

¿Cómo enfocar el abuso sexual infantil? El psicoanálisis en la interdisciplina

*Maria Kuitca*¹

*Juana Berezin*²

*Dora Felbarg*³

INTRODUCCION

El Abuso Sexual Infantil (ASI) es un síndrome muy amplio y complejo. Nuestro esquema teórico-técnico remite indefectiblemente a la detección de *violencia vincular explícita o implícita*, tanto en la familia nuclear como extendida, donde podemos encontrar integrantes con características borderline o psicótica. Es imprescindible excluir de esta entidad clínica las situaciones extremas de marginalidad social en las cuales el trato corporal y emocional que sufre el niño se vehiculiza en todo tipo de vejámenes. En cambio, cuando mencionamos el ASI, nos referimos al niño y su entorno familiar, donde un niño abusado deviene sujeto privado de su historia, de su posibilidad de mutar desde lo endogámico a lo exogámico, de respetar la cadena generacional, quedando así desubjetivizado, es decir deshumanizado.

Cuando un menor es victimizado, se produce este síndrome, que representa un grave daño sobre su psiquismo porque como “una bomba de tiempo”, aunque transcurra un lapso importante de vida, lo sucedido puede quedar disociado y hacer eclosión con la aparición de

¹ Miembro Titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

² Miembro Titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

³ Abogada. Especialista en Derecho de Familia.

síntomas inherentes a severos cuadros patológicos. Christopher Bollas (1993) se pregunta desde la clínica, qué es lo traumático en el incesto y se responde que origina un proceso de inversión tópica de lo simbólico a lo somático, producido por el hecho abusivo corporal perpetrado. Así se ocasiona un daño al psiquismo que o bien impide el desarrollo simbólico o bien produce su regresión. O sea, *“no es el cuerpo la verdadera víctima... el delito... es el abuso perpetrado en la psique y en el propio ser”*. Si bien Bollas describe dicho proceso desde la dupla padre-hija, por nuestra experiencia sabemos que el hecho invasivo determina sobreestimulación erógena cualquiera sea el sexo del progenitor y del hijo. Las experiencias de sobreestimulación de zonas erógenas para un yo corporal primario y en desarrollo, la concreción del incesto y la desprotección que caracteriza el estilo vincular, determinan lo traumático del ASI en la constitución del *self* infantil. La explicación en términos económicos que elabora Freud sobre trauma, una sobrecarga de estímulos internos y externos sin ligadura; los conceptos de trauma acumulativo de Masud Khan que se va conformando a partir de experiencias reiteradas de abandono, que llevan a la ruptura de la confianza en los vínculos de dependencia infantil; el trauma de la pérdida de funciones parentales de apego y sostén, siguiendo a Bowlby, el concepto de progresión traumática de Ferenczi referido a la premaduración patológica del niño que ha sufrido agresión sexual, llevan a la aplicación de mecanismos de defensa primarios: negación, idealización, identificación proyectiva, escisión. Los contenidos de la fantasía inconsciente, explican distintas psicodinamias: el descreimiento en ser querido y bien tratado, la búsqueda compulsiva de un objeto consolador donde la sexualización aparece como forma privilegiada y a veces única de relación con el otro; el sometimiento a nuevos hechos abusivos por introyección de una imagen rechazable y culposa de sí mismo o por la fantasía de que esta vez no será abusado sino cuidado, o a la identificación con el adulto agresor como intento de control del objeto persecutorio. A través de la transformación en lo contrario, vuelta sobre sí mismo, compulsión a la repetición, el niño perpetúa en forma activa o pasiva, el vínculo abusivo. El sometimiento de un niño a una excitación prematura y continua establece bases para una posible estructuración perversa, sado-masoquista de su personalidad.

La clínica de la violencia hacia el niño nos pone en contacto con familias cuyos vínculos intrafamiliares reproducen traumas y carencias en el vínculo con el objeto primario y son expresión de conflictos

preedípicos y edípicos no resueltos. Sus miembros organizan defensivamente un sistema familiar caracterizado por la inversión de roles. A propósito de estas consideraciones el amplio desarrollo de la noción de vincularidad ha llevado a la revisión de conceptos que de lo contrario permanecerían “clásicos”, por ejemplo: víctima-victimario, abusado-abusador. Así se recurre a la lógica binaria impidiendo la complejización del tema. Tomando esto en cuenta, comprobamos que los niños están expuestos a los factores psicológicos actuantes en cada grupo familiar en los que están inmersos. Llamamos *Grupo Familiar Abusivo Sexual* a aquel en el que predomina la vincularidad endogámica.

