

Consejería en derechos a niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual y embarazo forzado

Reflexiones sobre sus especificidades.
Dimensiones claves para su abordaje

enero 2021



Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina

Ministerio de Salud

Ministra de Salud

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Valeria Isla

Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA Argentina

Oficial de Enlace

Mariana Isasi

Equipo técnico

Silvia Chejter, Eugenia Arroche, Andrea Berra, Alicia Ganduglia, Ruth Kochen, Analía Messina, Ana María Rothman, Nélica Sissini, Silvana Vilchez.

Producción general

Daniel P. Zarate

Edición y corrección

Andrea Franco

Diseño gráfico

Mauro Salerno

—

En el siguiente documento se han respetado los lineamientos de lenguaje inclusivo establecidos por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, Argentina (2020).

Este recurso es el resultado del financiamiento otorgado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Consejeri?a en derechos a nin?as y adolescentes vi?ctimas de abuso sexual y embarazo forzado : reflexiones sobre sus especificidades : dimensiones claves para su abordaje / Silvia Chejter... [et al.]- 1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-950-38-0297-7

1. Embarazo Adolescente. 2. Embarazos no Deseados. 3. Políticas Públicas. I. Chejter, Silvia.
CDD 362.732



Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asigne los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales. Distribución gratuita.





Contenidos

1. Presentación	4
2. Nociones de partida	5
3. El rol del sistema de salud	7
4. Interdisciplina	10
El tiempo	11
5. La intervención	12
Escucha inicial	12
Subjetivar la experiencia	13
Riesgos médicos	14
La perspectiva de las niñas y adolescentes	16
6. Experiencias y buenas prácticas de consejerías. Construyendo modelos de abordaje interdisciplinario	26
7. Puntualizaciones en la atención médica, psicológica y social	28
8. Glosario	32
Bibliografía	39



1. Presentación

Este documento se enmarca en la línea de trabajo sobre prevención del abuso sexual y del embarazo forzado de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, específicamente en las Consejerías en casos de embarazos forzados de niñas menores de 15 años y contó con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) de Argentina.

Con ese objetivo se convocó –entre noviembre y diciembre de 2020– a especialistas de distintas disciplinas del campo de la salud con experiencia en el tema, para que compartieran y reflexionaran sobre los criterios que utilizan en sus prácticas en el abordaje de esta problemática.

En las reuniones se trabajó la especificidad de la consejería en derechos en casos de niñas y adolescentes embarazadas en contextos abusivos, los objetivos de la intervención y las modalidades de articulación en el abordaje de los aspectos médicos y psicosociales, así como los nudos problemáticos.

El grupo estuvo conformado por tocoginecólogas, psicólogas y trabajadoras sociales. Se realizaron un total de cuatro reuniones y se han sistematizado las reflexiones, ideas y experiencias de quienes participaron. Por orden alfabético:

Analía Messina. Médica. Jefa de Obstetricia del Hospital Álvarez.

Andrea Berra. Psicóloga. Especialista en Género y Salud Pública. Integrante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir y del equipo del Centro de Atención Primaria de Salud de CABA, CESAC N° 7.

Eugenia Arroche. Médica. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Médica de planta del Servicio de Obstetricia del Hospital Álvarez.

Nélida Sissini. Trabajadora social. Ex coordinadora del Programa de Asistencia al Maltrato Infantil, actualmente a cargo de la Jefatura Zona Sur de la Gerencia Operativa de Asistencia a las Víctimas de Violencia de Género de la Dirección General de la Mujer del Ministerio de Desarrollo Social GCBA. Integrante del Centro de Salud de Benavídez.

Ruth Kochen. Trabajadora social. Especialista en Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Silvana Vilchez. Psicoanalista. Psicóloga clínica de planta del Servicio de Salud Mental del Hospital Gral. de Agudos P. Piñero. Docente UBA e investigadora UBACyT.

El ordenamiento, algunas reelaboraciones y puntualizaciones fueron realizadas por **Silvia Chejter, Ana María Rothman y Alicia Ganduglia.**



2. Nociones de partida

Cuando se aborda un embarazo producto de un abuso –un embarazo forzado–, la intervención debe ser simultánea y urgente en ambas dimensiones del mismo problema.

¿Cuál es la particularidad de una Consejería para niñas y adolescentes de 10, 11, 12, 13 o 14 años embarazadas como consecuencia de abusos sexuales?

