

**Maltrato infantil: problemáticas asociadas al rol
del psicoterapeuta en el tratamiento clínico
del abuso sexual infantil**

*Infant maltreatment: problems associated with the role
of the psychotherapist in the clinical treatment
of child sexual abuse*

Rosmari Perazza



ROSMARI PERAZZA

Lic. en Psicología
Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica (IUPA, AUDEPP)
Miembro de AUDEPP
rosmari.perazza@gmail.com

RESUMEN

El maltrato infantil, cuando se advierte o se devela en la clínica con niños o adolescentes, genera un fuerte impacto en el profesional tratante. Estas situaciones intrínsecamente multiproblemáticas desafían aspectos teóricos y técnicos de los psicoterapeutas psicoanalíticos. En Uruguay, los psicoterapeutas nos hemos detenido muy poco a pensar respecto a qué hacer cuando en la clínica emerge una situación de maltrato infantil. Todas las situaciones pueden ser distintas, pero ante el abuso sexual son evidentes las intensas resonancias de los dinamismos transferenciales y contratransferenciales, los que incluso pueden obnubilar nuestra intervención. Pero no podemos reducir la problemática a ello, hay que considerar otros aspectos que se ponen en juego como son los legales y éticos, generando una serie de encrucijadas que requieren ser pensadas y elaboradas a efectos de poder cuidar y cuidarnos.

Palabras clave: Abuso sexual, psicoterapia, ética, ley.

ABSTRACT

When signs of infant or youth maltreatment are observed in the clinical work, this generates a strong impact on the professional. These situations, essentially problematic, challenge theoretical and technical aspects of psychoanalytic psychotherapists. In Uruguay, psychotherapists haven't thought enough about what to do when a situation of infant maltreatment emerges in the clinical work. Every situation may be different, but with sexual abuse the intense resonances in the dynamics of transference and countertransference are evident, and may cloud our intervention. But we cannot reduce the problem to that, other issues involved, such as legal and ethical aspects, must be considered, generating a series of crossroads that require to be thought in order to be able to take care of others and ourselves.

Keywords: Sexual Abuse, psychotherapy, ethics, law.



Desde la creación del psicoanálisis hasta nuestros tiempos se han producido una serie de cambios socioculturales y legales en torno a la concepción de infancia y adolescencia, los cuales inciden en nuestro rol como psicoterapeutas de niños²² y adolescentes, imponiendo nuevos desafíos técnicos. A lo largo de los tiempos y del desarrollo de nuestra cultura han ido cambiando las relaciones parento-filiales y se han reglamentado desde el marco legal aspectos asociados a la protección y cuidado de los niños y adolescentes en tanto sujetos de derechos, regularizando de algún modo las relaciones vinculares entre los adultos y los niños. En nuestro país se aprueba en el año 2004 la Ley N.º 17823 Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) y a partir de entonces se han legalizado a nivel nacional los derechos esenciales al cuidado, la protección, la seguridad, privacidad, intimidad, entre otros, de niños y adolescentes, siendo el *leitmotiv*: el interés superior del niño, es decir, se consagra como principio rector privilegiar el bienestar de los niños por sobre todas las cosas, por ser considerados los más vulnerables.

Como ya sabemos, los seres humanos al momento del nacimiento somos absolutamente dependientes del entorno, dicho en otros términos, no podríamos sobrevivir sin los cuidados básicos de alimentación, abrigo y protección. Los niños, por tanto, crecen a cargo de alguien que se supone los cuida y con ese adulto se crea una relación de dependencia que es propia de la condición humana. Particularmente cuando hablamos de los derechos de los niños, dicha protección y defensa no dependen directamente de la voluntad y/o posibilidad del niño, sino de la empatía y respeto que hacia ellos puedan tener los adultos a cargo. Por otra parte, se explicita la responsabilidad del Estado en tanto garante de esos derechos. Cambia el paradigma, los niños y adolescentes se reconocen como sujetos de derechos y temas que antes quedaban en la órbita de lo privado de la familia pasan a ser reconocidos como públicos, aunque en algunos imaginarios socioculturales se sigue sosteniendo que la crianza es un tema privado del orden de la familia y seguimos escuchando: «Con mis hijos hago lo que quiero», «Son sus hijos, ¿qué vamos a hacer?», «Él es el padre» o «Es la madre».