Viñeta clínica: Un funcionamiento vincular abusivo

Se trata de una pareja separada por decisión de la madre, entre otras razones por rechazo del marido a tener relaciones sexuales, conflicto de larga data. Ya se había establecido un régimen de visitas del padre con los niños; éstos relatan acciones por parte del padre que permiten deducir abuso sexual; por su parte, la madre descubre restos sanguíneos anales en las prendas interiores de su hijito de 7 años. La psicóloga actuante indica a la madre que no los deje ese día pernoctar con el padre, hasta tener un diagnóstico más preciso. Esta, entonces, preocupada y convencida de la conveniencia de tal medida, comenta que pensará “una excusa” a fin de llevar a cabo esta prescripción, tratando de evitar así la conocida violencia de su ex marido. Sin embargo no procede de esta manera, y tiempo después cuando se le pregunta por qué no lo hizo, sólo explica que “no podía creer que el abuso, realmente hubiera estado sucediendo”.

El Abuso Sexual Endogámico (núcleo conviviente o extendido) nos muestra la complicidad consciente o inconsciente entre el perpetrador y otros miembros del grupo familiar. Es un síndrome que contiene un elemento fundamental: *el secreto* en una relación entre un adulto y un niño mutuamente significativos, cuyo correlato es el *incesto*.

Investigadores de distintas disciplinas acuerdan que el horror al incesto es universal; el psicoanálisis sostiene también que las fantasías incestuosas ocupan un lugar preponderante en el desarrollo psíquico; cuando la organización familiar tiende a la endogamia puede favorecer la consumación de dicho incesto. El acto incestuoso

viola la legalidad cultural y familiar, y porque la viola precisa ser atendido tanto desde el campo jurídico⁴ como desde el campo clínico psicoanalítico; para que quienes rompieron las redes de la ley, desconociendo al Otro, a través de la validación de la terceridad, puedan responder por sus acciones.

El concepto de grupo familiar abusivo, entonces nos resulta una herramienta imprescindible para el diagnóstico y tratamiento, porque no pone la lupa en la persona considerada trasgresora activa como única victimaria. Como el ASI es una de las formas del maltrato, cuando no se hace el diagnóstico de las patologías vinculares puede ocurrir que el riesgo abusivo siga existiendo –actuado por otro miembro de la familia– como *revictimización*, (“Trauma Acumulativo”, Massud Khan). También esta revictimización puede manifestarse como maltrato emocional, por ejemplo como culpabilización: “por tu culpa tuvo que irse X de nuestra casa”, “nos quedamos sin plata”, “por qué no hablaste antes”, “bien que te gustaba”, etc. Estas formas de revictimización suelen aparecer cuando la develación del abuso estalla y opera como un proyectil en el seno de la familia, desencadenando una crisis de alto riesgo para todos sus miembros. Aparecen entonces sentimientos de culpabilidad, vergüenza, temor a la intervención de la autoridad competente, la justicia. Después de la develación o de la intervención legal, y puestos en la tarea de proteger al niño, diremos que no es lo mismo impedir todo contacto que permitir un mínimo contacto afectivo con el perpetrador, *supervisado por familiar autorizado o trabajador social*. Nos oponemos a los llamados tratamientos de revinculación, que suelen ser indicados por la Justicia, antes de que el grupo familiar responsable haya reconocido los hechos y pedido perdón frente al niño, porque como ya dijéramos, resta comprobar que no permanezca el maltrato en forma emocional.

Uno de los puntos de mayor conflictiva en el abordaje de esta problemática, es llegar al diagnóstico-pronóstico para hacer las indicaciones terapéuticas convenientes. Para ello, por un lado es

⁴ Es oportuno aclarar que en el Código Penal Argentino el término Incesto no está tipificado como delito, y la acusación se hace por violación o abuso deshonesto agravado por el vínculo. Como ha dicho el Juez de Menores Dominique Vrignaud (1994) “al rehusarse a nombrar el incesto, el legislador le deja al juez el cuidado de combinar el orden jurídico con el orden moral y cultural”. Su tarea no es simple, no se trata sólo de atenerse a un código escrito sino de “leerlo, interpretarlo, y aplicarlo”.

necesario atender lo que dice y lo que calla un niño abusado⁵ y por otro estudiar la estructura patológica de las personas trasgresoras.