La modalidad de la Consejería como forma de dar respuesta al embarazo forzado propone una doble mirada: la de prevenir el ejercicio de una nueva violencia sobre una coacción ya padecida y la de desarrollar una práctica orientada a la salud sexual y reproductiva.

Una primera aproximación al campo del abuso sexual de niñas y adolescentes remite, por un lado, a la dimensión psicofísica y, en una segunda mirada, apela a la construcción y subjetivación de una autonomía que la violencia puede haber arrasado.

En ninguna circunstancia se debe dejar de lado la especificidad de la problemática, especificidad necesaria para identificar claramente las diferencias y los desafíos que plantean este tipo de Consejerías. No se trata en este caso de adolescentes que llegan para conocer y elegir un método anticonceptivo o acceder a información sobre sexualidad o interrumpir un embarazo en el marco de relaciones sexuales consensuadas y sin violencias. Son embarazos producidos como consecuencia de abusos sexuales.

Los impactos que estos embarazos pueden tener sobre la vida sexual y reproductiva –y sobre todas las esferas de las vidas de las niñas y adolescentes– se acentúan por la inmadurez propia de la edad, yuxtapuestas a distintos factores que pueden variar según los contextos. En los abusos intrafamiliares incide la dependencia emocional en relación al victimario, la reiteración de los episodios abusivos –algunas veces por etapas prolongadas– y el pacto de silencio que suele acompañar estas situaciones. En otros contextos, influyen las relaciones de autoridad, temores diversos, el atrapamiento en mecanismos de seducción y chantaje u otras formas sutiles o directas de violencia.

Los abusos y las violaciones sufridas en la niñez, la pubertad o la adolescencia exponen a un psiquismo aún inmaduro –en razón de la etapa evolutiva– a una vivencia que anuda violencia y sexualidad, de modo que puede afectar a las víctimas, si no media una adecuada intervención psicoterapéutica y/o experiencias afectivas reparadoras.

(Psicóloga).

Una niña o adolescente menor de 15 años no está biológicamente madura ni psicológicamente preparada para un embarazo.

Existen riesgos físicos y diversas implicancias emocionales, psicológicas y sociales que pueden afectar su vida presente y futura.

En todo momento deben estar presentes los objetivos, la manera de abordar la Consejería, el tipo de entrevista y sus propósitos, la evaluación de riesgo y vulnerabilidad de la niña o adolescente, los aspectos relacionados con el embarazo y el contexto del abuso.



3. El rol del sistema de salud

¿Cuáles son los alcances de la intervención del sistema de salud frente a esta problemática?

Las Consejerías constituyen una modalidad de asistencia fundamental en el sistema de salud para responder a la problemática de los embarazos producto de abusos sexuales en sus distintas modalidades, tanto por la disponibilidad de profesionales que la problemática requiere, como por el hecho de que, más temprano o más tarde, las niñas y adolescentes afectadas se acercan para ser atendidas.

La contención y acompañamiento es tarea de todo el equipo de salud que las recibe y atiende. Se trata de no revictimizar, no juzgar y tener una escucha activa y empática, ofrecer un espacio de contención y acompañamiento, donde se trabaje de acuerdo a las necesidades de niñas y adolescentes teniendo en cuenta los posibles efectos traumáticos de la experiencia vivida.

Es importante informar, asesorar y guiar las decisiones de niñas y adolescentes respetando su autonomía y capacidad.¹ De acuerdo al principio de autonomía progresiva e interés superior de las niñas y adolescentes, los equipos de profesionales de la salud que trabajan en las Consejerías deben proporcionar una información veraz, adecuada y completa para que puedan tomar decisiones en base a sus intereses e inquietudes.

Las Consejerías buscan crear, a través del intercambio entre el equipo de salud y la niña o adolescente, su familia o referentes que sean personas adultas, formas de acompañamiento psicológico y social para afrontar un momento de crisis, que requiere una intervención específica desde un equipo de salud que sabe cuándo comienza dicha intervención, pero no cuándo termina.

En general puede precisarse más de una consulta para ir abordando la complejidad de la demanda. Por lo tanto, requiere un espacio y un tiempo, el desarrollo de un vínculo de confianza y la implementación de técnicas y habilidades de comunicación interpersonal.

(Psicóloga).

¹Este tema merecería ser profundizado. Por ejemplo, tomar en cuenta la importancia de la evaluación y la posición de las personas adultas responsables en el acompañamiento hacia una “autonomía asistida”, con la idea de que un embarazo en edades tempranas solo puede provenir de un contexto de muy alto riesgo.

