el momento en que estos síntomas irrumpen.
- Irrupción de sensaciones corporales durante el relato (referir que siente dolor, sensación de ahogo o presión en alguna parte del cuerpo que no se pueda atribuir a causas distintas a una memoria implícita).
- Percepciones sensoriales alteradas (por ejemplo, sentir olores o gustos sin que haya algo concreto que lo justifique; es el caso de una niña de diez años que, al relatar una situación de abuso sexual por parte de su papá que implicaba contacto oral-genital, comienza a sentir náuseas porque dice tener un gusto feo en la boca).
- Se puede indagar también por conductas autolesivas, insensibilidad general al dolor o sensación aumentada de dolor —sin causa orgánica que lo justifique—, especialmente en zonas involucradas en las

conductas sexuales (suelen aparecer dolores repentinos en zona genital o anal, incluso durante la entrevista).

* * *

¿Qué factores inciden en el olvido de situaciones traumáticas como el abuso sexual? Jennifer Freyd, profesora de Psicología de la Universidad de Oregon, refiere los siguientes:

1. Ser abusado sexualmente por un cuidador. Con el objeto de mantener la vinculación positiva con él, es necesario quitarle a esa vinculación todo viso posible de negatividad. Debe recordarse que el AS es una amenaza para la preservación del vínculo amoroso.
2. Ser explícitamente amenazado para no contar.
3. Vivir realidades alternativas y paralelas. El contexto abusivo ya implica vivir en una realidad alternativa, pero cuantas más son las diferencias entre el contexto abusivo y el contexto no abusivo, y cuanto más profundas, más surge la amnesia como una forma de que ambas realidades tan opuestas no choquen entre sí.
4. Vivir el abuso en aislamiento. Tanto respecto del mundo exterior como de las otras relaciones intrafamiliares, la víctima queda a merced del abusador aunque conviva con otros miembros dentro de la misma casa.
5. Edad al momento del abuso. Cuanto menor es la edad de la víctima al momento del abuso, mayores son las chances de amnesia.
6. Explicaciones alternativas del cuidador para definir lo que está sucediendo, ya sea el abusador —es una estrategia que suele utilizar— o el cuidador no ofensor si se entera del abuso y da una respuesta elusiva a la niña víctima ("A lo mejor te estás equivocando", "No es lo que vos creés", "Me parece que sos un poco fantasiosa", etc.).
7. No se habla acerca del abuso en el entorno: una vez descubierto, el abuso pasa a ser un tema tan velado como cuando nadie lo sabía; la víctima queda entonces sola con su propia vivencia y con la percepción de lo que vivió. Olvidarlo le permite no *desentonar* con el entorno y, al mismo tiempo, unirse a la *ilusión* de que todo está bien y nada sucedió.

IR A CONTENIDO

Si bien las investigaciones de Freyd se basan mayoritariamente en el trabajo con pacientes adultos, se sabe que la víctima de AS no necesita llegar a la edad adulta para desarrollar una amnesia del abuso sufrido. Muchos niños, niñas y adolescentes llegan ya en esas condiciones cuando son entrevistados por primera vez.

Si los entrevistadores logran entrenarse en una valoración global de las víctimas que incluya la perspectiva psicotraumatológica, sus habilidades investigativas aumentarán, y podrán tener mayor información para establecer la veracidad del relato y los efectos postraumáticos del abuso.

Entender el impacto psicotraumatológico del abuso sexual no solo informa y orienta a los futuros psicoterapeutas, sino que además recuerda a todos los agentes de la intervención hasta qué punto los seres más vulnerables de nuestra sociedad pueden ser dañados en los contextos donde el peligro no debería haber asomado jamás: los contextos familiares. Las familias no se curan solas del daño que se engendra en su interior, y el perdón es, antes que nada, una estrategia del adulto ofensor para no hacerse responsable por el daño sufrido, más que una necesidad de las víctimas.

Que la disociación sea una estrategia de supervivencia no significa que tenga un costo menor, ni mucho menos que el niño o la niña puedan seguir viviendo en contacto con el abusador *como si nada hubiera pasado*. Cuando las decisiones de los agentes de intervención apuntan a ese fin, están ayudando al niño a perfeccionar sus mecanismos postraumáticos para seguir sobreviviendo a situaciones que no deberían ocurrir, a costa de su salud mental.

IR A CONTENIDO

Capítulo 12

Tercer paso: conclusiones del proceso de evaluación diagnóstica

Uno de los objetivos fundamentales de la investigación ante la sospecha de abuso sexual será llegar a conclusiones que permitan dar cuenta de la verosimilitud del relato, y de la compatibilidad entre este y los hechos supuestamente sucedidos. Cantón Duarte y Cortés Arboleda refieren:

> Una evaluación es correcta cuando se obtuvo la suficiente calidad y cantidad de información como para poder ayudar a validar o invalidar la sospecha de abuso. (Cantón Duarte y Cortés Arboleda, 2000: 203)

De allí que, una vez que se haya recogido toda la información de las entrevistas e informes previos, la tarea del investigador es analizarla para evaluar la credibilidad y la validez del alegato del niño.

Pero el tema de las conclusiones que el entrevistador comunicará en su informe también suele ser un punto de discusión. Algunas de las posturas relevadas por Faller (2007) al respecto son:

- Los profesionales de la salud mental no están entrenados para determinar si un evento tuvo lugar o no.
- Los profesionales que realizan entrevistas diagnósticas de AS deben limitarse a colocar en sus conclusiones si la información que obtuvieron durante la evaluación apoya o no la posibilidad de que haya ocurrido un AS, pero no deben emitir opinión acerca de si creen o no que el AS haya ocurrido.
- En sus informes los profesionales deben reportar si creen o no que el abuso pudo haber ocurrido, si el alegato y la conducta del niño o niña evaluado es consistente o no con el abuso, y si los hallazgos reflejan una historia de AS o una ausencia de este (postura de la American Professional Society on the Abuse of Children, sobre la que se volverá un poco más adelante).

IR A CONTENIDO

– Los profesionales que entrevistan a los niños y niñas no pueden determinar si el niño dice la verdad o no.

Cada una de esas posturas refleja algo de verdad y tiene a su vez algunas limitaciones. Los profesionales de la salud mental no pueden determinar si un evento tuvo lugar o no, no pueden determinar si un niño dice la verdad o si miente, ni pueden aseverar que la persona acusada es culpable del delito por el que se le acusa. Pero, en ese mismo sentido, plantearle a un profesional que puede emitir su opinión acerca de *si cree* o no que el AS pudo haber ocurrido acarrea algunas dificultades.

Las autoras de este libro se han encontrado con diversos profesionales que, actuando de muy buena fe y con la mejor de las intenciones, plantearon en sus informes e incluso en algunas declaraciones testimoniales que estaban "convencidos" de que el AS había ocurrido. Sin embargo, la solidez de las pruebas que tenían para sostener dicha convicción era tan débil que los casos fueron cerrados y los acusados sobreseídos. ¿Se trataba de casos en los que había habido abuso o no? Difícil saberlo.

Cuando una madre consulta porque su hija le dijo que el padre la toca, muchas veces *cree* en el relato de su hija. Cree que es verdad y que su hija no miente. Que una madre crea en el relato de su hija es bueno en términos de protección, pero en términos de la evaluación concreta es insuficiente y no aporta los elementos que el entrevistador necesita acercar a la Justicia para completar su evaluación.

El trabajo de los entrevistadores debe ser lo suficientemente preciso como para poder informar lo siguiente:

– De la información recogida (entrevistas a fuentes externas, entrevista a adulto no ofensor, entrevistas diagnósticas al niño o niña evaluado, valoración del relato, conductas y síntomas), ¿se puede concluir que toda confluye en la posibilidad de que el niño o la niña haya sido abusado?
– Si la respuesta a la anterior pregunta es afirmativa, ¿se han explorado todas las explicaciones alternativas de manera exhaustiva como para poder descartarlas?
– Si la respuesta a la primera pregunta es negativa, ¿se está en condiciones de explicar a qué otra razón pudo deberse la denuncia y el relato infantil? ¿Hay elementos que permitan fundamentar dicha explicación o mínimamente sostener una hipótesis alternativa?

Todas estas preguntas se pueden responder sobre la base de analizar la información obtenida. El análisis de esa información pasa por el tamiz de una serie de criterios que se usan para determinar —o no— la validez del alegato de abuso sexual infantil, a los que se hará referencia a continuación.

Criterios de validez del relato infantil

Distintos estudios e investigaciones han tratado de determinar, desde la década del ochenta, cuáles son los criterios más fiables para validar un alegato de abuso sexual infantil.

Un tipo de análisis que comenzó a utilizarse especialmente en Europa y que fue abrazado por muchos investigadores y peritos forenses fue el SVA/CBCA (*análisis de la validez de la declaración/análisis del contenido basado en criterios*), desarrollado por D. Raskin y P. Esplin. Este tipo de análisis no fue diseñado específicamente para el AS, sino que puede ser utilizado para analizar las declaraciones de testigos de diversos delitos, aspecto que se considera una limitación para este tipo de análisis.

Otras limitaciones radican en:

- No es fácil usarlo con niños pequeños (preescolares).
- Diversas investigaciones han demostrado una confiabilidad limitada en cuanto a determinar si un alegato de AS era verdadero o falso.
- Su utilización requiere que la entrevista con el niño se filme o se transcriba textualmente para poder llevar adelante el examen riguroso que este análisis requiere.

Un punto fuerte que tiene este tipo de análisis es que incluye como variable a evaluar la calidad de la entrevista (por ejemplo, el tipo de preguntas utilizadas por el entrevistador y si ha influenciado de alguna manera o ha hecho intentos por influenciar el relato del niño).

Es importante considerar que tanto el análisis de la declaración como la aplicación de los criterios a la evaluación se complementan con un tipo de entrevista en particular, en la que el entrevistador busca en primer lugar obtener una narrativa libre del niño, para luego proseguir con un continuo de preguntas. El profesional que quiera administrar este tipo de análisis debe asegurarse de seguir el procedimiento de entrevista para el cual fue desarrollado específicamente; en caso contrario su validez sería cuestionable.

IR A CONTENIDO

No se desarrollará extensivamente este tipo de análisis dado que el hecho de que no haya sido diseñado de manera específica para el análisis del relato de AS constituye, en opinión de las autoras de este libro, una limitación importante.

* * *

Faller (2007) relevó los criterios que diversos estudios e investigaciones han tratado de determinar como más confiables a la hora de concluir que ha habido un AS. En todos ellos existe coincidencia respecto de las categorías generales incorporadas para evaluar la validez diagnóstica del AS:

- El relato.
- Indicadores conductuales y comportamentales (algunos estudios se focalizan en los que serían más específicos de AS, mientras que otros incluyen los inespecíficos pero probables).
- Información proveniente de otras fuentes (algunos estudios no la incluyen).
- Elementos afectivos que acompañan el relato durante la evaluación.
- Secuelas del abuso.
- Información corroborativa (por ejemplo, informes médicos, confesión del perpetrador, presencia de testigos).