En cuanto el testimonio que da el niño, consideramos que se pueden presentar dos situaciones diferentes: si el vínculo temprano le ha proporcionado “confianza básica” (Winnicott) casi siempre denuncia de diferentes formas, la experiencia abusiva de la que ha sido objeto; si fue placentera puede pedir que le sea repetida: “haceme como me hace X” y si fue displacentera: “me arde la cola”; “malo X por lo que me hizo”. Estos son los casos que se observan en niños pequeños, antes de los cuatro años, edad en la que no tienen aún noción clara de la turbulencia familiar que despertarían sus comentarios. En cambio, cuando se trata de un niño en edad de latencia que sufrió carencias afectivas tempranas, puede ocultar hechos abusivos reiterados que conducen a la *cronicidad*, en virtud de obtener una compensación a estas carencias. También el ocultamiento puede deberse a que ya registra conscientemente las consecuencias dramáticas de su denuncia. (Recordar los ejemplos mencionados como revictimización).

En cuanto a las estructuras patológicas de las personas transgresoras, Goldberg-Kuitca (1995-99) las distinguieron, por la preponderancia, en *conductas melancólicas* y *conductas psicopáticas*.

La *conducta abusiva endogámica* llamada *melancólica* suele encontrarse en personas que padecen duelos patológicos por divorcios, enfermedades, crisis económicas o cualquier pérdida vivida como angustia intolerable. Estas circunstancias pueden determinar en un adulto la búsqueda, en el cuerpo tierno de un niño, de una libidinización defensiva de sus propios impulsos autodestructivos que pueden llevar al suicidio. Un ejemplo lo solemos encontrar en consultas de padres sobre sus hijitos abusados por personas mayores (generalmente abuelos), probablemente por reactivación de la angustia de muerte. En estas circunstancias cada miembro de la pareja tiende a absolver a los propios parientes y a proponer como culpables a otras personas próximas al niño. No colaboran en el esclarecimien-

⁵ B. Cyrulnik sostiene que “la interdicción del incesto no recae solamente al hacerlo, recae también sobre el decirlo. Podemos reconocer inicialmente esta situación en los sujetos incestuados, cuando no pueden denunciar lo ocurrido, pero simultáneamente la encontramos presente en la imposibilidad para escuchar, reconocer y aceptar la existencia del incesto en los adultos... familiares directos, docentes, profesionales de la salud y justicia”.

to del diagnóstico porque no tolerarían descubrir que son sus propios padres los abusadores de sus hijos.

La conducta pedofílica psicopática, que denominamos *Violación* no puede ser fácilmente diferenciada del concepto de abuso sexual; sin embargo necesitamos discriminarlos en función del diagnóstico y pronóstico. Se caracteriza por ser un hecho accidental que el niño suele denunciar inmediatamente y así lo hace la familia solicitando intervención policial; los violadores suelen ser adultos desconocidos, o incluso familiares cercanos, sin posibilidad en lo absoluto de consideración por el menor como un otro; predomina secuestro, penetración genital seguida o no de muerte, y puede ocurrir como suceso trágico a cualquier ser indefenso. Por eso, cuando se trata de una violación, la persona trasgresora tiene que ser rápidamente reducida e impedida de todo contacto con la víctima, dada su peligrosidad.

Así como decimos que la violación es difícilmente previsible, destacamos en cambio que, en general, el ASI puede ser prevenido a través de la difusión educativa, de la intervención del pediatra, etc., porque el riesgo abusivo está previamente instalado al trauma en la estructura psíquica, debido posiblemente a una historia familiar de desprotección (sub y/o sobreestimulación). Esto es lo que debería tomar en cuenta el analista que escucha a un paciente relatar haber padecido abuso sexual e insistir en que ese suceso es el motivo único de sus angustias actuales. Cuando esto ocurre, entendemos que es necesario tener en cuenta que existe un peligro: que también el analista considere el trauma que manifiesta el paciente como original. En este sentido se observaría que puede ser usado –por ambos– defensivamente, debido a lo intolerable de revivenciar el abandono y la desprotección. Ante esta posibilidad, postulamos que aunque el hecho traumático abusivo haya acontecido realmente, en el proceso analítico técnicamente debe ser considerado como si fuera un recuerdo encubridor.

PSICOANÁLISIS EN LA INTERDISCIPLINARIA

¿Qué sucede cuando en el transcurso de la terapia, un paciente adulto manifiesta preocupación por la posibilidad de que su hijo haya sido objeto de un hecho invasivo sexual? O bien, cuando es el terapeuta el que detecta actitudes abusivas sexuales sobre un menor, relatadas por un paciente adulto en su discurso. O cuando es un

paciente niño el que relata, dibuja, etc., sin calificar acciones abusivas sexuales ejercidas sobre él. O cuando padres consultan por dudas o convicción. Estas son algunas de las preguntas que dan cuenta de la complejidad de la tarea que se le puede presentar a un psicoanalista cuando el fantasma del ASI aparece en la consulta.