La propuesta de las Consejerías ha dado lugar a dispositivos más o menos espontáneos o artesanales, como también algunos institucionalizados, cuya forma y construcción surge de la experiencia implicada y reflexiva de profesionales de distintas disciplinas.

En los últimos años, en forma concomitante, hubo cambios en relación al reconocimiento de las violencias sexuales por parte de quienes integran los equipos de salud. En ese sentido, se desarrollaron herramientas – lineamientos y protocolos– en torno tanto a los abusos sexuales como a los embarazos forzados en la niñez y la adolescencia. Hubo también cambios en la sociedad en general, así como en las actitudes y conciencia de las adolescentes en cuanto a sus derechos.

Asimismo, se produjeron reformas en la legislación que establecen las responsabilidades del Estado en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos cercenados por las violencias tanto de prácticas sexuales coactivas como por el forzamiento a embarazos y maternidades en etapas de la vida en que las niñas y adolescentes no cuentan con la madurez física, emocional y psicológica para afrontarlos.

Sin embargo, debe reconocerse que no todos los equipos de salud están preparados para este tipo de abordajes. Múltiples evidencias – investigaciones, casuística, testimonios– indican que no sólo hay un déficit del sistema de salud en la detección temprana de ambas situaciones –abuso sexual y embarazo forzado–, sino que, en muchas oportunidades, una vez detectado el embarazo, éste es priorizado, relegando el contexto abusivo a un segundo lugar o invisibilizándolo. Diversos factores subyacen a estas prácticas, entre otros, considerar que urge la atención de los embarazos y la toma de decisiones en relación a su interrupción o continuidad; o bien pensar que las intervenciones en las situaciones de abuso requieren otros tiempos, postergándolas para un momento posterior, desconociendo las dinámicas de las relaciones abusivas en la niñez y la adolescencia.

En otros casos, se naturaliza tanto el embarazo como la maternidad, no se toman seriamente los riesgos físicos y psicológicos de los embarazos en la niñez y la adolescencia, y se olvidan o minimizan los riesgos sociales de maternidades que afectan la vida presente y futura de estas niñas y adolescentes, aumentando su vulnerabilidad.

Existen, además, obstáculos ideológicos que se plantean frente a la posible interrupción del embarazo. El encuadre de género y generacional es crucial en las Consejerías en tanto perspectiva crítica a una cultura que naturaliza el embarazo y que asocia el ser mujer –aún en edades tempranas– con la maternidad, olvidando el modo en que ambas violencias –el abuso y el embarazo forzado– se encadenan y refuerzan. Cuando los equipos de salud no ponen en cuestión la maternidad de niñas y adolescentes, se constituyen en un obstáculo para que quienes

llegan a la consulta puedan tomar decisiones con la mayor autonomía posible, acorde a su edad y capacidad. Si este embarazo es producto de un abuso que no se aborda, se cierra no sólo la posibilidad de una precisa evaluación de riesgo sino también de su procesamiento y reparación, con los consecuentes impactos negativos en la vida de niñas y adolescentes. Más aún, si tanto el embarazo forzado como la violencia que subyace no se consideran simultáneamente, su abordaje será necesariamente sesgado y/o coartada la perspectiva de la niña o adolescente en relación a sus opciones.

Las consultas por embarazos producto de abusos sexuales suelen ingresar por distintas puertas del sistema de salud: guardia pediátrica, guardia general, hebiatría, derivación de otros sectores del Sistema de Protección Integral o como consultas inespecíficas. De modo que no siempre llegan directamente a las Consejerías, a las que suelen ser derivadas sólo posteriormente y muchas veces con demora. Esto constituye un primer obstáculo para una atención específica y oportuna del embarazo forzado.

Por otra parte, las condiciones en las que las niñas y adolescentes llegan a una Consejería pueden ser muy diferentes: desde saber que están embarazadas y tener claro cómo se ha producido ese embarazo, a no saber qué les sucede, desconocer que están embarazadas o no asociar el embarazo con los abusos sexuales que padecen. En estos últimos casos, el abordaje presenta mayores complejidades y desafíos.

En el momento actual existen numerosas iniciativas muy valiosas, pero fragmentadas y aún con niveles bajos de institucionalización para la atención de esta problemática. Las políticas públicas de salud que plasmen integralmente en las prácticas una atención acorde a los estándares que establece la legislación vigente están actualmente en una etapa de desarrollo. Persiste aún un déficit en la formación profesional en la medida en que, entre otras condiciones, no han sido incorporadas las violencias sexuales y otras violencias de género a la currícula universitaria.