Particularidades de la clínica con niños

En la clínica con niños o adolescentes, nuestros pacientes llegan a la consulta derivados por algún adulto y suelen venir por alguna sintomatología (física, emocional, comportamental). Salvo que estemos en una institución educativa, nunca llegan por iniciativa propia, son traídos por los adultos respon-

22 Se aclara que se utilizarán los términos «niño/s» y «adolescente/s» en género gramatical masculino inclusivo.

sables de su crianza cuando algo no se adapta a lo esperable y/o genera sufrimiento en él o en su entorno.

Otra particularidad de esta clínica es que siempre se ha encontrado atravesada por el trabajo con el entorno del niño, como por ejemplo: la familia, el centro educativo y/o el centro de salud. Es habitual que el terapeuta de niños o adolescentes trabaje en forma multidisciplinaria logrando dar las orientaciones respectivas, sin perder de vista la confidencialidad intrínseca del tratamiento.

En la estrategia, por lo general, preliminarmente entrevistamos a los padres o cuidadores, y posteriormente recibimos al niño en consulta. Luego, si así lo requiere la situación y se dan las condiciones, iniciamos el tratamiento. Hasta aquí todo va bien, pero resulta que en el transcurso de la intervención podemos detectar o el niño directamente nos puede revelar que está sufriendo a nivel intrafamiliar una situación de maltrato, y quisiera ocuparme aquí específicamente de las situaciones de abuso sexual infantil que pueden ser detectadas o reveladas en el transcurso del tratamiento con niños y/o adolescentes.

Se hace importante en este punto considerar el marco en el cual pueden darse estas consultas, por las diferentes lógicas institucionales que lo atraviesan, a decir: marco institucional de salud pública o privada y la consulta particular.

En algunas instituciones públicas se han logrado sistematizar protocolos de actuación que han tomado el formato de mapas de ruta (por ejemplo ANEP y MSP) donde se postulan diferentes lineamientos a seguir en estas situaciones, lo cual, de cierta manera, atempera la incertidumbre de qué hacer y cómo hacer; sin desconocer que por lo general en las instituciones se trabaja en equipo, el cual resulta de un sostén muy importante para ayudar a pensar estrategias de acción.

Pero ¿qué hemos pensado los psicoterapeutas psicoanalíticos sobre qué hacer cuando estas situaciones se dan en el ámbito de la consulta particular, en la cual, por lo general, nos encontramos solos?

Lamentablemente para nuestro medio, la respuesta es: nada o muy poco. Parece que este tema es uno de los pocos que, desde lo real, hace ruido todos los días y solo un pequeño grupo de trabajo lo está tomando para problematizar en algunos aspectos, no solo para formarnos con responsabilidad, sino también para poder cuidar y cuidarnos desde el punto de vista ético y legal cuando ejercemos la profesión.

Abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil es uno de los tipos de maltrato infantil y es definido por la Organización Mundial de la Salud (2001):

Se considera abuso sexual infantil a involucrar al niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que transgreden las leyes o las restricciones sociales.

El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un niño/a y un adulto/a, o entre un niño/a y otro/a que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades —cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona— abarcan pero no se limitan a: la inducción a que un niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas.

Retomaré aquí entonces la pregunta central: ¿qué sucede cuando se detecta en la clínica sospechas de abuso sexual o es directamente develado en la consulta por el niño o adolescente?

Independientemente del ámbito en el que estemos insertos (institucional o particular), es posible que nos invadan múltiples sentimientos encontrados de rabia, enojo, indignación, inseguridad, entre otros. Al respecto tenemos que tener muy en claro los aspectos contratransferenciales que dicha situación moviliza, donde por la intensidad de la situación de maltrato, cualquier acción apresurada puede implicar un actuación contratransferencial y, por tanto, una situación de riesgo por exposición tanto para el paciente como para el terapeuta.

En este sentido tomaré como punto de partida la definición de contratransferencia que plantean Laplanche y Pontalis en el *Diccionario de psicoanálisis*, la cual es entendida como «conjunto de reacciones inconscientes del analista a la persona del analizado y más particularmente a la transferencia de este» (Laplanche y Pontalis, 1968: 103).

Irene Intebi refiere al abuso sexual infantil como un «balazo al psiquismo», ahora, ¿cuáles son nuestras «reacciones inconscientes» en medio de la transferencia de estas vivencias del paciente?, que sin lugar a duda son un atentado contra la integridad psíquica y/o física de este. Dichos sentimientos contratransferenciales pueden además ser potenciados si la posible situación de abuso sexual se produce en el marco de las relaciones intrafamiliares donde se supone que ese niño tiene que ser cuidado. Por tanto, por la intensidad de los afectos que movilizan estos casos, «la contratransferencia debe ser dominada, en primer lugar para evitar que el paciente quede subordinado y al servicio de

las propias necesidades emocionales del analista, lo que no solo implicaría un problema técnico, sino también ético» (De León y Bernardi, 2000: 19).