Muchas veces nos resulta posible –trabajo analítico mediante– efectuar la prevención para detectar o detener dichas conductas. En otras ocasiones debemos convocar el aporte interdisciplinario, por la perentoriedad que exige resguardar la seguridad de un niño. También es posible que adultos responsables ya hubieran efectuado consultas en otras disciplinas antes de recurrir a la consulta psicológica. Son variadas las fuentes de las que proviene la solicitud inicial de diagnóstico o tratamiento, por esto recomendamos tener presente la posibilidad de contar con un equipo interdisciplinario integrado por pediatras especializados, psiquiatras, profesionales del derecho, maestros, trabajadores sociales.

De la misma manera que implicó un largo trayecto la aceptación del maltrato infantil como un flagelo, hasta que se impuso como entidad clínica, lo mismo requirió la aceptación de la utilidad del trabajo interdisciplinario. Es indudable que cada profesional enfoca su interpretación desde su particular mirada del problema en estudio, pero para evitar confusiones es necesario trazar los elementos básicos para establecer un sistema de trabajo que genere soluciones posibles del abordaje del tema. Un ejemplo de anti-interdisciplina, se produce no pocas veces en el caso de abuso sexual con presunción de penetración anal. Se debería solicitar siempre el diagnóstico de los pediatras en estas ocasiones. La dificultad se produce cuando se concluye un informe de la siguiente manera: “fisura anal en hora x y x, compatible con síntomas de constipación, parasitosis, etc.”. No suele figurar: “compatible también con abuso anal”. Esta omisión la efectuaría un pediatra que no trabaja a la luz de la interdisciplina, o sea que no está al tanto de posibilidades abusivas.

Otra de las dificultades que muestra la necesidad de la interdisciplina la encontramos en la tramitación de casos en tribunales. A veces se observa que entre los abogados y los asesores de cada una de las partes, que carecen de formación interdisciplinaria, se forman alianzas (conscientes o inconscientes), motivadas por incredulidad, prejuicios, protagonismo y en algunos casos de pensamiento fanático, por deseo a ultranza de lo que consideran preservar la formalidad e intimidad de la familia.

En el ejercicio de la tarea del psicólogo, dentro del equipo interdisciplinario, se presenta otro obstáculo: el temor a las posibles demandas de Mala Praxis, ya que los profesionales que hacen los diagnósticos y tratamientos no tienen amparo judicial; por otra parte puede ocurrir que al hacernos cargo de un paciente veamos necesaria la intervención de la justicia para la protección del mismo. Si la denuncia no estuviera presentada por los responsables, quedaría como función del psicoterapeuta; si éste no la realiza, se la consideraría una grave omisión imputable al profesional.

En informes periciales psicológicos, encontramos que peritos psicólogos forenses o privados no toman como elementos para el diagnóstico, material que sería revelador para el psicoanálisis. Las conductas, expresiones gráficas y lúdicas, tienen gran validez según nuestra base teórica, pues contienen comunicación consciente e inconsciente equivalente a un sueño.

Viñeta clínica: Validación diagnóstica

En una sesión diagnóstica (presentes madre e hijos) se le pregunta a ésta sobre la presencia de los niños durante episodios de violencia con su ex marido. Contesta firmemente que los niños “ni se enteraban porque ya dormían”. Mientras se desarrolla este diálogo con la terapeuta, espontáneamente la hijita dibuja con marcador colorado el contorno de una mujer que segmenta en trozos, a los que luego recorta y pega en otra hoja, donde también añade un recorte previo en forma de bota. La madre había referido anteriormente, en una entrevista individual, que el ex marido la había arrojado al suelo y pateado con una bota.