Sobre la base de estas categorías y la experiencia de las autoras de este libro en el trabajo de evaluación de niños y niñas víctimas de AS, se presenta a continuación la *Lista de criterios para la valoración global de la evaluación diagnóstica de ASI*. Este listado tiene mayores chances de ser eficaz cuando el profesional que llevó a cabo la entrevista se manejó siguiendo los parámetros del Modelo Comprehensivo o de la Evaluación Forense Extendida (ver capítulo 10):

1. Características y circunstancias del develamiento

Cuando la evaluación se realiza a posteriori de un develamiento, es necesario que el profesional consigne para su evaluación:

a. Si fue accidental o intencional.
b. Circunstancias en las que se dio.

c. Persona a la que relató por primera vez.
d. Si hubo preguntas del adulto que escuchó el primer relato, ¿cuáles fueron?
e. Valorar la coherencia entre el primer develamiento y el relato del niño durante la/s entrevista/s diagnóstica/s: ¿Hay coincidencia? ¿El relato en las entrevistas complementa el del primer develamiento siguiendo la lógica del develamiento como proceso? → *Aumenta la fortaleza del diagnóstico como probable.*
f. Si existen discrepancias importantes entre el primer develamiento y el relato infantil, ¿puede establecerse una razón o motivo para ello? → *Se puede debilitar la fortaleza del diagnóstico como probable.*

Este criterio no aplica cuando la evaluación se hace sobre la base de una sospecha sin develamiento.

2. Características del relato

a. Detalles de la conducta abusiva → *A mayor cantidad de detalles aumenta la fortaleza del diagnóstico como probable.*
b. Demostración de progresión de la conducta a lo largo del tiempo, de menor a mayor intrusividad.
c. Información contextual sobre la conducta:
   c.1. qué,
   c.2. quién,
   c.3. dónde,
   c.4. cuándo,
   c.5.si hay elementos para determinar que sucedió más de una vez.
d. Información contextual sobre presencia de otras personas en la casa, ropa usada por el niño y el adulto, otras.
e. El relato contiene información que va más allá de lo que el niño puede conocer por su edad, educación, contexto y circunstancias de vida (por ejemplo, descripción de conductas o actividades sexuales inadecuadas para su edad).
f. El relato es consistente a lo largo del tiempo y entre diversos contextos en los que el niño ya haya hablado (entre el primer develamiento y el relato en entrevistas, si fue entrevistado en otros lugares, etc.).
g. El relato está hecho con un lenguaje congruente con el nivel evolutivo del niño y su grado de educación —el uso del lenguaje del niño o niña es idiosincrásico—.

IR A CONTENIDO

h. El relato no sigue un formato lineal y cronológico, presenta disrupciones, omisiones o minimizaciones (típicos del proceso de develamiento tentativo); por ejemplo, puede empezar contando algo que sucedió en un segundo momento y continuar con algo que sucedió antes.
i. Si se utilizaron dibujos, muñecos o juguetes, el niño ha podido demostrar lo dicho verbalmente a través del uso de estas herramientas de manera congruente, pudiendo presentarse adiciones pero sin que haya cambios sustanciales en el relato.
j. Si el relato contiene elementos fantásticos o bizarros, el entrevistador puede dar una explicación a la presencia de estos (por ejemplo, edad, uso de la fantasía para completar esquemas de significado) y establecer el grado de verosimilitud que le quitan al relato global hecho por el niño o niña.
k. La descripción de los hechos concuerda con la dinámica y las características propias del AS y no puede atribuirse a influencia de fuentes externas.

La mayor presencia de ítems positivos en la valoración del relato *aumenta la fuerza del diagnóstico como probable.*

3. Sobre el ofensor

a. Identifica al/a los ofensor/es → *Aumenta la fuerza del diagnóstico como probable.*
b. ¿Surgen durante el relato confusiones respecto de la persona a la que el niño o niña señala? (por ejemplo, cambia de persona, cambia de nombre) ¿Puede el entrevistador explicar las razones de dicha confusión?
c. Elementos de inducción al secreto → *Aumentan la fuerza del diagnóstico como probable.*
d. Elementos de coerción y/o amenaza → *Aumentan la fuerza del diagnóstico como probable*

4. Estado afectivo durante las entrevistas

a. El niño o niña exhibe y/o dice sentir:
   – vergüenza,

- miedo,
- enojo,
- tristeza,
- culpa por haber hablado y por sus consecuencias.

b. Estos estados afectivos se asocian al abuso sufrido y/o a las consecuencias de la intervención.
c. El niño o niña exhibe durante las entrevistas:
   - síntomas de ansiedad que se incrementan a medida que se indaga más profundamente sobre el abuso;
   - síntomas y conductas de hiperalerta (expresa temor a ser escuchado, busca que las puertas estén bien cerradas, se sobresalta ante cualquier ruido, se esconde para hablar, interrumpe con frecuencia para ir al baño);
   - manifestaciones disociativas (conductas regresivas repentinas, estados de desconexión no atribuibles a cansancio o distracción, quedarse dormido repentinamente, sensación repentina de extrañamiento, amnesias referidas a información que debería recordar, no reconoce como propio algo que ha dicho o hecho recientemente o durante esa misma entrevista).
d. Si el niño o niña no exhibe ninguno de los estados emocionales anteriores, ¿es posible atribuirlo a un estado de anestesia emocional?

A mayor cantidad de ítems positivos, *aumenta la fuerza del diagnóstico como probable.*

5. Síntomas y conductas

a. Conductas sexualizadas: ¿se puede establecer el grado de relación de estas con la situación de AS? (por ejemplo, ¿reproducen las conductas vivenciadas por el niño o niña?) → *A mayor relación aumenta la fortaleza del diagnóstico como probable.*
b. Conocimiento sexual inadecuado para la edad del niño o niña: este criterio disminuye su fuerza diagnóstica con la edad del niño o niña a evaluar. ¿Se han descartado otras fuentes de las que pudiera surgir dicho conocimiento fuera del AS? ¿Se puede establecer el grado de relación de este conocimiento con el AS investigado? → *A mayor relación aumenta la fortaleza del diagnóstico como probable.*
c. Síntomas postraumáticos y disociativos: considerar la posibilidad de que deriven de otras situaciones traumáticas además del AS; por

ejemplo, si hay violencia extrema en la familia, si el niño es víctima de maltrato físico o emocional, estas situaciones también pueden desencadenar sintomatología de esa índole. No obstante, incluso cuando haya otras situaciones de trauma concurrentes con el AS, la presencia de este tipo de sintomatología *aumenta la fortaleza del diagnóstico como probable*.

d. Síntomas inespecíficos: consignar solo si el entrevistador ha podido recabar información que le permita indicar que dichos síntomas podrían relacionarse con la situación de AS; por ejemplo: no hay otras situaciones que puedan causarlos, comenzaron por la época en la cual habría empezado el abuso, desaparecen cuando el niño o niña es separado del ofensor, etc. Todas estas características agregan fuerza a la posibilidad de que se relacionen con el AS. Es preciso recordar, sin embargo, y consignar que estos *no son específicos de AS*.

6. Información de fuentes externas

La información obtenida de fuentes externas (entrevistas con adulto ofensor y/o con otros, informes de escuela, médicos, psicológicos) es coherente y eventualmente coincidente con la información obtenida durante las entrevistas diagnósticas.

7. Hipótesis alternativas

En ausencia de información relevante para validar el diagnóstico de AS, el profesional ¿puede establecer hipótesis explicativas alternativas para un diagnóstico no concluyente o un diagnóstico negativo, y fundamentarlas?[31]

a. Intencionalidad maliciosa del adulto que reporta.
b. Sobredimensión de la conducta infantil.
c. Interpretación incorrecta y/o exagerada pero no maliciosa de la conducta del adulto sospechado.
d. Búsqueda de atención por parte del niño/adolescente.
e. Retractación.

31. El diagnóstico *no concluyente* es aquel en el cual la información es insuficiente para validar el AS, pero la sospecha no puede ser descartada, mientras que diagnóstico *negativo* es aquel en el cual se concluye que hay elementos suficientes para aseverar que no ha habido abuso. Para la elaboración de este criterio las autoras se basaron en su propia experiencia, así como en las sugerencias de Faller (2007) y en los parámetros sugeridos por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997).

Lista de criterios para la valoración global de la evaluación diagnóstica de ASI (abreviada)

Criterio	Indicio cuya presencia aumenta la fortaleza diagnóstica de probabilidad del AS
1. Características y circunstancias del develamiento	Coherencia entre el primer develamiento y el relato producido en las entrevistas, o la información de las entrevistas complementa el primer develamiento.
2. Características del relato	Detalles y progresión de la conducta abusiva. Información contextual (de la conducta y otra). Relato fuera de lo esperable. Relato consistente. Lenguaje congruente e idiosincrásico. Relato no lineal. Muestra con otras herramientas. Relato compatible con dinámica abusiva.
3. Ofensor	Identifica al ofensor. Surgen elementos de secreto o inducción al secreto. Surgen elementos de coerción y/o amenaza.
4. Estado afectivo durante las entrevistas	Sentimientos de vergüenza, miedo, enojo, tristeza, culpa relacionados con el AS y/o con las consecuencias de la intervención. Síntomas de ansiedad a medida que se profundiza en el tema del abuso. Hiperalerta. Manifestaciones disociativas.
5. Síntomas y conductas	Conductas sexualizadas que puedan relacionarse con el AS y no con otra causa. Conocimiento sexual inapropiado que pueda relacionarse con el AS y no con otra causa. Síntomas postraumáticos y disociativos.
6. Información de fuentes externas*	Que sea congruente con los resultados de la evaluación.
7. Exploración y fundamentación de hipótesis alternativas	Cuando los resultados de la evaluación son no concluyentes o el resultado indica que no ha habido abuso.

* Este no es un criterio central, pero sí de orden secundario, ya que la mayor fuerza de la validación diagnóstica debe estar en las entrevistas mantenidas con el niño o niña a evaluar.

f. Posibilidad de que se esté minimizando el AS como una forma de proteger a alguien aunque no haya presión directa.
g. Fuentes alternativas del conocimiento y/o comportamiento sexual que el niño o niña exhibe.
h. Dificultad para identificar adecuadamente al ofensor.
i. Ha habido otros procesos de evaluación previos que no fueron llevados a cabo adecuadamente y podrían haber condicionado la posibilidad de que el niño o niña hable nuevamente en otro proceso diagnóstico.

IR A CONTENIDO

j. Ha transcurrido mucho tiempo entre el primer develamiento y la entrevista.
k. Errores del entrevistador.
l. El niño o niña se encuentra extremadamente abrumado, y su estado hace necesario pensar en un dispositivo más prolongado y contenedor para su evaluación, como puede ser un tratamiento psicológico.