¿Cómo cuidar el espacio terapéutico y al niño o adolescente si además esos adultos son los que sostienen y de alguna manera posibilitan el tratamiento? Aparecen aquí una serie de aspectos económicos puestos en juego respecto de la situación, la cual no es nada fácil de resolver.

Lo único cierto es que son múltiples encrucijadas que no hacen para nada fácil la tarea de elaborar una estrategia protectora desde la dimensión de lo real y que además «proteja» lo terapéutico. ¿Cuáles serían las dimensiones de «lo terapéutico» en una situación donde el tratamiento también puede estar en riesgo?

En este sentido, a mi modesto entender, hay que tener en cuenta la protección y seguridad tanto del niño o adolescente que nos consulta como de nosotros como profesionales de la salud, y no realizar acciones iatrogénicas por desconocimiento y falta de asesoramiento legal. «Se denomina iatrogénico a toda alteración del estado del paciente producida por quien está a cargo de la ejecución de la intervención» (Barudy y Dantagnan, 2010: 288).

Respecto al niño es importante tener en cuenta aspectos asociados principalmente a su seguridad y es nuestra la responsabilidad de prevenir cualquier riesgo sobre su integridad física o psíquica.

Es común que cuando en la clínica con niños y adolescentes detectamos una situación preocupante y considerada un riesgo se llame a los padres, esto es clarísimo en casos de intentos de autoeliminación, pero ¿lo tenemos tan claro en casos de abuso sexual?

¿En casos de abuso sexual intrafamiliar llamamos a los padres? o ¿a quién llamamos: al padre o la madre? Depende. Podemos llamar a uno, al otro o a ninguno. Esta naturalizada generalización de «llamar a los padres» la relativizaremos, porque en estos casos vamos a considerar la particular situación familiar y los dinamismos del entorno familiar violento. Evaluaremos varios aspectos, como ser ¿quién es el agresor?, ¿cómo lo vive nuestro paciente?, ¿qué vínculo lo une a aquel?, ¿cómo es su ambiente familiar? y lo principal: tener en cuenta lo que nos diga el niño o adolescente sobre quién es el adulto de su confianza, a quién de su entorno le confió o podría confiarle lo que experimenta, lo que algunas guías de recursos nacionales denominan como Adulto Referente Protector, persona que no siempre es la madre, ni el padre, ni otro adulto que se encuentre a cargo del niño; existiendo la posibilidad de que pueda llegar a ser el propio terapeuta.

Entonces ¿qué hacemos ante esa situación?

Anteriormente mencionaba que considero importante tener en cuenta aspectos éticos y legales que atraviesan nuestra práctica profesional en cualquier ámbito de inserción.

Desde el punto de vista ético, y considerando los principios planteados por AUDEPP en el año 2005 los cuales guían el ejercicio de nuestra profesión, es imprescindible considerar en primer término que «el máximo principio es el respeto por la dignidad de las personas y por los derechos humanos» (AUDEPP, 2005: 8). En casos de maltrato hay derechos vulnerados y en caso de abuso sexual intrafamiliar esa vulneración atraviesa fuertes prohibiciones socioculturales y legales. Y lo que no resulta menor, aunque no siempre se dimensione, es que estamos ante un posible delito. Por otra parte, «el psicoterapeuta deberá tener como objetivo principal beneficiar a su paciente y evitarle todo daño como consecuencia de sus acciones» (AUDEPP, 2005: 8). En casos de abuso sexual infantil habría que problematizar *qué hacemos* para evitarle todo daño al paciente, entendiendo que tanto hacer como no hacer, es hacer. ¿Qué daño podremos hacerle desde nuestra intervención? ¿Es posible evitarle todo daño?

Lamentablemente no podemos evitarle todo daño, porque el daño ya está hecho en lo vivido, lo que se podría hacer es evitar que se perpetúe en el tiempo, aliviar los sentimientos de desamparo que vive por la agresión a la cual es sometido, ni más ni menos que hacer algo que lo cuide y proteja para poder cortar con esa dinámica de violencia en la cual vive.

¿Secreto profesional o pacto de silencio?