Cuando los psicoanalistas usamos este tipo de herramientas reveladoras, paradójicamente nos encontramos con respuestas de peritos psicólogos que recurren a citas textuales de Freud (sacadas de contexto) donde éste describe cómo los niños “fantasean y fabulan”. Esta secuencia es la más habitual cuando se trata de demostrar que se ha hecho una “falsa denuncia”. También sucede que psicólogos forenses intervinientes en diagnósticos de ASI, suelen tomar llamativamente como prueba negativa de abuso, el que los niños corran a abrazar a la persona supuestamente trasgresora cuando se ven, por ejemplo, ocasionalmente en el juzgado luego de meses de separación. Nos dicen entonces: “pero doctora, si usted hubiera visto cómo esos

niños corrieron a abrazar a su padre, no insistiría en mantener que fueron abusados”. La respuesta desde el psicoanálisis es: “por supuesto que lo quieren y desean verlo y cuánto más pequeños son, más aún, pues se trata de sus objetos amorosos primarios; no tienen idea clara de lo que les sucedió. Muchas veces desean que las acciones abusivas continúen, y las pueden buscar en personas de la familia extendida, ya que así vivencian estar recibiendo el afecto del que carecen”.

Dentro de esta problemática podemos encontrar con cierta frecuencia *falsas denuncias* que se formulan en la instancia judicial y que tienen generalmente su origen en situaciones conflictivas de divorcios contenciosos o juicios de tenencia. Debe distinguirse si estas afirmaciones son intencionadas o se trata de informes hechos de buena fe pero que no resultan ciertos. En este sentido, sostenemos que aun si el juez determina que la denuncia era falsa, no es conveniente que se dé por terminado el juicio pues *“una falsa denuncia es una verdadera muestra de nuevo maltrato emocional sobre el menor y de la disfuncionalidad individual y vincular de los denunciantes”*.

En síntesis, cuando el psicólogo puede accionar en un contexto interdisciplinario, su aporte es fundamental. En el siguiente relato ⁶ podemos observar cómo surgen dramáticamente algunos de los problemas que hemos descripto.

Viñeta clínica: Carencias legales, profesionales y sociales que obstaculizan la protección al menor

Un cura pedófilo preparaba para monaguillos, varones entre 7 y 9 años, en la Provincia de Buenos Aires. En principio se le dictaminó prisión preventiva pero el juicio no prosperó, quedó libre y fue derivado a otra parroquia de diferente localidad. Fue reemplazado por otro párroco. La develación de lo que ocurría la hizo espontáneamente uno de los niños abusados a su familia. Reveló que el cura solicitaba masturbación mutua: se hacía bañar por los niños, especialmente tocar la zona genital; los llevaba de vacaciones a lugares donde pernoctaba con ellos, haciendo que algunos durmieran completamente desnudos con él. Los afectados y sus padres fueron citados por psicólogos forenses. No había datos de investigación pediátrica forense. El cura se declaró inocente y envió una carta a los

⁶Juana Berezin de Guiter: Traumas precoces. Abuso Sexual.

niños y sus padres, acusándolos de ser objeto de una gran mentira. Algunas familias consiguieron retirar después de cierto tiempo la denuncia; se sabía que el cura atendía las necesidades de los más pobres y también les hacía regalos. Finalmente llegó al juzgado un grupo reducido que sostuvo la denuncia, entre ellos J. y su madre. En esa ocasión J. vio descender de un vehículo policial gendarmes conduciendo púberes esposados y preguntó a su madre “si a él le iban a hacer lo mismo”. La familia de J. estaba compuesta por madre y sus seis hijos y la nueva pareja de la madre. El padre había muerto súbitamente al tener el niño dos años: sufrió un infarto de miocardio, en ocasión de pasear con su hijito a quién llevaba de la mano. Un tiempo después de transcurrido el abuso, ya libres los niños de su vejador, J. comenzó una psicoterapia a cargo de una profesional joven, vecina del pueblo; ésta relató que el abuelo materno, sin previo aviso se presentó antes de la tercera sesión para pedir a la terapeuta (en su nombre y también en el de la madre) que los apoyara para que J. se prepare para ser monaguillo y agregó que ya había convenido con el nuevo cura que entre los dos convencerían a su nieto. El niño mientras tanto, seguía negándose a pasar siquiera por la vereda de la iglesia. Esto evidencia la modalidad perversa del trato con el niño. La terapeuta era una profesional sin preparación específica sobre el tema, pero supo negarse a los requerimientos del abuelo; lo que no pudo fue localizar un “adulto útil” que preservara a J. de nuevos riesgos abusivos (*“familiar autorizado o trabajador social”*). Por otra parte la madre contó que la psicóloga forense al dar por terminadas las entrevistas en el juzgado, le dijo: “J. está ahora perfectamente bien, no noto nada raro; en el futuro ante cualquier cambio negativo, tráigalo de vuelta”. Esta observación demuestra que la profesional desconocía el concepto de “bomba de tiempo”.

En este caso podemos suponer que J. inconscientemente, desplazó la figura de su padre muerto a un Padre (el cura) idealizado. En la figura del religioso es posible que buscara depositar su frustrada necesidad de afecto.