Entre los criterios para la validación diagnóstica no se incluyó el hecho de que el alegato *no surja* en un contexto de divorcio, como sí plantean algunas otras guías. Las autoras de este libro consideran que esto no constituye un criterio de validación diagnóstica en sí mismo, porque un alegato de AS surgido en el contexto de un divorcio no le quita fuerza al alegato, sino que le agrega esfuerzo al trabajo del entrevistador. El alegato —surja en el contexto que surja— debe ser medido y valorado con todos los otros criterios propuestos. Como se ha mencionado, un divorcio, y más aún un divorcio controvertido, puede ser considerado un factor de riesgo para la aparición de falsos alegatos; pero, teniendo en cuenta que el porcentaje de falsos alegatos sigue siendo el menor de todos, que se lo incluya entre los criterios de validez diagnóstica puede inducir a sesgo al entrevistador.

¿Qué debe contener un informe?

Una vez que se ha evaluado toda la información, el profesional deberá elevar un informe lo suficientemente completo acerca del proceso de evaluación. Si bien no hay una estructura de informe específica, las autoras de este libo consideran importante que contenga los siguientes puntos:

1. Datos personales del niño, niña o adolescente objeto de la evaluación y de los miembros de la familia: nombre, dirección, teléfono, edad, profesión y actividad laboral, relación de parentesco y cualquier otro dato de filiación que el entrevistador considere relevante a los efectos de la evaluación.
2. Historia de vida de cada miembro e historia de la pareja y la familia. Aquí es importante hacer hincapié en todo elemento que a criterio del entrevistador pueda colaborar a comprender el posible contexto de la situación abusiva (historia de malos tratos en la infancia de cada uno de los adultos, presencia de violencia en la pareja, relación de

cada uno de los adultos con el niño o niña objeto de la evaluación, otras formas de malos tratos presentes en el ámbito familiar, existencia de intervenciones previas y resultado de estas, etc.).

3. Descripción de las características de personalidad más sobresalientes de los integrantes de la familia.
4. Contexto de la intervención: Especificar el momento y el motivo de la evaluación, la cantidad de entrevistas tomadas, su frecuencia y a quiénes involucraron, otros métodos de evaluación que se hubieran usado además de la entrevista, si se han solicitado y consultado informes de otras áreas, tales como escuela, informes judiciales previos, etc., y en ese caso consignar la información que se ha considerado relevante para la valoración diagnóstica global. En este punto también es importante describir la reacción de los adultos no ofensores y de otros familiares ante la intervención; es decir, si se mostraron colaboradores o no, si aportaban la información necesaria, si aceptaban las indicaciones, si respetaban el marco contextual de las entrevistas, si ejercían presión en el niño y de qué tipo. Es necesario describir la actitud comportamental de la familia con el profesional, como así también el tono emocional de los adultos a lo largo del proceso de evaluación.
5. Descripción de las entrevistas tomadas al niño o niña, detallando su actitud, si se evaluaron competencias de lenguaje y otras competencias evolutivas, cómo se fueron desenvolviendo, posibles obstáculos encontrados por el entrevistador en el desarrollo de las entrevistas y estrategias utilizadas —si las hubo— para superarlos. Es de suma importancia que el entrevistador consigne los relatos del niño de manera textual, entrecomillándolos para que quede claro que se trata de las palabras del niño. Si el entrevistador lo considera necesario, puede transcribir porciones textuales de la entrevista, incluyendo las propias preguntas. Si hubo juego o uso de otras herramientas para acompañar y apoyar el relato, el entrevistador debe consignarlo. Asimismo, debe describir el devenir del estado afectivo del niño o niña a lo largo de toda la entrevista, haciendo especial hincapié en las manifestaciones emocionales y conductuales que este haya desplegado en el momento del relato. Cualquier conducta que el entrevistador considere importante debe ser informada. Lo mismo sucede con cualquier producción gráfica que el entrevistador considere que aporta datos significativos a la evaluación. Si el niño o niña brindó una explicación sobre ella, debe ser incluida en el informe.

IR A CONTENIDO

6. Debe describirse la sintomatología asociada que presenta el niño y si puede relacionarse directamente con los hechos estudiados o si se trata de sintomatología menos específica. Es necesario incluir aquí el impacto traumático que ha tenido en el niño la situación sufrida.
7. Una vez detallados los elementos centrales de las entrevistas con el niño o niña, deben consignarse los criterios de validación diagnóstica, haciendo especial hincapié en el relato producido por el niño o niña. El profesional debe poder relacionar cada criterio de validación con la porción correspondiente de información que corrobora dicho criterio.
8. Por último, el profesional emite sus conclusiones, que deben dar cuenta de la probabilidad de que el abuso sexual haya ocurrido o no. Si considera que la información es insuficiente para descartar la sospecha, o que de la información recogida no se deduce que haya habido AS, debe fundamentar en cada caso adecuadamente el porqué de tales conclusiones. En las conclusiones deben agregarse las sugerencias al juez en cuanto a la protección del niño o niña, y los tratamientos médicos y psicológicos recomendados. Si fuera necesario separar al ofensor del contexto donde se encuentra el niño, o si fuera necesario separar al niño de la familia, deben describirse las razones por las cuales el profesional considera necesaria esta indicación y agregar sugerencias para la realización de dichas acciones (por ejemplo, si considera que es necesario entrevistar a otros miembros de la familia que podrían hacerse cargo del niño o niña).

Para este último fin es fundamental señalar en el informe qué factores de riesgo ha evaluado el profesional que estaban presentes, y cómo inciden en el desarrollo del niño o niña víctima a corto, mediano y largo plazo.

Faller (1990, 1992) sugiere dejar claramente consignado para la valoración del riesgo:

- El tipo de abuso sexual: conversaciones sexuales, exposición/voyeurismo, caricias por arriba de la ropa en genitales, caricias por debajo de la ropa, sexo oral, penetración vaginal o anal, pornografía, prostitución, explotación.
- Las características de la situación de abuso: duración, número de veces, uso de fuerza, amenazas.
- La edad de la víctima al inicio y la duración estimada del abuso, dejando en claro que, cuanto más pequeña la víctima, más grave el abuso.

- La relación víctima-ofensor: si este convive o no con el niño, si es miembro o no de la familia, el acceso que tiene al niño, tipo de parentesco, si es hombre o mujer, dejando claramente establecido que, cuanto más cercana es la relación, mayor riesgo hay.
- Número de víctimas.
- Número de abusadores.
- Funcionamiento de padre/madre no abusivo. Reacción ante el develamiento: apoya a la víctima, reacción inconsistente o apoya al abusador. Relación con la víctima: cercana o distante, conflictiva o no. Grado y tipo de dependencia respecto al ofensor: por ejemplo, relativa dependencia económica, importante dependencia afectiva, etc.
- Respuesta del ofensor: admite el abuso y acepta su responsabilidad; lo admite pero no acepta su responsabilidad; lo niega y culpa a la víctima.
- Otros problemas familiares o individuales: abuso de drogas o alcohol, violencia, retraso mental, enfermedad mental.

La separación temporal del niño de su grupo familiar completo se debe dar cuando:

- No hay ningún adulto que pueda cuidar del niño (por ejemplo, fue abusado por un padre soltero o viudo, y los hermanos no son lo suficientemente grandes como para cuidar de él).
- El niño tiene una enfermedad o daño físico producto del abuso.
- El niño sufrió un daño emocional severo.
- El niño fue amenazado de muerte.
- El niño corre riesgo de autoagredirse seriamente.
- El ofensor suministró drogas o alcohol al niño.
- El cuidador no abusivo no asume una instancia protectora hacia el niño.

Fundamentación de las conclusiones

La fundamentación de las conclusiones es un paso crucial a la hora de informar a quienes deciden en el ámbito judicial. El informe del profesional que realiza la evaluación apunta a aportar a la Justicia los elementos que le permitan avanzar en la investigación y en la protección infantil.

IR A CONTENIDO

A lo largo de los años las autoras del libro se han encontrado con informes que suelen tener conclusiones muy escuetas, sobre todo aquellos en los cuales la información no es concluyente. Cuando un juez o un fiscal recibe un informe que manifiesta "No se puede determinar que hubo abuso ni se puede descartar dicha posibilidad. Saluda a V. S. muy atte.", el profesional que emite este tipo de conclusiones suele estar dejando la puerta abierta a la desprotección del niño, aun cuando esa no sea su intención.

No es competencia del juez ni del fiscal tratar de dilucidar en qué información contenida en el informe que recibe se basa el entrevistador para llegar a dicha conclusión, ni es su tarea tratar identificar qué componentes de ese informe impiden determinar que hubo abuso o qué indicios son los que hacen necesario mantener la sospecha abierta. Esa es la tarea y la responsabilidad del entrevistador. Es solo el profesional evaluador quien llega a tales conclusiones y puede explicar el porqué. Esa es la fundamentación.

Claro que lo que jueces y fiscales sí pueden hacer es insistir, devolviendo el informe al profesional evaluador y solicitando que se expida sobre todos los puntos poco claros que hayan quedado por definir. Asimismo, pueden preguntar al profesional actuante si considera que hay algo más que se debería o se podría hacer para obtener mayor confirmación diagnóstica, ya sea para validar o para descartar de plano la sospecha que aún queda abierta.

Se sugiere que los profesionales actuantes fundamenten sus conclusiones basándose en el vasto cuerpo de conocimiento específico sobre el abuso sexual. Fundamentar las explicaciones en nociones generales del marco teórico desde el cual trabajan (psicoanálisis, teoría sistémica, psicología conductual, etc.) puede ser más fácilmente rebatido porque, precisamente, son principios generales de la teoría y no especificaciones concretas acerca del problema que se está investigando.

Ahora bien, también es cierto que un profesional evaluador puede realizar una tarea impecable, elaborar un informe completo y bien fundamentado, y aun así el niño o la niña sobre el cual está informando quedar desprotegido.

¿Por qué? Para responder esta pregunta sería necesario remitir al lector a los primeros capítulos de este libro, donde se describe la historia del abuso sexual y su reconocimiento en nuestra ilustrada sociedad occidental, y se revisan los mitos que lo han rodeado y siguen rodeándolo.

No siempre se trata de la existencia o de la falta de pruebas. A veces se trata de la peculiar interpretación que se da a dichas pruebas.

El operador judicial que recibe en su despacho un informe contundente sobre una situación de abuso sexual perpetrada contra una niña de tan solo cuatro años por su padre, y aun así decide que el padre tiene derecho a ver a su hija, y multa a la madre si se niega a cumplir con la orden judicial, llegando incluso a advertirle que corre el riesgo de que le quite la tenencia y se la dé al padre, no necesita fundamentos. Necesita entender cabalmente el daño interminable que sus acciones y sus decisiones agregan al daño preexistente que el abuso sexual ocasionó en la niña.

La profesional de la salud mental que les dice a unos abuelos preocupados que es mejor no evaluar a su pequeña nieta, posiblemente abusada por el padre, porque es pequeña y "ya se le va a pasar, y además nadie le cree a una niña de tres años, porque podría estar fantaseando", debe saber que —si la preocupación de los abuelos es fundada— el costo de su intervención es la posibilidad de que esa niña siga siendo abusada por su papá. Su ignorancia o su decisión de no conocer más sobre el tema por el que se la consultó tienen efectos deletéreos en la vida de personas en formación que dependen de *todos* los adultos que los rodean para estar bien.