En este punto ponen su peso los aspectos legales que no siempre tenemos tan presentes en el ejercicio de nuestro rol, lo que sin lugar a dudas no nos resulta fácil, en tanto no tenemos la formación especializada. Pero como ya sabemos, el desconocimiento de la norma no implica que no tengamos que cumplirla. Por tanto, este tema amerita una posible discusión multidisciplinaria para la cual necesitamos un interlocutor especializado en derecho, al cual no frecuentemente recurrimos para asesorarnos en algunos aspectos referidos a esas aristas comunes con lo jurídico, las que entrecruzan desde lo factual el tratamiento con niños y/o adolescente. En la clínica de hoy tenemos una numerosa cantidad de situaciones familiares judicializadas que involucran a los niños que tenemos en consulta, por lo cual resulta imprescindible integrar a nuestra interconsulta a los doctores en leyes de la materia que corresponda (penal, civil, laboral, de familia) para asesorarnos y tener herramientas para cuidar y cuidarnos.

Los terapeutas no podemos dejar de puntualizar que somos profesionales de la salud, ejercemos privilegiando el sentido de responsabilidad implícito en el cuidado hacia el otro que nos consulta. Por otra parte, como todos los ciudadanos de la república estamos regidos por las normas legales establecidas y, como mencioné anteriormente, ante situaciones de abuso sexual estamos ante un delito (tipificados en el Código Penal como violación o atentado violento al pudor, dependiendo del caso) o sospecha de él, ¿tenemos obligación de denunciar?

Al respecto, se hace necesario referir aquí a otro delito contemplado en el Código Penal uruguayo que atraviesa nuestro rol, el cual vamos a problematizar, porque muchas veces se recurre a él para silenciar el maltrato que se conoce y clínicamente se constata. Este delito refiere a «revelación de secreto profesional», y expresa el Código Penal: «*El que, sin justa causa*²³ revelare secretos que hubieran llegado a su conocimiento, en virtud de su profesión, empleo o comisión, será castigado, cuando el hecho causare perjuicio, con multa de 100 U.R. (cien unidades reajustables) a 600 U.R. (seiscientas unidades reajustables)». (Artículo 302. Código Penal).

¿A qué refiere la justa causa?, aplicada a situaciones de maltrato

Enmarcados en el respeto por el secreto profesional y mezclado a mi entender con todos los dinamismos transferenciales y contratransferenciales ya mencionados, muchos colegas alegan el principio de confidencialidad contemplado en la norma y en los principios éticos, sosteniendo que cuando el niño o adolescente plantea que no le digamos a nadie, eso hay que respetarlo. Es un problema muy complejo cuando el niño o el adolescente no quiere que le digamos a nadie, más si consideramos su derecho de intimidad, que se encuentra asociado a un derecho constitucional de la privacidad. Ahora, considerado el nivel de exposición y riesgo que corre el niño o adolescente ¿guardamos secreto, silenciamos esa situación?, en estas circunstancias ¿el guardar secreto puede llegar a convertirse en negligencia o complicidad? Sin lugar a dudas se nos plantean a nivel personal y profesional una serie de intrínquilis.

Es claro ese respeto general por la confidencialidad y por la ley en cuanto a «guardar secreto», pero también son claras las particularidades de la clínica infantil, cuando los principios de ética expresan: «En el caso de niños y adolescentes, la confidencialidad y sus límites adquieren características peculiares, dado que involucran al entorno responsable que está a cargo de ellos, por la vulnerabilidad que genera la situación de dependencia» (AUDEPP, 2005: 8).

23 La itálica es de la autora de la presente reflexión.

¿Qué hacemos cuando es el entorno responsable del niño o adolescente el que violenta y, sumado a esto, cuando nuestro paciente no quiere que le digamos a nadie?

¿Estamos obligados a silenciar una situación de maltrato infantil que llegó a nuestro conocimiento en el proceso de tratamiento? ¿Cuál es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud? ¿Podemos ocasionar daño por no denunciar y llegar a sanciones civiles por negligencia?

Son encrucijadas difíciles de esclarecer y resolver. Es verdad que se nos entrecruzan aspectos inconscientes y conscientes asociados a nuestros temores internos y externos ante la situación de violencia, como por ejemplo: ¿me voy a meter en un lío?, ¿me van a llamar del juzgado?, ¿van a sacar al chico del tratamiento?, ¿qué va a hacer solo después?, ¿va a ir al juzgado y no van a hacer nada?, ¿hablaré con la familia?, ¿con quién?, ¿cómo reaccionarán ante esta situación?, entre otras inquietudes más que nos pueden llevar hasta una derivación compulsiva. El espacio terapéutico y el propio terapeuta no quedan por fuera de la violencia, son «salpicados» por la dinámica familiar violenta y se corren riesgos. Lo siniestro irrumpe de forma intempestiva en nuestra tarea y con eso tenemos que poder hacer algo saludable para no quedar atrapados en lo mortífero de la situación y obnubilados por la justificación para la inoperancia que se apoya en una malentendida neutralidad.