El Plan Enia y diversas líneas de trabajo del Ministerio de Salud de la Nación tienen como uno de sus objetivos trazar lineamientos en la atención de la problemática objeto de este documento, que aporta ideas y experiencias para la atención de los embarazos forzados, con toda la complejidad que implica en el caso específico de niñas y adolescentes menores de 15 años.²

²Un ejemplo de esto es la Resolución 1841/2020 (Ministerio de Salud de la Nación, 2020)



4. Interdisciplina

Los embarazos forzados en niñas y adolescentes menores de 15 años requieren de abordajes interdisciplinarios desde el propio sistema de salud. Es necesario considerar tanto los aspectos médicos como psicosociales.

En los casos en que solo se pueda mantener una única entrevista, es fundamental pensar en conjunto –con profesionales en medicina, trabajo social y psicología– y definir en cada coyuntura cómo actuar, es decir, qué agilizar y/o qué priorizar. Hay que tener claro el estadio del desarrollo, las edades y los criterios de autonomía progresiva, siempre a partir de la escucha activa como fundamento y siempre evitando los etiquetamientos apresurados que impidan una toma de decisiones consistentes.

Así, por ejemplo, después de una evaluación médica, la profesional interviniente (si es que la consultante fue recibida por una sola profesional) puede comunicar al equipo la gravedad de la situación en la que esa niña se encuentra comprometida. Y la trabajadora social puede señalar los límites u obstáculos para determinada intervención médica dada la falta de contención familiar y/o de red a nivel social o comunitario.

Por la complejidad y las múltiples dimensiones involucradas, por los impactos que es posible que conlleve cada decisión, el trabajo interdisciplinario permite intervenciones más eficaces. Al mismo tiempo, compartir la responsabilidad en la toma de decisiones alivia el peso objetivo y subjetivo que implican estas situaciones de enorme implicancia profesional y personal.

La interdisciplina aporta criterios distintos y complementarios en cada situación siempre y cuando sea efectiva, real, concreta y no abstracta.

¿Cómo se complementan las disciplinas? ¿Cómo es trabajar en interdisciplina? ¿Cuáles son los objetivos de las distintas intervenciones?

Trabajar interdisciplinariamente, entre profesionales de campos distintos –ya que ningún campo tiene la escucha ni la respuesta total–, permite pensar más rigurosamente el alcance de cada intervención: saber qué se puede ofrecer e ir abriendo estrategias que permitan escuchar y evaluar los riesgos médico-biológicos, como así también las vulnerabilidades psicológicas y contextuales relacionadas con la situación de abuso y embarazo. Por otra parte, lo multidisciplinario enriquece a todo el equipo y abre un espacio de intercambio muy necesario para pensar.

A veces sucede que mientras por un lado la intervención opera en un tiempo de urgencia que exige la inmediatez de la atención, por otro, la posición subjetiva en la que se halla la niña hace que requiera de un tiempo para comprender que está embarazada y que ese estado es producto de un abuso.

En las intervenciones hay diferentes tiempos relacionados con las diferentes miradas, objetivos y roles disciplinarios. Quienes intervienen tienen que tomar decisiones que implican desafíos múltiples, muchas veces en simultaneidad o en tiempos cortos.

El tiempo

En el contexto dilemático que implica articular lo general con lo particular de cada caso, no siempre se cuenta con el tiempo necesario para desandar una experiencia de avasallamiento y lograr que niñas y adolescentes objetivadas, transformadas en objetos de quienes las han abusado, enfrentadas a tener que decidir sobre un embarazo, puedan expresar sus vivencias, significarlas y reconocer su propio deseo.

El tiempo es un criterio que a veces apremia para dar una respuesta en urgencia. Pero aún en una urgencia, los equipos de profesionales de la salud deberían poder generar y establecer un intervalo que permita dar lugar al tiempo de la evaluación subjetiva, de las resonancias emocionales y del sentido de la experiencia.

Se trata a menudo de sutiles intervenciones estratégicas, de estrategias artesanales que se arman para cada consulta, que llevan tiempo, esfuerzo, mucha presencia, poder “poner el cuerpo” y articular la red para que la intervención esté asegurada. El trabajo en equipo da lugar además al intercambio entre colegas, lo cual muchas veces permite reorientar el abordaje y minimizar errores (...). Es necesario deponer los propios criterios para dar lugar a una escucha que aloje la voz de la niña o adolescente, cualquiera sea su decisión, como así también pensar intervenciones que hagan lazo y procuren esos anudamientos tan necesarios entre el cuerpo, la imagen y la palabra.