El desconocimiento se cura con formación e información. En ese sentido, este libro pretende ser una pequeña contribución, derivada de la experiencia de sus autoras.

Pero la decisión de no ver, de no creer, de no hacer a pesar de las evidencias es inherente a cada una de las personas que la toman. Aunque sus efectos sigan desparramándose sin límites en toda la sociedad, afectando primero a los más vulnerables: aquellos que dependían de que se tomara la decisión de evitarles mayor sufrimiento, en lugar de profundizarlo.

IR A CONTENIDO

Capítulo 13

Hacia una intervención respetuosa: atendiendo el impacto en la propia persona como una forma de autocuidado y de cuidado hacia el niño, su familia y el proceso

Hace muchos años, la secretaria de un juzgado de la Ciudad de Buenos Aires compartía con una de las autoras de este libro una experiencia personal relacionada con un caso en el cual había intervenido su juzgado, de tres hermanitos de los cuales la autora mencionada era la terapeuta.

Los tres niños —dos niñas y un varón— habían sido abusados sexualmente por su padre biológico. Brutalmente. Dejando signos físicos como pocas veces los médicos forenses habían visto en niños de tan corta edad. El juzgado, advertido telefónicamente por el médico forense acerca de la gravedad de sus hallazgos, ordenó que la madre junto con los niños fueran trasladados de inmediato y con custodia policial hasta sus oficinas. Apenas llegaron al juzgado se entrevistó a la madre, quien se mostraba ofendida más que preocupada. Consideraba que se la estaba acusando de no cuidar a sus hijos, descartaba de plano que su marido pudiera haber abusado de los hijos de ambos (a pesar de que había sido sobreseído un par de años antes por una acusación similar con relación a otra niña de la familia) y reclamaba que si sus hijos tenían lastimado "ahí abajo" era seguramente porque los médicos que los habían revisado —estando ella presente— eran los responsables de dichas "lastimaduras".

El juez a cargo, que había tomado la audiencia junto con la secretaria y una trabajadora social, no tuvo dudas: esa madre no protegería a los niños, y tal vez, si se indagara un poco más, se terminaría por descubrir que la mujer sabía del abuso y no había hecho nada para prevenirlo ni para detenerlo.

Ordenó entonces que los niños quedaran en sede judicial hasta que se los ubicara en un hogar sustituto o en alguna institución. La madre, al enterarse de la decisión del juez, comenzó a gritar desaforadamente, aferrándose a sus hijos, que también lloraban aunque aún no entendían por qué. Una mujer

policía debió intervenir para ayudar a separar físicamente a la madre de los niños. Estos fueron llevados inmediatamente a la oficina de la secretaria del juzgado —la más cercana al lugar donde estaba ocurriendo esta escena— y la misma Secretaria fue la encargada de recibir a los niños, cerrar la puerta de su oficina e intentar calmarlos.

> Pero entonces pasó algo muy raro —relataba la secretaria a la terapeuta de los niños—: afuera todo era grito y escándalo, pero apenas yo cerré la puerta de mi oficina y me senté en el sillón, los tres chicos dejaron de llorar ¡automáticamente! Les dije cómo me llamaba, les pregunté a ellos cómo se llamaban y cuántos años tenían, les ofrecí unos bizcochos, lápices y hojas, y ellos se acomodaron alrededor de la mesa, y empezaron a dibujar y a comer ¡como si nada hubiera pasado! Le juro que en un momento pensé que era yo la que estaba alucinando. ¡La escena de afuera era de terror! Y adentro… ¡nada! ¿Me entiende? No pude pegar un ojo esa noche. No dejaba de acordarme de los gritos de estos chiquitos y de esa expresión de nada que tenían después en mi oficina. Por momentos me preguntaba si habíamos hecho bien en separarlos de la mamá, pero entonces me acordaba del informe médico… y me ponía a llorar.

¿Quién prepara a los profesionales para esto?

¿Cuántos de los libros para formarse como psicólogos, como abogados, como médicos o trabajadores sociales les advierten *verdaderamente* que es posible encontrarse con semejante impacto en el curso de su trabajo?

¿Cuántos de esos libros les enseñan a manejarlo?

A lo largo de este capítulo se intentará explicar el impacto que el trabajo con esta temática genera en la persona de los distintos agentes de intervención y de qué forma se podría ayudar a amortiguarlo.

* * *

Enfrentarse en lo cotidiano al dolor de niños y niñas puede provocar también dolor en quienes intervienen. Y así como impacta en los niños y sus familias, el abuso sexual también puede impactar en aquellos que intervienen para que cese.

Por distintos motivos, que pueden ir desde una falta de conocimiento específico sobre la temática y cómo actuar adecuadamente en ella, pasando por la falta de trabajo interdisciplinario o la dificultad para llevarlo a cabo eficazmente, y llegando hasta el horror que suelen provocar las historias que

se escuchan, muchas de las intervenciones pueden dejar de ser eficaces si no se presta atención a lo que le sucede al agente de dicha intervención como una variable más en el proceso. ¿De qué forma?

Una dificultad para comprender y dimensionar el problema, producto del impacto no reconocido que este tiene sobre la persona de quien interviene, puede llevar, por ejemplo, a una intervención tardía, a un inadecuado diagnóstico de riesgo o a una falta de acompañamiento adecuado del niño y la familia en las diversas instancias del proceso de intervención.

El ejemplo más claro se da en el involucramiento de las familias con el sistema judicial. Todos los individuos, en su condición de ciudadanos, saben que existe un sistema judicial, y un orden legal que rige sus vidas en la sociedad que habitan, pero eso no implica necesariamente conocer cómo funciona dicho sistema. Quienes trabajan en él conocen su funcionamiento porque son parte de él, pero a veces pueden pecar de insensibles cuando dan información poco clara a las personas que deben atender. Mantener distancia y ser expeditivos puede ayudarlos a enfrentar enormes cantidades de trabajo, pero también los protege del dolor ajeno, para el cual no necesariamente son preparados. Esta autoprotección puede ser funcional para quien la ejerce, pero puede dejar desprovistos a quienes van a la Justicia en busca de ayuda y protección para sus derechos vulnerados.

En el comienzo de su trabajo en la temática, una de las autoras de este libro compartió con otra colega una entrevista a una madre de tres niñas que habían sido víctimas de AS por parte de su padre. La mujer, una persona del interior que solo había completado la escuela primaria y trabajaba desde entonces de sol a sol, se había encontrado repentinamente con que su esposo estaba en la cárcel, su familia solo podía mantenerse económicamente con lo que ella ganaba, y además debía encargarse de llevar a sus hijas a la terapia e ir al juzgado cada vez que la citaban. A todo trataba de responder de la mejor manera posible.

En aquella entrevista, la colega le preguntó a la madre si había averiguado en el juzgado algo que le había sugerido, a lo cual la mujer respondió que no. Luego de un incómodo y breve silencio, la mujer, visiblemente avergonzada, comenzó a decir que cuando iba al juzgado le hablaban de una manera que ella no entendía, con palabras muy difíciles, y ella, por vergüenza y por temor a ser vista como una madre negligente o poco preocupada, no volvía a preguntar ni decía que no entendía. Esta situación, paradójicamente, la colocaba en el lugar del cual ella quería despegarse —el de la madre poco preocupada— porque, al no entender lo que se le decía y se le pedía, solía in-

cumplir algunas cuestiones que se le solicitaban. Sorpresivamente, la colega que conducía la entrevista le propuso a la madre hacer un juego de roles: ella le fue demostrando cómo debía conducirse, cómo debía preguntar, cómo debía repreguntar en caso de que no entendiera, y la instruyó para que comprara un anotador, lo llevara en su cartera y tomara nota de todo lo que se le decía, así como del nombre de la persona que la atendía. Esta intervención, a la vista poco *psicológica,* ayudó a que esta madre atravesara un muro de limitaciones y pudiera pararse en un lugar más firme y seguro en pos de la protección de las hijas, que era, genuinamente, su principal interés.

Los agentes de la intervención pueden actuar por exceso o por defecto. Cuando actúan por exceso, se sobreidentifican con las víctimas y sus problemas, y pierden de vista los verdaderos límites de su accionar. Los psicólogos se convierten en abogados y dan indicaciones acerca de cómo deben proceder las personas en el ámbito de la Justicia; los abogados se convierten en jueces y fiscales y aseguran o predicen resultados que no están en sus manos; los trabajadores sociales se convierten en psicólogos y proveen consejos terapéuticos que a veces contradicen lo que los terapeutas concretos indican o sugieren.

Es claro que, cuando se actúa por demás, se pierde eficacia en la intervención, e inadvertidamente se comienza a ser permeables al sufrimiento ajeno.

Pero la noticia interesante es que, cuando se toma distancia y se actúa por defecto, no solo existe la posibilidad de ser poco eficaces, sino que la estrategia autoprotectora termina siendo una ilusión: no hay forma de no ser impactados por lo que el AS conlleva, aunque sí hay forma de modular y amortiguar ese impacto. Los agentes de intervención también pueden ser resilientes.

En general, los agentes de intervención, en cualquier lugar en el que desempeñen su labor, y cualquiera sea su rol, pueden enfrentar diversas reacciones emocionales, con diversos niveles de intensidad, que inadvertidamente pueden nublar su accionar:

- Pueden sentir horror frente a la historia del niño y dar lugar a conductas defensivas para mitigar la impresión que dicho horror provoca; por ejemplo: minimizando o incluso negando la gravedad de la situación, dilatando distintas etapas del proceso de intervención, alejándose de su involucramiento al delegar responsabilidades en otros agentes de intervención ("como esto no me toca a mí, hasta que el otro no haga lo que tiene que hacer, yo no muevo un dedo"). Por supuesto, muchos pasos de la intervención están íntimamente vin-

culados entre sí, y entre todos le dan sentido al rompecabezas; pero cuando la reacción es de alejamiento, a la espera de que *el otro* haga lo que tiene que hacer, el agente de intervención también deja de hacer, en cierta medida, lo propio. Estas reacciones defensivas colaboran en incrementar el sentimiento de soledad y aislamiento del niño (cumpliéndole la amenaza del perpetrador de que nadie lo va a ayudar), y eventualmente vuelven a ponerlo en riesgo.