La pérdida precoz de un progenitor se puede constituir en traumática no sólo por la importancia que tiene per se, sino por la inmadurez del aparato psíquico para procesarla. Niños que no perdieron físicamente a sus padres también pueden sufrir orfandad psíquica por carencias afectivas básicas. En ellos podemos observar la coexistencia de la aceptación de la irreversibilidad de la pérdida y su desmen-

tida. Leonor Terr arriesgó al respecto: “si se pudiera vivir mil años se podría trabajar un trauma infantil, representando la escena terrorífica hasta que no causara más terror. Sin embargo el lapso de vida asignado a una persona no parece ser suficiente”. Esta problemática puede avanzar a lo largo de los años sosteniendo una organización psíquica sado-masquista. Sabemos que cuando un niño es persuadido-seducido, no puede sustraerse a responder con una suerte de *complicidad pasiva* y luego de *explotación activa*: el cura abusaba de los niños, pero a su vez ellos percibían claramente la dependencia de él, pues registraban la intensidad de la demanda que suele expresar un abusador.

En el ASI en todos los casos, nos encontramos fundamentalmente con el uso de coacción de un modo explícito o implícito, y esto es indudablemente un factor central para calificar el acto de abusivo. Aún así, es el niño quien puede sentirse culpable y estigmatizado (reacción de J. al ver púberes esposados).

La enajenación psíquica profunda en los niños ocurre como una forma de adaptación a las situaciones más extremas, y precisamente el maltrato infantil de cualquier índole constituye una situación de este tipo.

También es necesario subrayar que la experiencia de victimización sexual es por un lado igual y por otro diferente de otras experiencias de maltrato. Aunque el abuso sexual involucra una traición emocional y un conflicto psicológico para el niño, la relación con su abusador roza el punto vulnerable de la necesidad del afecto básico para su desarrollo narcisista trófico.

La psicopatología del ASI complejiza su comprensión a partir de la descripción de diferentes interacciones familiares construidas desde las historias individuales y las estructuras de personalidad organizadas. Distintos autores han investigado y continúan actualizando las conclusiones sobre el diagnóstico de personalidad de los adultos comprometidos en la concreción de vínculos incestuosos. En nuestro país las nombradas doctoras Goldberg y Kuitca, profundizaron en las características psicológicas de dos cuadros clínicos: el abusador regresivo y el paidofílico compulsivo. Explican que la motivación inconsciente que promueve el abuso puede consistir en una situación ocasional impulsivo-regresiva, dentro de un período determinado de la vida, hasta una compulsión ritualizada con mecanismos psicopáticos, diferenciándose ambos por el grado de coerción, castigo y perversidad impuesto al niño.

Sin embargo, no debe verse al síndrome como un lineamiento inflexible que define y prescribe una percepción limitada de algo tan complejo como el ASI. Así como la elección de tener contacto sexual es consecuencia de motivaciones y racionalizaciones completamente diferentes, *las opciones de los menores también son variadas*. El síndrome sólo representa el común denominador de las conductas y reacciones más frecuentes de las víctimas.

El tratamiento psicoanalítico, en tanto se orienta hacia el estudio y modificación de las estructuras patológicas básicas, es el más indicado tanto para los pacientes que presentan disposición al *insight* de los hechos por ellos cometidos, como de aquellos que los padecieron. Y a pesar de las importantes dificultades que se presentan en el camino, uno de los más destacables logros es la posibilidad del *quiebre intergeneracional*, condición imprescindible para poder interrumpir la repetición (conductas compulsivas, adictivas, etc.).

PRINCIPIOS BASICOS LEGALES PARA LA INTEGRACION INTERDISCIPLINARIA

Muchas veces se teme que la intervención de la Justicia complique la situación familiar prohibiendo de inmediato la convivencia en el hogar al presunto abusador, quien es generalmente el que provee los medios de sustento a la familia e identificando a la Justicia como un órgano represor que ingresa a la intimidad del hogar. Sin embargo la intervención de la Justicia a través de la denuncia, es a veces la única forma de develar los secretos familiares en los abusos y permite de inmediato tomar las medidas necesarias para cuidar la integridad psicofísica de los menores. Las medidas de protección al menor que se toman en el fuero civil son más urgentes y rápidas que en el fuero penal y a través de los informes psicológicos evalúan la verosimilitud del relato infantil.