Frente a situaciones de abuso, violaciones o incesto, esa trama simbólica, imaginaria y real que constituye cada sujeto, puede verse destejida, rota o desarmada. La experiencia clínica nos confronta muchas veces a niñas o adolescentes en estado de perplejidad, exacerbación motriz, cortes en el cuerpo, o fugas del hogar e instituciones, signos éstos que aparecen cuando no hay alojamiento institucional ni personas adultas que posibiliten anudar lo desamarrado. Es preciso entonces que ante cada caso se instale una pausa, se abra una hiancia que aloje la singularidad de cada niña o adolescente y que entre esa comunidad de varios –que es el equipo– se gesten verdaderas estrategias que acompañen.

(Psicóloga).

Hay criterios que surgen de saberes y experiencias disciplinarias que se van consolidando con el ejercicio de una práctica. Los criterios sirven para afinar la escucha, pero no reemplazan la palabra de las niñas y adolescentes, ni la sensibilidad y el sentido común que puede desafiarlas en cada caso. Justamente es en las urgencias cuando la interdisciplina es más necesaria.



5. La intervención

Escucha inicial

Las Consejerías para niñas y adolescentes representan un cambio del modelo médico prescriptivo. No se prescribe, no se indican conductas a seguir. Hay que escuchar cuál es el motivo de consulta, evaluar la situación en todas sus dimensiones y brindar información y orientación. Se trata de una escucha personalizada, de la evaluación de los riesgos propios del embarazo y de la vulnerabilidad subjetiva y objetiva relacionada con el contexto abusivo. En este proceso, los distintos roles profesionales deben actuar con una modalidad subsidiaria y entrelazada.

Cuando se recibe a una niña embarazada menor de 15 años, y aún cuando no se pueda afirmar que todos los embarazos antes de esa edad sean producto de abusos, debe esclarecerse el contexto de ese embarazo. Es importante recordar que hasta los 13 años se considera que no puede haber consentimiento, independientemente de lo que diga ella o quienes la acompañan. Por lo tanto, debe hacerse una evaluación para descartar o confirmar la existencia de un abuso o de otras violencias sexuales, en cualquiera de sus modalidades. La lógica de la intervención debe ser, ante todo, descartar un abuso.

La construcción de la hipótesis de abuso en niñas de 11, 12, 13 y 14 años será entonces el objetivo inicial de los equipos profesionales, lo que implicará también una evaluación física y valoraciones preliminares de riesgo, brindando atención médica integral en forma oportuna. (UNICEF-Ministerio de Salud, 2020).

La sospecha de abuso se construye a partir de entrevistas psicosociales a las niñas o adolescentes y/o a las personas adultas referentes. La utilización de las distintas herramientas de exploración –médicas, psicológicas, sociales– debe ser flexible y depende tanto de la edad, la situación y el contexto, así como de los recursos o posibilidades disponibles.

En relación a la valoración de riesgo y la valoración de la vulnerabilidad subjetiva frente a la sospecha de abuso sexual, será necesario, en muchos casos, iniciar acciones protectoras. Estas están validadas por una sospecha consistente, y su carácter de “cautelares” supone que ante el riesgo de una nueva victimización, la protección supera a la inacción, más allá de un posible margen de error que siempre se podrá superar por un cambio de orientación.

Subjetivar la experiencia

Por otra parte, la orientación basada en la oferta de información –uno de los objetivos de las intervenciones en relación a las niñas y adolescentes– buscará además el camino de su autonomía a través de la subjetivación de su experiencia, de modo tal que logren abrirse al reconocimiento y enunciación de algún aspecto de su deseo, procurando no obturar un proceso que llevará mucho más tiempo que el de la consulta inicial.

Paradójicamente, el vínculo estrecho entre embarazo y abuso se hace más evidente cuando la experiencia muestra que muchas niñas no tienen claro que ese embarazo es producto de un abuso. Cuando llegan a manifestar “me violaron” o “me abusaron”, el/la/le profesional se encuentra frente a otra situación, pero en muchas otras oportunidades recién cuando se les pregunta si se sintieron forzadas a tener relaciones sexuales, si se sintieron de alguna manera coaccionadas, logran darse cuenta de que en realidad llegaron a esa situación sin haberlo querido. Es frecuente, también, que no tengan noción de cuestiones anatómicas básicas en relación a su cuerpo y su funcionamiento.