- Pueden surgir sentimientos de vergüenza o repulsión por los contenidos aberrantes de las conductas sexuales que se escuchan, los cuales se depositan involuntariamente en el niño o en la familia, lo que refuerza en las víctimas sentimientos de desvalorización e ineficacia.
- Pueden aparecer sentimientos de culpa e impotencia, capaces de llevar a que se evite ahondar en el tema por la creencia asociada de que "no hay nada que se pueda hacer".
- Pueden aparecer sentimientos hostiles por alguno de los componentes de la situación o hacia el accionar de los protagonistas implicados (rabia hacia el niño o la adolescente por no haber hablado, rabia hacia la madre por no haber protegido, rabia hacia el abusador por el abuso). Cuando esto es así, las acciones y los dichos del agente de intervención tienden a generar un sentimiento de culpa y una sensación de ineficacia en quien los recibe.
- Los agentes a cargo de la intervención pueden cargar con sus propias historias traumáticas, similares o no a la del niño o niña objeto de la intervención. Cuando estos traumas no han sido adecuadamente elaborados, las respuestas de quienes intervienen pueden verse teñidas por sus propias historias, sin que el agente de intervención sea capaz de diferenciar claramente los límites entre su historia y la del niño y la familia sobre quienes interviene. Esto, por un lado, condiciona su eficacia y, por otro, aumenta su propio malestar ante el trauma no resuelto.
- Pueden adoptar visiones polarizadas; por ejemplo, mirar al niño o la niña desde una perspectiva única de *víctima* cuando está muy dañado o de *superhéroe resiliente* cuando parece menos afectado. La primera mirada permite al agente de la intervención constituirse en una suerte de rescatador, pero a la vez le impedirá ayudar genuinamente a ese niño o a esa niña a tener el control sobre su vida, o a descubrir las herramientas para lograrlo; lo hará verse *especial,* con lo que paradójicamente reforzará la sensación de ser alguien diferente en un

sentido negativo. La segunda mirada, la del superhéroe, le permitirá al agente de la intervención mantener distancia del sufrimiento de la víctima, protegiéndose de su impacto, pero ayudará al niño o a la niña a reforzar una mirada disociada de sí, impiadosa con su propia vulnerabilidad y peligrosamente cercana a volver a caer en manos de otros predadores a lo largo de la vida. La mirada más difícil de lograr es una que equilibre la valoración genuina del sufrimiento a la vez que resalte las cualidades positivas y valiosas del ser humano herido sobre quien se está interviniendo. A pesar de ser la más compleja, es la que a largo plazo tendrá más resultados beneficiosos.

* * *

Es sabido que el trabajo con situaciones de violencia genera desgaste profesional que ha recibido diferentes nombres: desgaste por empatía, traumatización vicaria o secundaria, contagio emocional, *burnout* o síndrome del quemado. Figley dice:

> Hay un costo en cuidar. Los profesionales que escuchan las historias de miedo, dolor y sufrimiento de sus pacientes pueden sentir un miedo, un dolor y un sufrimiento similares porque les importa […] Irónicamente […] los terapeutas más efectivos son los más vulnerables a este efecto espejo o efecto contagio. Aquellos que tienen una enorme capacidad de sentir y expresar empatía tienden a estar más en riesgo de sufrir estrés por empatía. (Figley, 1995: 1)

Aunque en este texto Figley se refiera especialmente a los terapeutas que trabajan con personas traumatizadas, lo que explica se aplica a todos los agentes de intervención.

Algunos conceptos que suelen utilizarse como sinónimos pueden tener diferencias más o menos importantes en sus definiciones. Por ejemplo:

Se entiende por *traumatización vicaria* la acumulación de recuerdos o material traumático de la persona que se está atendiendo, que afecta y a la vez es afectada por la perspectiva del mundo que tiene la persona proveedora del servicio.

El término *contagio emocional* se refiere al proceso afectivo por el cual un individuo, testigo de la experiencia o de las reacciones emocionales de otra persona, experimenta una reacción emocional similar a la de esa persona, sin modulación, sin poder tomar una distancia operativa.

IR A CONTENIDO

El *burnout* se define como un "estado de agotamiento físico, emocional y mental provocado por el involucramiento a largo plazo con situaciones emocionalmente demandantes" (Figley, 1995). Suele asociarse a profesiones que impliquen el cuidado o la atención de otros seres humanos, y es entendido como un proceso gradual que puede derivar en complejos síntomas y condiciones, tanto físicos como psicológicos. Es un término ampliamente difundido en el ámbito del trabajo con situaciones de violencia. Se lo asocia a una conjunción de presiones laborales (se evalúan cuestiones inherentes a la satisfacción laboral del individuo, en lo económico y especialmente respecto a condiciones generales del lugar de trabajo: descanso, apoyo, infraestructura, etc.), a la disminución del idealismo en la tarea y una sensación de falta de logros e insatisfacción general con esta.

En el *burnout* se identifican cinco grupos de síntomas:

- *Físicos:* fatiga, problemas en el sueño, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, resfríos.
- *Emocionales:* irritabilidad, ansiedad, depresión, culpa, sentimiento de impotencia.
- *Conductuales:* agresión, cinismo, abuso de sustancias, pesimismo, actitud de estar a la defensiva, crueldad.
- *Interpersonales:* dificultades en la comunicación, dificultades para focalizar o para concentrarse en la tarea, distanciamiento de los compañeros de trabajo o de las personas a quienes se debe atender, deshumanización de las personas a quienes se debe atender.
- *Laborales:* pobre rendimiento laboral, ausentismo, robos, abuso de las pausas (tardar más tiempo del que está permitido) y de las llegadas y salidas (llegar más tarde o irse antes), renuncia.

Las personas que sufren de *burnout* suelen sentir que los problemas que deben atender son tan complejos y crónicos que están más allá de sus capacidades, y luchan denodadamente por mantener un equilibrio entre el deseo de proveer servicios adecuados, y las políticas y estructuras de los lugares en los cuales trabajan, que muchas veces conspiran contra el buen trabajo y el logro de los objetivos propuestos.

El *desgaste por empatía* implica también un agotamiento emocional, físico y espiritual que deviene de la exposición al cuidado de personas con sufrimiento emocional o físico. Según Figley (1995), se diferencia del *burnout* porque aparece de manera repentina.

IR A CONTENIDO

Algunos de los factores que nos pueden hacer más vulnerables al desgaste por empatía según Figley (1995) son:

- ser empáticos;
- estar expuestos a la traumatización de otras personas;
- haber experimentado algún tipo de trauma a lo largo de la vida;
- haber experimentado trauma en la infancia;
- haber experimentado un trauma similar al que se está atendiendo;
- trabajar con niños.

Independientemente de la definición que se desee utilizar, todas las personas que trabajan con situaciones de violencia —como lo es el abuso sexual infantil—, dondequiera que desarrollen su trabajo, pueden sentirse identificadas con alguna de ellas. Se puede afirmar que el trabajo con situaciones de violencia *es un factor de riesgo para el desgaste profesional*.

Las condiciones laborales suelen ser un condimento importante, en especial en sociedades menos desarrolladas, en las que la escasez o la falta directa de recursos suele ser una regla más que una excepción.

En una evaluación informal de los factores relacionados con las condiciones laborales que causan un impacto acumulativo en el desgaste profesional, quienes trabajan con situaciones de violencia en contextos emocionales suelen señalar:

- inestabilidad laboral;
- escasez de recursos humanos, que redunda en una sobrecarga de una tarea de por sí intensa;
- falta de incentivos (económicos o de otro tipo, como, por ejemplo, reducción de horarios);
- falta de supervisión o supervisión inadecuada de la tarea (llevada a cabo muchas veces por personas no idóneas);
- la formación suele depender exclusivamente de la responsabilidad y el deseo del operador;
- infraestructura pobre, deficitaria, inadecuada para el trabajo que se debe llevar a cabo (por ejemplo, no tener un lugar donde atender a las personas en condiciones de privacidad);
- escasez de materiales para trabajar, que muchas veces debe suplir el propio operador (hojas, lápices, lapiceras, carpetas);
- poco o nulo apoyo de las estructuras jerárquicas.

IR A CONTENIDO

Lamentablemente, este tipo de condicionantes están fuera de las posibilidades de los operadores y suelen depender más de políticas públicas que escapan a su control.

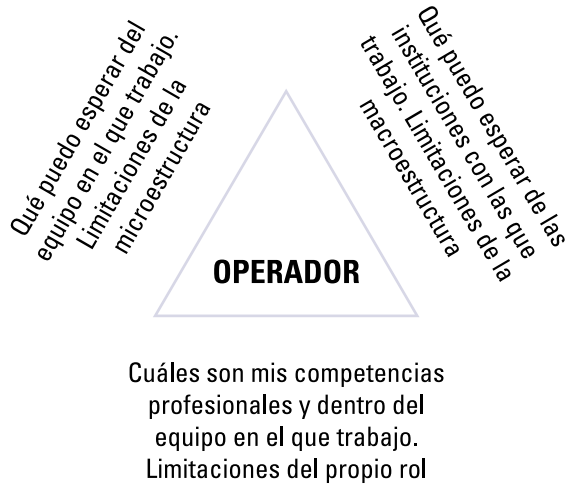
Muchas veces el alto compromiso de las personas que trabajan en el tema, sumado al entusiasmo que demuestran quienes se inician en la tarea, funciona durante un tiempo *compensando* las faltas y las fallas del sistema. Sin embargo, rápidamente se hace evidente que los esfuerzos individuales son absolutamente insuficientes para cambiar las *estructuras,* y así las personas, frustradas, empiezan a debilitar su compromiso, muchas veces sin darse cuenta de qué es lo que les está sucediendo. Se suele identificar con mayor rapidez lo que está mal *afuera* (lo que otros no hicieron o hicieron mal o tarde) que lo que está mal *adentro* (posibles expectativas desmedidas, accionar más allá de la propia tarea para suplir lo que *el otro* no hace, esperanzas exageradas de cambio).

Cuando se hace evidente que no se puede cambiar al *otro,* una sensación de desesperanza, futilidad y falta de significado en la tarea que se emprende puede apoderarse de las personas que trabajan en estos temas. Para entonces, el trabajo que se hace pudo haber mutado en una necesidad funcional (si la persona no tiene otro ingreso o la posibilidad de generarlo, o si tiene temor al cambio) o en una obligación (cumplir el horario, trabajar *de brazos caídos*), y el compromiso profesional con la tarea se ve empobrecido o incluso, a veces, desvanecido.

Una forma de restablecer el equilibrio consiste en entender, por un lado, qué se puede esperar de la microestructura en la que se trabaja, qué se puede esperar de las instituciones con las cuales se trabaja o de la macroestructura, y cuáles son exactamente el rol y la responsabilidad que la propia tarea implica. El triángulo conformado por las tres variables delimita el territorio en el cual el agente de la intervención puede moverse de manera más efectiva. A este triángulo se lo denomina *triángulo de equilibrio en el rol del operador.* Esto no significa que no pueda salirse de su territorio, pero cuando lo hace sabe que se trata de una situación especial y que no necesariamente deberá encargarse de ella como si fuera aquello que debe atender.