Viñeta clínica: Intervención judicial interdisciplinaria

María divorciada de Juan, consultó porque su hija Julia de tres años un día mientras su madre la bañaba, le dijo: “¿mami, por qué no me ‘chupas la colita’ como me hace papá?” La niña, por el régimen de visitas acordado, iba a visitar a su padre fin de semana por medio. Se le aconsejó que suspendiera de inmediato las visitas y se hizo la

denuncia en un Juzgado Civil de Familia. El juez suspendió el régimen de visitas y se ordenaron de inmediato las pericias psicológicas a los padres y a la menor.

Los informes de los peritos no eran afirmativos sobre si el abuso había existido, pero tampoco se inclinaban por negarlos absolutamente. Eran un *ni*. Después de un año de que el padre no veía a Julia, se inició el contacto pero acompañada por una Asistente Social y en lugares públicos. Después de tres años el Juez ordenó iniciar una revinculación con una profesional especializada en temas de abuso. La madre siempre prestó su colaboración, protegiendo siempre a su hija, apoyando la revinculación. Después de un tiempo prolongado continuaron las visitas con el padre en la casa de los abuelos paternos.

Esta viñeta demuestra que dado que las conclusiones diagnósticas muchas veces son dudosas, se hace necesario pensar que si en el ámbito legal figura el término *presunción*, psicoanalíticamente debe ser utilizado como demanda de mayor investigación.

Los jueces civiles de familia tienen competencia por la Ley de Violencia Familiar 24.417/94. La ley establece en su artículo 1º que *“toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el Juez con competencia y solicitar medidas cautelares conexas”*.

Cuando hay signos evidentes, el Juez de Familia está obligado por el Código Penal a denunciar los hechos ante la Justicia Penal, pero ello no implica que no pueda ordenar en sede civil las pericias o tratamientos necesarios. La justicia penal es la que se encarga de establecer si un delito existió o no, es decir busca al culpable y se ocupa del presunto abusador en tanto los menores son derivados a la pericia forense para completar el diagnóstico y determinar las líneas terapéuticas a seguir.

En la ciudad de Buenos Aires los tribunales que intervienen en los casos en que está involucrado un menor como víctima o como autor de un delito, son los Juzgados de Menores; en otras jurisdicciones son los Tribunales de Menores.

Ambos fueros, el civil y el penal, otorgan a los jueces la competencia en materia de protección de menores y la represión de los padres o autores del maltrato y las agresiones sexuales. La intervención judicial permite contar con la protección inmediata del menor y al agresor asumir la responsabilidad de sus actos. A partir de la

promulgación de la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes Ley 26.061/05, se crea un sistema nacional, provincial y municipal de políticas públicas para la infancia.

La normativa de la Ley 26.061 garantiza la efectiva aplicación de la Convención de los Derechos del Niño, instrumento internacional incorporado a nuestra Constitución Nacional (Art. 75, inc. 22). En la Ciudad de Buenos Aires, la Ley 114/98 creó las defensorías zonales, como organismos descentralizados del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que son partes legítimas en las causas judiciales. Las medidas de protección integral de derechos están contenidas en los artículos 33 al 38 de la Ley 26.061.

BIBLIOGRAFIA

- BERENSTEIN, I.; PUGET, J. (1997) *Lo vincular. Clínica y Técnica Psicoanalítica*. Edit. Paidós, Bs. As.
- BERENSTEIN, I. *Pegan a un niño y el niño pegado*. Entorno a Freud. "Pegan a un niño". Asociación Psicoanalítica Internacional. Biblioteca Nueva, 2000.
- BEREZIN, J. Traumas Precoces. Abuso sexual. APA. *Revista de Psicoanálisis*, Vol. LVII, N° 2, 2000, Bs. As.
- *Violencia: abordaje integral*. Asociación Médica Argentina, 2003, Bs. As.
- BEREZIN, J.; KUITCA, M.; LEVI, S.; MONTEALBETTI, F. Aporte de la intervención institucional de un equipo interdisciplinario, Asociación Psicoanalítica Argentina, 2001.
- BEREZIN, J.; KUITCA, M. L. Límites y posibilidades del psicoanálisis. Abuso sexual infantil. Desviaciones en la sexualidad adulta. XXIV Congreso Latinoamericano, Montevideo, 2002.
- BION, W. R. (1974) *Atención e Interpretación*. Edit. Paidós, Bs. As.
- BOLLAS, C. (1993) *Fuerzas del destino: Psicoanálisis e idioma humano*. Amorrortu, Buenos Aires.
- BRACERAS, D. Psicoanálisis y Medicina. Pensar en la interdisciplinar. *Psicoanálisis y el Hospital* N° 18. El cuerpo en la clínica, Buenos Aires, 2000.
- FELBARG, D. M. "La crisis familiar desencadenada a raíz de la Revelación del Abuso Sexual Infantil y la interdisciplinar". 6° Congreso Latinoamericano de Prevención y Atención del Maltrato Infantil, 2001, Bs. As.