Alguno de los riesgos que corremos es que la violencia puede neutralizarnos en nuestro actuar y el terapeuta terminar siendo un espectador pasivo de una situación de maltrato, reproduciendo la dinámica del entorno familiar violento en el que vive el niño o adolescente. Formamos así parte de un pacto de silencio que sostiene la dinámica del maltrato, ¿es eso saludable o terapéutico? Por otro lado, podemos salir despavoridos a realizar la denuncia, sin tener elementos suficientes que apoyen nuestra sospecha, ni la suficiente preparación del niño o adolescente para enfrentar las diferentes situaciones del acontecer socio-jurídico-familiar que la revelación y/o denuncia puede implicar. Si el paciente no está emocionalmente preparado para afrontar los conflictos emocionales que la situación genera, debemos hacer consciente que se favorece la impunidad, en la medida que se contribuye a que se produzca la tan temida retractación, esa renegación de la situación como consecuencia de los fuertes sentimientos de temor, culpa y/o vergüenza que no han sido debidamente trabajados en el espacio terapéutico.

Por eso con el paciente es importante trabajar sobre las redes con las que cuenta para apoyarse en esa situación, la visualización de los riesgos que corre buscando alternativas para minimizar su exposición, las herramientas para protegerse (por ejemplo evitar quedar a solas con esa persona, cerrar la puerta

de su cuarto con llave, entre otras), el fortalecimiento de su necesidad interna de interrumpir el maltrato, la realización de una crítica sobre las distorsiones cognitivas que muchas veces aparecen sobre esa forma de vida (que conlleva la naturalización de la situación de abuso sexual), la reubicación en el lugar de niño y/o adolescente (teniendo en cuenta cuáles son sus prioridades y fortalecer la posibilidad de sentirse entendido, cuidado y protegido por otros adultos). Será quizás con el terapeuta con quien podrá resignificar una nueva experiencia paternal o maternal.

Cada situación de maltrato en la clínica nos implica un desafío, con diferentes encrucijadas psico-socio-jurídicas. Tenemos que tener muy en claro: 1) No basta con conocer mucho de psicoanálisis para poder ejercer *hoy* en la clínica con niños de forma responsable. 2) En estos casos será necesaria la interconsulta multidisciplinaria incluyendo asesores letrados para saber si nosotros tenemos que denunciar o no, evaluando toda la situación. Y en caso de resolver una denuncia, que nos orienten sobre qué denunciar, cómo denunciar y dónde denunciar. 3) En casos de maltrato intrafamiliar no alcanza con un protocolo a seguir, por la multiproblemática que implica y la variedad de situaciones que se pueden presentar, pero podremos construir una guía a modo de brújula sobre puntos que nos orienten como terapeutas psicoanalíticos para resolver una estrategia ajustada al caso y guiada por el respeto a las normas y a los principios éticos fundamentales de nuestro ejercicio profesional.

Bibliografía

- AUDEPP (2005). *Principios éticos*. Montevideo: El Toboso.
- Barudi, J, Dantagnan, M (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N.º 17.823. Montevideo. Uruguay. 7 de setiembre de 2004. [Consultado 26 de agosto 2014] Disponible en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=17823&Anchor=
- Código Penal. Montevideo, Uruguay. Abril de 1998 [Consultado 26 de agosto 2014] Disponible en <<http://www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/12t11.htm>>.
- CEIP, SIPIAV, UNICEF (2013). *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar*. [Consultado 26 de agosto de 2014] Disponible en: <http://www.ceip.edu.uy/documentos/2013/bibliotecaweb/mapa_de_ruta_maltrato_infantil_2013.pdf>.
- De Leon, B, Bernardi, R (2000). *Contratransferencia*. Buenos Aires: Polemos.
- Intebi, I (2011). *Abuso sexual infantil: En las mejores familias*. Buenos Aires: Granica.
- (2011). *Proteger, reparar, penalizar: evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Granica.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- MSP, SIPIAV, UNICEF (2009). *Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud*. [Consultado 26 de agosto de 2014] Disponible en <http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_activities_Mapade_ruta_salud.pdf>.
- Volnovich, J. (comp.) (2006). *Abuso sexual en la infancia: campo de análisis en intervención*. Buenos Aires: Lumen.