Por ejemplo, un juez puede estar escuchando a una adolescente que fue abusada por su padre, que repentinamente estalla en llanto y le pide que no mande a su papá a la cárcel. El juez puede consolar a la niña —no necesita llamar a un psicólogo para que lo haga por él—, pero sabe que su tarea como juez es otra. Entonces, puede responder en consonancia con el dolor de la víctima (“Debe ser muy difícil lo que estás sintiendo en este

momento; me apena mucho que tengas que estar pasando por esta situación"), a la vez que le deja en claro cuál es su tarea, su responsabilidad, los límites de su accionar ("Mi función como juez es tratar de encontrar la verdad y hacer respetar la ley. No puedo prometerte que tu papá no irá a la cárcel"). Evita así cruzar los límites llevando su accionar mucho más lejos; por ejemplo, tratando de hacer reflexionar a la víctima ("Si la ley dice que lo que tu papá hizo está mal, entonces tendrá que ir a la cárcel; además yo tengo que encargarme de proteger a tus otros hermanitos, ¿me entendés?"), o distanciándose reactivamente del estado emocional de esta ("Bueno, no llores más. Lo hecho, hecho está"), o prometiéndole cosas posiblemente irrealizables como forma de calmar su propio malestar ante el malestar de la adolescente ("Bueno, quedate tranquila que todo va a salir bien, ¿sabés?"). Este es simplemente un ejemplo que se presenta a modo ilustrativo.



Triángulo de equilibrio en el rol del operador

Además de los efectos individuales que la exposición continua a la atención de este tipo de problemas suele acarrear, existe lo que se ha dado en llamar *traumatización de los equipos* (Arón y Llanos, 2004). La traumatización de los equipos se refiere a la reproducción —dentro de los equipos de trabajo, dondequiera que estos se desempeñen— de dinámicas abusivas y

violentas similares a las que son propias de las familias a las que se atiende. Hay quienes hacen abuso de su poder, hay quienes se sienten víctimas directas de ese tipo de abuso, y hay quienes observan o presencian, son testigos de la situación.

Las personas que se sienten víctimas del abuso de poder suelen responder como las víctimas del abuso y la violencia: se retraen, se sienten silenciadas, amenazadas, entrampadas e impotentes. Las que funcionan en el lugar del observador o testigo pueden oscilar entre respuestas de impotencia y temor (no saben qué hacer, temen que el abuso se haga extensivo a ellas, temen perder sus puestos de trabajo) y respuestas de distanciamiento ("Este conflicto no me pertenece; mejor no me meto, puedo perder más de lo que gane"). Mientras tanto, el poder de quien *abusa* aumenta exponencialmente. Según Arón y Llanos, esto tiene un costo altísimo para la intervención, para cada una de las personas del equipo y para los equipos mismos, que, en los casos más extremos, pueden llegar a desintegrarse.

Por eso las autoras, además de destacar la necesidad del autocuidado, refieren que este no puede ser una práctica solo individual, es decir, de cada uno de los miembros de un equipo, sino que debe haber un compromiso con el autocuidado en el equipo o la institución en el cual cada persona trabaja.

Se retoma aquí esta propuesta de las autoras mencionadas, y se exponen algunas de las estrategias presentadas por ellas, tratando de agregar algunos aportes surgidos de la experiencia de las autoras de este libro.

Autocuidado individual

Reconocimiento y visibilización del malestar

Las autoras chilenas consideran que vivir en una sociedad que nos enseña a *aguantar* contribuye muchas veces a que no se registre oportunamente el malestar.

Las autoras de este libro coinciden con esta postura, pero creen que tal dificultad puede verse potenciada si se considera que no está bien visto decir que alguien está sintiéndose afectado por el trabajo que realiza. Por otro lado, una idea subyacente de que nadie va a escuchar o de que nada va a cambiar puede también colaborar en este no registro.

El primer paso consiste en reconocer *para sí mismo* que la carga de la tarea es pesada, y que sentirse sobreexigidos o impactados emocionalmente por ella es una posibilidad.

El segundo paso es buscar con quién compartir este sentimiento. Si la persona nota que dentro del equipo en el que trabaja no hay una adecuada recepción, puede intentarlo por fuera, con otro colega, un terapeuta o alguien en quien confíe para supervisar su tarea. La instancia de escucha del otro debe ser activa y empática.

Vaciamiento y descompresión

Las autoras chilenas comparan el material que se suele escuchar en las situaciones de violencia con los desechos tóxicos de las industrias: no solo es tóxico y contaminante, sino que, al igual que los desechos industriales, no puede ser vaciado en cualquier parte. Consideran entonces que el vaciamiento de quienes trabajan con violencia consiste en compartir la carga de lo que hacen con otros que hagan el mismo tipo de trabajo y comprendan la tarea, no con el objetivo de obtener una supervisión, sino simplemente para *descargar,* descomprimir con otro que entiende y pasa por situaciones similares.

Mantener áreas personales libres de contaminación

Se refieren a la realización de actividades y a la búsqueda de espacios de distracción y distensión en los que la persona dedique tiempo a algo que le gusta. Puede ser una actividad física, cultural, un *hobbie,* etc. Al mismo tiempo, recomiendan que estos espacios queden libres de posibles contaminaciones de la temática de trabajo (por ejemplo, no leer libros o ver películas sobre abuso).

Evitar la sobrecarga de las redes de apoyo

Se refieren aquí a las personas que forman parte del contexto emocional del operador (hijos, pareja, familia extensa, amigos) y aconsejan no practicar el *vaciamiento* con ellas, para no producirles una saturación —y, se podría decir también, un contagio—. Estas personas no necesariamente están preparadas para escuchar este tipo de situaciones, no tienen por qué hacerlo y no es esa su función en la red de apoyo del operador.

IR A CONTENIDO

Formación profesional

La formación profesional —y sería conveniente agregar también la actualización—ayuda a evitar el aislamiento y previene la ineficacia. Si bien no siempre el profesional recibe esta formación y actualización de las instituciones en las que trabaja, es importante que busque alternativas de formación que le permitan ser cada vez más eficaz en la tarea que emprende, y al mismo tiempo sentirse más seguro de sus acciones y también de sus responsabilidades en el rol que debe asumir.

Ubicar la responsabilidad donde corresponde

Esto se emparenta con el triángulo de equilibrio en el rol del operador, dentro del cual en párrafos anteriores se sugería que el profesional pudiera ubicarse para establecer más claramente los límites y alcances de su accionar. Las autoras chilenas refieren que no cargarse de responsabilidades ni culpar al otro son dos buenas estrategias para encontrar el punto central desde donde ubicar las responsabilidades exactas que le competen a cada uno, evitando así la escalada en los conflictos.

Autocuidado a nivel de los equipos

Para las autoras chilenas, el autocuidado de los equipos es responsabilidad de los niveles directivos e implica garantizar niveles de seguridad en el desempeño de la tarea, tanto como reforzar ciertos estilos de liderazgo y de supervisión. Esto es lo que se conoce también como *cuidar a los que cuidan*.

Entienden que para que se pueda dar este autocuidado en los equipos (o este cuidado de los equipos por las instituciones en las cuales estos trabajan) es necesario que en los niveles directivos se den ciertas condiciones:

a. Asegurar a los trabajadores entornos mínimos de seguridad personal en el ámbito de trabajo, sobre todo cuando se desempeñan con población potencialmente violenta o en zonas de riesgo. Esta protección puede incluir desde la presencia de custodia hasta la disposición espacial de escritorios y sillas en las oficinas de trabajo para facilitar al profesional el escape de una situación de riesgo personal.
b. Facilitar espacios para el vaciamiento y la descarga durante las ho-

ras de trabajo, tanto de manera espontánea e inmediata —sobre todo cuando se ha recibido un caso de alto impacto emocional— como de manera estructurada —por ejemplo, a través de espacios de supervisión—.

c. Favorecer el establecimiento de las relaciones de confianza y apoyo entre los miembros del equipo. Facilitar espacios de distensión o promover interacciones que no estén relacionadas necesaria o únicamente con la temática de trabajo pueden colaborar en este sentido.
d. Promover y asumir liderazgos democráticos, por cuanto los liderazgos autoritarios y verticalistas facilitan la reproducción de dinámicas abusivas. Los liderazgos democráticos no excluyen la distribución clara de roles y responsabilidades, en la medida en que cada miembro del equipo sepa qué le corresponde hacer a cada cual.
e. Favorecer y promover espacios de supervisión de la tarea a la medida de las necesidades de los equipos, evitando estilos persecutorios y confrontativos. El espacio de supervisión debe servir como un lugar confiable para el profesional supervisado, en el que sienta que puede ser escuchado y reciba una retroalimentación que resulte efectiva para su desempeño. Las autoras de este libro consideran que los espacios de supervisión o consultoría deberían ser una rutina del trabajo de los equipos, y no ser ofrecidos solamente cuando surgen casos difíciles o cuando los equipos empiezan a mostrar agotamiento o debilitamiento. Los espacios de supervisión y consultoría no quitan tiempo al trabajo: suman calidad a la intervención.

* * *

Lamentablemente, no siempre los equipos cuentan con estas posibilidades. El exceso de trabajo, la falta de recursos y algunos estilos de liderazgo distante o autoritario suelen dejar a los profesionales solos. Todos tienen responsabilidades importantes: el perito, el juez, el fiscal, los empleados que atienden al público, los trabajadores sociales, los psicólogos y los psiquiatras. Ninguna responsabilidad puede llegar a buen puerto sin el correcto ejercicio de las otras responsabilidades. La interconexión es vital.

Claro que, además de tener responsabilidades, todos los agentes de intervención son seres humanos, personas con una historia, con sueños y deseos, con necesidades, con coyunturas diferentes, en momentos vitales diferentes. Las familias que requieren atención dependen del correcto ejercicio de las

responsabilidades de los agentes de intervención, pero —aunque no sea evidente— tocan a veces las matrices personales de quienes las atienden, y las transforman, y esta transformación puede, para bien o para mal, impactar en el ejercicio de tales responsabilidades.

Según la experiencia personal de las autoras de este libro, y a pesar de no haber sido siempre beneficiarias de las acciones de cuidado detalladas hasta ahora, es siempre importante buscar y facilitar todas las estrategias que puedan proveer, promover y facilitar dicho cuidado.

Para complementar el trabajo de las autoras chilenas, se comparten aquí qué mecanismos han sido útiles a la hora de promover el autocuidado y el cuidado de los cuidadores.

- El verdadero trabajo interdisciplinario mancomunado en un mismo marco teórico permite una correcta división de tareas y, además, provee de una red de apoyo. Proponer objetivos claros permite que cada cual sepa qué debe hacer, cuándo y por qué; discutir y acordar las estrategias de trabajo y revisarlas si es necesario permite al profesional sentirse apoyado y contenido, algo vital cuando se están manejando situaciones tan delicadas, en las que se ven implicados los destinos de tantas personas.
- Tener un espacio terapéutico propio puede ser útil cuando el profesional reconoce que su tarea está afectando otras áreas de su vida, tales como familia, relaciones interpersonales o sociales. Necesitar ayuda y pedirla no es deshonroso, y cuando se lo reconoce como necesario puede incluso relanzar el trabajo, oxigenarlo y potenciarlo. Los agentes de intervención también están puestos en posición de *ayudar* a otros. Si reconocen que no son superhéroes, entender que necesitan ser ayudados puede ser de gran alivio.
- Recordar que las situaciones con las que se trabaja pueden activar emociones fuertes. Reconocerlas, validarlas y buscar apoyo ayudan a la contención de los propios estados emocionales. A veces, compartir una entrevista con otro colega es también de ayuda para amortiguar el impacto de dichas situaciones.
- El buen descanso, la buena alimentación, tener momentos de ocio y ejercitar el humor no pueden ser lujos. Por el contrario, son tan necesarios como hacerse un chequeo médico de rutina cada año. A veces la salud mental se da por sentada, pero, si no se da por sentada la salud física, si se la cuida y se busca prevenir males peores, ¿por

qué no tomar la misma actitud con la salud mental? Los agentes de intervención, quienes los rodean y los beneficiarios de su trabajo se verán altamente favorecidos por ese ejercicio de autocuidado.