- FERENCZI, S. (1984) "Confusión de lengua entre adultos y niños". *Obras completas*, Madrid, Espasa-calpe.
- FINKELHOR, (1979) D. *El abuso sexual al menor*. Ed. Pax-México.
- FREUD, S. Tres ensayos de una teoría sexual. *Obras Completas*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1979.
- (1912) Tótem y Tabú. *Obras Completas*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1919) Pegan a un niño. *Obras Completas*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1927) Fetichismo. *Obras Completas*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1930) El malestar en la cultura. *Obras Completas*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- GANZARAIN, R. C. *Fugitives of incest*. International University Press, 1989.
- GOLDBERG, D. B. DE Y KUITCA, M. L. K. *Maltrato infantil. Una deuda con la niñez*. 2da. Ed. 1999, Edición Urbano.
- GROSMAN, C. Y MARTÍNEZ ALCORTA, I. Una ley a mitad de camino: la ley de protección contra la violencia familiar. L.L. 1995. B. 851. Bs. As.
- HERMAN, N. El analista con mentalidad interdisciplinaria. Multi-inter y transdisciplina psicoanálisis. *Revista de APdeBA*, Vol. XXI, N° 3, Bs. As. 1999.
- INTEBI, I. V. *Maltrato infantil-riesgos del compromiso profesional*. Editorial Universidad- Compilador Silvio Lamberte, pág. 59-60. 2003, Bs. As.
- *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Ediciones Granica S. A. 1998. Bs.As.
- KAN, M. *Cuando llegue la primavera*. Paidós, 1991, Bs. As.
- *Alienación en las perversiones*. Nueva Visión, 1987, Bs. As.
- KUITCA, M. Y BEREZIN DE GUITER, J. Abordajes de la presunción de abuso sexual. Dificultades en el diagnóstico y el tratamiento. *Revista de Psicoanálisis Número Especial Internacional*. 2000, N° 7.
- KUITCA, M. L. K. DE Recuerdo encubridor desde Freud a la clínica psicoanalítica del abuso sexual infanto-juvenil. Simposio APdeBA, 2007.
- KUITCA, M. Y IRUNGARAY, E. *Violencia y Abuso Sexual Familiar. Historial clínico 2010*. Edit. Letra Viva, Bs.As.
- LEY 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar. Enero 1995. Bs.As.
- McDOUGALL, J. Identifications, Neoneeds and Neosexualities. 1986, *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 371-384.
- MEDINA, M. *Silenciamiento de la Ley y actos mudos. Culpa, responsabilidad y castigo*. Vol. III, Ed. Letra Viva, 2009.
- NOVELINO, N. J. *Protección legal contra el maltrato familiar*. Ed. Vera Arévalo, Buenos Aires, 1995.
- NUSSBAUM, M. (1995) *Justicia poética*. Editorial Andrés Bello, Española, 1997.

- PERRONE, R. Y MARTINE, N. (1997) *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- PUGET, J. (1989) "¿Qué es el material clínico para el psicoanalista? Los espacios psíquicos". *Rev. Psicoanálisis*, Vol X, N°1 y 2, Bs. As.
- REEVES, H. (1990) *Malicorne. Reflexiones de un observador de la naturaleza*. Emece Ed., Barcelona, 1992.
- SUMMIT, R. (1983) El síndrome de acomodación del abuso sexual de menores. *Child Abuse and neglect*.
- TERR, L. C. Tratamiento del trauma psíquico en niños: una discusión preliminar. Ficha.
- VIAR, J. P. Aspectos legales de la victimización sexual de niños. *Revista temas de Maltrato Infantil*, N°1, 1997, Bs.As.
- WINNICOTT, D. (1979) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, Laia.

Trabajo presentado: 20-4-2011

Trabajo aceptado: 20-4-2011

María Kuitca

Av. Pueyrredón 2488, 8° "A"

C1119ACU, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Argentina

E-mail: mariakuitca@fibertel.com.ar

Juana Berezin

S. Ruggieri 2940, 10° "C"

Edificio Las Plazas-Torre Ducale

C1425DLF, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Argentina

Dora Felbarg

Av. Las Heras 2049, 8° "B"

C1127AAC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Argentina