- Las carreras de grado no preparan al profesional para el trabajo con el abuso sexual infantil. Esa es una falencia de las carreras, no de los profesionales, pero es necesario suplirla. Estar actualizados es como estar inmunizados.
- Es importante que el profesional evite ponerse en el lugar del *rescatador.* Para lograrlo es fundamental el trabajo en red y pensar los pasos a dar antes de dejarse llevar por el horror que despierta la historia que se está escuchando. Esto implica manejar el delicado equilibrio entre no quedar atrapados en el apuro y la urgencia, y actuar con la rapidez suficiente para que el niño no corra riesgo.
- No olvidarse de cultivar las relaciones saludables, y de cuidarlas.

* * *

Dicen Barudy y Dantagnan:

> Los terapeutas deben ser sensibles a la necesidades del niño, a sus sentimientos y a su modo de relacionarse […] deben mantenerse proactivos, con signos de empatía, cálidos y cuidadores, pues estas actitudes les impedirán reaccionar negativamente, con hostilidad, distancia o indiferencia. (Barudy y Dantagnan, 2005: 238)

No todos los que trabajan en la atención de esta temática lo hacen en calidad de terapeutas, pero el llamado de Barudy a la empatía ciertamente convoca a todos. La empatía es la capacidad de *ponerse en los zapatos del otro,* y ponerse en los zapatos del otro no sesga la intervención, sino que acerca a una comprensión más humana del sufrimiento del otro, desde las herramientas que aportan la formación y el rol. El desarrollo de la empatía permite además desarrollar el trabajo en la autoobservación, condición absolutamente necesaria para evitar el desgaste. *¿Qué me impacta de esta situación? ¿Qué me hace sentir esta madre? ¿Cómo me afecta no poder ayudar a esta niña más allá de lo que mis capacidades y habilidades me permiten?* Estas preguntas, que raramente se cruzan por la cabeza de quienes intervienen en la vorágine de una jornada laboral, no llevan demasiados minutos, y las respuestas pueden reorientar sus acciones, así como evitar que se tomen distancias innecesarias e improductivas.

IR A CONTENIDO

Con relación al vínculo entre los agentes de la intervención y el niño, la niña o adolescente víctima, es importante destacar algunos conceptos que pueden ayudar no solo a que la intervención sea eficaz, sino al cuidado tanto del niño como del operador. Uno de esos conceptos es el respeto. Parece obvio que el operador debe ser respetuoso con el niño, pero no siempre esto sucede. Algunos operadores tratan a los niños como si estos no entendieran, o como si no fueran personas.

Estos niños son personas cuyos derechos han sido vulnerados, y el respeto en la forma como se los trate será en sí mismo un paso, pequeño pero importante, para la restitución de tales derechos. Si se encuentran dificultades para verlos como *personas* por su edad, se puede hacer un esfuerzo por verlos como pares de hijos, nietos, sobrinos o ahijados. ¿Es posible dejar que los derechos de niños y niñas cercanos sean vulnerados? Entre ellos y los niños y niñas objeto de la intervención profesional no existe diferencia alguna: los unos y los otros deben ser tratados dignamente, respetando todos y cada uno de sus derechos.

Una forma de demostrar ese respeto radica en brindar la información necesaria al niño y a su familia, sin hacer falsas promesas ni escatimar información. Esto ayudará a que la conexión sea sincera y proporcione una primera experiencia de contención, pese a estar en un encuadre de investigación. Los niños son más capaces de tolerar la honestidad de una mala noticia que la fantasía de una noticia falsa. Cuando los adultos honran esa capacidad, se convierten en seres más creíbles a los ojos infantiles.

Esto permite devolverles —aunque sea en parte— la capacidad de creer en el mundo como un lugar donde es posible sentirse seguros, donde es posible el cuidado y donde ellos mismos son considerados, genuinamente, merecedores de todo aquello que quienes abusaron de ellos intentaron negarles.

Y eso, a su vez, le da sentido a la intervención profesional.

IR A CONTENIDO

Referencias bibliográficas

Alexander, P. C. (1992), "Application of attachment theory to the study of sexual abuse", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* vol. 60, n.º 2, pp. 185-195.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), "Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused", *Journal of the Americann Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* vol. 36, pp. 37S-56S.

American Psychological Association (1996), *Violence and the Family: Report of the APA Presidential Task Force on Violence and the Family,* Washington D. C.: American Psychological Association.

Arón, A. M., y M. T. Llanos (2004), "Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia", *Sistemas Familiares,* vol. 20, n.os 1-2, pp. 5-15.

Baita, S. (2004), "Defensa disociativa en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil", *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica,* vol. III, n.º 1, pp. 34-40.

Baita, S. (2007a), "Actualizaciones en la evaluación del maltrato y el abuso sexual infantil", Jornadas de Capacitación Intensiva - Escuela de Capacitación Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Chubut, Argentina.

Baita, S. (2007b), "Ventajas y desventajas del uso de protocolos en maltrato y abuso sexual infantil", I Congreso Internacional de Violencia, Abuso y Maltrato, Buenos Aires, Argentina.

Baita, S. (2010), Detección y Abordaje del Abuso Sexual Infantil, curso de formación profesional para trabajadores sociales, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Barudy, J. (1998), *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil,* Barcelona: Paidós.

Barudy, J., y M. Dantagnan (2005), *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia,* Barcelona: Gedisa.

Berliner, L., y J. R. Conte (1990), "The process of victimization: The victims' perspective, *Child Abuse and Neglect,* vol. 14, pp. 29-40.

Berliner, L., y D. M. Elliott (2002), "Sexual Abuse of Children", en J. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. Hendrix, C. Jenny, y T. Reid (eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment,* 2.ª ed., California: Sage.

Bringiotti, M. I. (1999), *Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el mal-*

trato físico en la población infantil, Buenos Aires: Miño y Dávila.

Caffaro, J. V. (2014), *Sibling Abuse Trauma. Assessment and Intervention Strategies for Children, Families and Adults,* 2.ª ed., Nueva York: Routledge.

Cantón Duarte, J., y M. Cortés Arboleda (2000), *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil,* Madrid: Pirámide.

Carnes, C. N., Ch. Wilson y D. Nelson-Gardell (1999), "Extended Forensic Evaluation when Sexual Abuse is Suspected: A Model and Preliminary Data", *Child Maltreatment,* vol. 4, n.º 3, pp. 242-254.

Carnes, C. N., D. Nelson-Gardell, Ch. Wilson y U. C. Orgassa (2001), "Extended Forensic Evaluation when Sexual Abuse is Suspected: A Multisite Field Study", *Child Maltreatment,* vol. 6, n.º 3, pp. 230-242.

Center for Disease Control and Prevention (2014), "Injury Prevention and Control. Sexual Violence: Risk and Protective Factors", ‹http://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/riskprotectivefactors.html›.

Chantler, L., L. Pelco y P. Mertin (1993), "The psychological evaluation of child sexual abuse using the Louisville Behavior Checklist and Human Figure Drawing", *Child Abuse and Neglect,* vol. 17, n.º 2, pp. 271-280.

Christiansen, J., y N. Blake Reed (1990), "The grooming process in father-daughter incest", en A. Horton, B. Johnson, L. Roundy y D. Williams (eds.), *The incest perpetrator. A Family member no one wants to treat,* California: Sage.

Dallam, S. J. (1999), "The Parental Alienation Syndrome: Is it Scientific?", en E. St.Charles y L. Crook (eds.), *Expose: The failure of family courts to protect children from abuse in custody disputes,* Los Gatos (EUA): Our Children Charitable Foundation.

deMause, Lloyd (1982), *Historia de la infancia,* Madrid: Alianza Universidad.

De Paul Ochotorena, J., y M. I. Arruabarena Madariaga (1996), *Manual de protección infantil,* Barcelona: Masson.

Everson, M. & Boat, B. (1994), "Putting the anatomical doll controversy in perspective: An examination of the use of anatomical dolls in sexual abuse evaluations", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* vol. 29, n.º 5, pp. 736-742.

Everson, M., y B. Boat (2002), "The utility of anatomical dolls and drawings in child forensic interviews", en M. Eisen, J. Quas y G. Goodman (eds.), *Memory and suggestibility in the forensic interview,* Mahwah (EUA): Laurence Erlbaum, pp. 383-408.

Echeburúa, E., y C. Guerricaeche-

varría (2000), *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores,* Barcelona: Ariel.

Elliott, M. (1993), *Female Sexual Abuse of Children,* Nueva York: Guilford Press.

Everson, M., y K. C. Faller (2012), "Base Rates, Multiple Indicators, and Comprehensive Forensic Evaluations: Why Sexualized Behavior Still Counts in Assessments of Child Sexual Allegations?", *Journal of Child Sexual Abuse,* vol. 21, n.º 1, pp. 45-71.

Faller, K. C. (1990), *Understanding child sexual maltreatment,* Londres: Sage.

Faller, K. C. (1992), *Child sexual abuse: Intervention and Treatment issues,* Washington D. C.: US Government Printing Office, US Department of Health and Human Services. National Center on Child Abuse and Neglect.

Faller, K. C. (1998), "The Parental Alienation Syndrome. What is it and what data support it?", *Child Maltreatment,* vol. 3, n.º 2, pp. 100-115.

Faller, K. C. (2003), *Understanding and assessing child sexual maltreatment,* 2.ª ed., California: Sage.

Faller, K. C. (2007), *Interviewing Children About Sexual Abuse. Controversies and Best Practices,* Nueva York: Oxford University Press.

Figley, Ch. (1995), *Compassion Fatigue. Coping with the Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized,* Londres: Routledge.

Finkelhor, D., y A. Browne (1985), "The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization", *American Journal of Orthopsychiatry,* vol. 55, n.º 4, pp. 530-541.

Fraenkel, P., M. Sheinberg y F. True (1996), *Making families safe for children: Handbook for a family-centered approach to intrafamilial child sexual abuse,* Nueva York: Ackerman Institute for Family Therapy.

Freyd, J. J. (1996), *Betrayal Trauma. The logic of forgetting childhood abuse,* Cambridge: Harvard University Press.

Friedrich, W., J. Fisher, D. Broughton, M. Houston y C. Shafran (1998), "Normative sexual behavior in children: A contemporary sample", *Pediatrics,* vol. 101, pp. 1-8.

Friedrich, W. (2002), *Psychological Assessment of Sexually Abused Children and their Families,* California: Sage.

Furniss (1984), "Mutual Influence and Interlocking Professional Family Process in the Treatment of Child Sexual Abuse", *Psychotherapy,* vol. 24.

Garbarino, J., Eckenrode, J. (1996), Por qué las familias abusan de sus hijos. Buenos Aires, Editorial Granica.

Gardner, R. (1992), *True and false accusations of child sex abuse,* Creskill (EUA): Creative Therapeutics.

Gomes-Schwartz, B., J. M. Horowitz y A. P. Cardarelli (1990), *Child sexual abuse: the initial effects,* California: Sage.

Hall, D. K., F. Matthews y J. Pearce (1998), "Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children", *Child Abuse & Neglect,* vol. 22, pp. 1045-1063.

Herman, J. (1997), *Trauma and recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror,* Nueva York: Basic Books.

Hooper, C. A (1994), *Madres sobrevivientes al abuso sexual de sus niños,* Buenos Aires: Nueva Visión.

Intebi, I. V. (1998), *Abuso Sexual Infantil. En las mejores familias,* 2.ª ed., Buenos Aires: Granica, 2008.

Jenny, C. (2002), "Medical Issues in Child Sexual Abuse", en John A. B. Myers et al. (eds.) *The APSAC Handbook on Child Maltreatment,* 2.ª ed., California, Sage, pp. 235-247.

Jones, D. P. H., y J. M. McGraw (1987), "Reliable and Fictitious Accounts of Sexual Abuse to Children", *Journal of Interpersonal Violence,* vol. 2, pp. 27-45.

Kelly, A., y K. McKillop (1996), "Consequences of revealing personal secrets", *Psychological Bulletin,* vol. 120, pp. 450-465.

Klajner-Diamond, H., W. Wehrspann y P. Steinhauer (1987), "Assessing the credibility of young children's allegations of sexual abuse: Clinical issues", *Canadian Journal of Psychiatry,* vol. 32, n.º 7, pp. 610-614.

Lamb, M., y K. Sternberg (1999), "Eliciting accurate investigative statements from children", 15th National Symposium on Child Sexual Abuse, Huntsville (EUA).

Lipian, M., M. Mills y A. Brantman (2004), "Assessing the veracity of children´s allegations of abuse: A psychiatric overview", *International Journal of Law and Psychiatry,* vol. 27, pp. 249-263.

Lyon, T., y K. Saywitz (2000), "Qualifying Children To Take the Oath: Materials for interviewing professionals", ‹http://www.judcom.nsw.gov.au/publications/benchbks/sexual_assault/articles/Lyon-Qualifying_children_to_take_oath.pdf›.

Leifer, M., T. Kilbane, y S. Kalick (2004), "Vulnerability or Resilience to Intergenerational Sexual Abuse: The role of maternal factors", *Child Maltreatment,* vol. 9, n.º 1, pp. 78-91.

Noll, J., P. Tricket, W. Harris y F. Putnam (2009), "The Cumulative Burden Borne by Offspring whose mothers were sexually abused as children", *Journal of Interpersonal Violence,* vol. 24, n.º 3, pp. 424-449.

Malacrea, M. (1998), *Trauma e riparazione. Il trattamento dell' abuso sessuale nell´infanzia,* Milán: Raffaello Cortina. (Hay edición en español: *Trauma y reparación. El tratamiento del abuso sexual en la infancia,* Barcelona: Paidós, 2000.)

Malloy, L. C., T. D. Lyon, y J. A. Quas (2007), "Filial dependency and recantation of child sexual abuse allegations", *Journal of the Academy*

of Child and Adolescent Psychiatry, vol. 46, n.º 2, pp. 162-170.

Masson, J. (1984), *The assault on truth: Freud´s suppression of the seduction theory,* Nueva York: Farrar, Strauss & Giraux.

McCloskey, L., y J. Bailey (2000), "The Intergenerational Transmission of Risk for Child Sexual Abuse", *Journal of Interpersonal Violence,* vol. 15, n.º 10, pp. 1019-1035.

Murphy, W., T. Rau y P. Worley (1994), "Offender Treatment: The Perils and Pitfalls of Profiling Child Sex Abusers", *The APSAC Advisor*, vol. 7, n.º 1, pp. 3-4, 28-29.

Oates, R. K., D. P. Jones, D. Denson, A. Sirotnak, N. Gary y R. D. Krugman (2000), "Erroneous Concerns about Child Sexual Abuse", *Child Abuse & Neglect,* vol. 24, pp. 149-57.

Olafson, E. (2007), "Children's Memory and Suggestibility", en K. C. Faller, *Interviewing Children about Sexual Abuse. Controversies and Best Practices,* Nueva York: Oxford University Press, pp. 10-34.

Olafson, E., D. Corwin y R. Summit (1993), "Modern History of Child Sexual Abuse Awareness: Cycles of Discovery and Suppression", *Child Abuse & Neglect,* vol. 17, n.º 1, pp. 7-24.

Olafson, E., y C. Lederman (2006), "The State of the Debate about Children's Disclosure Patterns in Child Sexual Abuse Cases", *Juvenile and Family Court Journal,* vol. 57, n.º 1, pp. 27-40.

Organización Mundial de la Salud (2014), *Maltrato infantil,* Nota descriptiva n.º 150, ‹http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/›.

Paine, M., y D. Hansen (2002), "Factors influencing children to self-disclose sexual abuse", *Clinical Psychology Review,* vol. 22, pp. 271-295.

Pereda Beltrán, N. (2009), Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo, 2009,* vol. 30, n.º 2, pp. 135-144, ‹http://www.papelesdelpsicologo.es/›.

Pereda, N., G. Guilera, M. Forns y J. Gómez-Benito (2009), "The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: A meta-analysis", *Clinical Psychology Review,* vol. 29, n.º 4, pp. 328-338.

Perrone, R., y M. Nannini (1997), *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional,* Buenos Aires: Paidós.

Pynoos, R., A. Steinberg y A. Goenjian (1996), "Traumatic Stress in Childhood and Adolescence. Recent Developments and Current Controversies", en B. van der Kolk, A. McFarlane y L. Weisaeth (eds.), *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society,* Nueva York: The Guilford Press, pp. 331-358.

Real Academia Española (2001), *Diccionario de la lengua española,* 22.ª ed., Madrid: Espasa.

Ross, C. (1995), "The Validity and Re-

liability of Dissociative Identity Disorder", en R. Falconer et al. (eds.), *Trauma, Amnesia and the Denial of Abuse,* Texas: Family Violence & Sexual Assault Institute, pp. 35-45.

Rozanzky, C. (2003), *Abuso sexual infantil ¿Denunciar o silenciar?,* Buenos Aires: Ediciones B.

Salter, A. (1995), *Transforming Trauma. A Guide to Understanding and Treating Survivors of Child Sexual Abuse,* California: Sage.

Sanz, D., y A. Molina, (1999), *Violencia y abuso en la familia,* Buenos Aires: Lumen-Humanitas.

Sapphire (1997), *Push: A Novel,* Nueva York: Vintage.

Save the Children (2001), *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales,* ‹http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/91/Manual.pdf›.

Saywitz, K., R. Nathanson y L. Snyder (1993), "Credibility of child witnesses: the role of communicative competence", *Child Abuse and Communicatively Disordered Children* (número especial: "Topics in language disorder"), L. Snyder y K. Saywitz (eds.), vol. 13, n.º 4, pp. 59-78.

Sgroi, S., F. Porter y L. Blick (1982), "Validation of child sexual abuse", en S. Sgroi (ed.), *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse,* Lexington: Lexington Books.

Silberg, J. (2012), *The Child Survivor. Healing Developmental Trauma and Dissociation.* Nueva York: Routledge.

Stien, P., y J. Kendall (2004), *Psychological Trauma and the Developing Brain. Neurologically based interventions for troubled children,* Nueva York: The Haworth Press.

Sorenson, T., y B. Snow (1991), "How children tell: The Process of Disclosure in Child Sexual Abuse", *Child Welfare,* vol. lxx, n.º 1, pp. 3-15.

Summit, R. (1983), "The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome", *Child Abuse & Neglect,* vol. 7, pp. 177-193.

Tarczon, C. (2012), *Mothers with a history of child sexual abuse. Key issues for child protection practice and policy,* Melbourne: Australian Center for the Study of Sexual Assault.

Teicher, M. (2010), "Does Child Abuse permanently alter the human brain?", Pierre Janet Memorial Lecture, conferencia de la International Society for the Study of Trauma and Dissociation, Atlanta.

Tully, B. (2002), "The evaluation of retractions in sexual abuse cases", *Child Abuse Review,* vol. 11, n.º 2, pp. 94-102.

U.S. Department of Health and Human Services (2010), The Child Abuse Prevention and Treatment Act, Including Adoption Opportunities & The Abandoned Infant Assistance Act.

Van Dam, C. (2001), *Identifying Child Molesters. Preventing Child Sexual Abuse by recognizing the Patterns of*

the Offenders, Nueva York: Haworth Press.

Van der Kolk, B. (1996), "Trauma and Memory", en B. van der Kolk, A. McFarlane y L. Weisaeth (eds.), *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society,* Nueva York: The Guilford Press, pp. 279-302.

Van der Kolk, B. (2006), "Foreword", en P. Ogden, K. Minton y C. Pain, *Trauma and the Body,* Nueva York: Norton.

Walker, A. G. (1999), *Handbook on questioning children,* Washington D. C.: American Bar Association, Center on Children and the Law.

Índice analítico

Abusadores sexuales / ofensores sexuales 100-108
Abuso sexual entre hermanos 43-45
Burnout 266-267
Cámara Gesell 149-150
Conductas que constituyen abuso sexual infantil 29
Conductas que constituyen abuso sexual infantil encubierto 30-32
Conductas sexualizadas 84-88
Consentimiento 25-28, 93
Desregulación emocional 229-232
Develamiento 126-137
Factores de riesgo 32-38
Falso alegato 198-206
Fantasías en los niños 53-54
Memoria en abuso sexual infantil 232-245
Mujeres abusadoras sexuales 106-108
Niños asintomáticos 88
Perfil del ofensor sexual 49-51
Preguntas capciosas 190-193
Respuesta materna frente al abuso sexual ..... 64 , 90, 95-100
Retractación 64-67, 137-143
Sexualización traumática 221
Síndrome de alienación parental (SAP) 206-213
Trastorno de identidad disociativo (TID) 240
Trastorno por estrés postraumático (TEPT) 81, 135, 204-205, 220, 223-232
Trauma complejo 223-232
Validez del relato 248-255

IR A CONTENIDO



Para más recursos visite:

FANPAGES:

MinisterioInfantilArcoIris

CongresoMinisterioInfantilArcoIris

GRUPO:

groups/MinisterioInfantilArcoIris

ministerioinfantilarcoiris

YouTube

MinisterioInfantilArcoIris

MinInfArcoIris