Testimonio 1

Hace unos meses, vino una chica de 11 ó 12 años, con un embarazo avanzado de 27 semanas. Había pasado por profesionales de la salud –pediatría, ecografía y otros– que la trataban por un dolor abdominal. Cuando vino a verme, era a la tarde y en el hospital ya no había nadie, estaba yo sola. Lo primero que me dice es que estaba conmocionada porque se había enterado de que estaba embarazada por una ecografía ginecológica que le había hecho la última médica que la atendió. Me cuenta que la pediatra le preguntaba si había tenido relaciones sexuales y ella le decía que no porque no sabía que lo que le había pasado era tener relaciones sexuales. Había sido violada.

Me impactó que hubiera pasado por 11 profesionales antes que yo y recién la última le hubiera pedido la ecografía ginecológica. La trataban como un dolor abdominal y nadie registró el embarazo.

Además, esto da cuenta del valor de las palabras. Cuando la chica me dijo que no había tenido relaciones sexuales, me dije, sí, es así. Había sufrido una violación, un abuso. En este caso la inmediatez era lo más importante. La atendí de inmediato, pero en ese primer encuentro lo único que pude hacer fue escucharla y explicar algunas cosas en relación a lo que significaba interrumpir el embarazo. Mucho más no pude. Después ella empezó a darse cuenta, de a poco, de lo que le estaba pasando, que tenía un bebé en la panza, que se movía, que era grande. En días posteriores se pudo conectar con el resto del equipo y comenzar a hablar de lo que le había pasado.

(Médica).

Así, es la intervención la que construye la urgencia, subjetivándola, y es la escucha y la atención las que sancionan que allí es urgente tal o cual intervención, sea una ecografía, la interrupción del embarazo, decidir una denuncia u otras acciones.

Aún cuando haya urgencia, es necesario una pausa, un intervalo para que la niña encuentre un sentido a su experiencia, pueda decirlo, pueda pensar algo, tramitarlo y procesarlo. Los equipos oficiamos muchas veces como ese espacio transicional, ese objeto que separa una situación de otra y acompaña en presencia los distintos momentos que debe atravesar la niña o adolescente en la institución. Se trata de asistir y acompañar en ese tránsito por los distintos servicios o efectores, en la medida de lo posible hacer entrevistas conjuntas, realizar derivaciones asistidas y llevar adelante acciones de seguimiento en la atención.

(Psicóloga).

Riesgos médicos

En relación al embarazo, las intervenciones a realizar, cuáles y cómo, dependen del tiempo de embarazo y de la evaluación que se haga de los riesgos físicos en caso de continuar con el mismo.

Siempre debe informarse de los riesgos biomédicos de gestar y parir: hipertensión inducida por embarazo, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro, parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino, cesárea, prematuridad en la neonata o neonato, internación en terapia neonatal, malos resultados perinatales, condicionamiento del futuro obstétrico por cesárea anterior, dificultades en lactancia/crianza, desnutrición, anemia.

(Médica).

No siempre se exponen claramente estos posibles riesgos y las secuelas sexuales y reproductivas que son fundamentales para la toma de decisiones.

Generalmente, cuando llegan con embarazos están muy angustiadas y con miedo. Ante la posibilidad de interrumpir el embarazo, cuando se les aclara que es una intervención de bajísimo riesgo, baja un poco la angustia. Aunque no se pueda generalizar, hay mucho alivio cuando reciben la información de cómo es, cuando conocen a las o los profesionales que van a actuar, porque hay mucha fantasía en torno a esto, tienen miedo al aborto, escuchan que es inseguro y grave y que se pueden morir. Expresan alivio cuando se les explica que es una intervención segura, que se hace en el hospital y se les ofrece las diferentes formas: medicamentosa o aspiración manual.

(Médica).

Obstaculizar o impedir el acceso a la interrupción legal del embarazo a una niña o adolescente abusada sexualmente es una triple vulneración de sus derechos humanos:

- **Violación a su integridad sexual.**
- **Coerción a llevar a término un embarazo forzado.**
- **Obligarla a ser madre.**

La información depende de la capacidad de registro de cada niña o adolescente. Tener en cuenta qué y cómo informar es una responsabilidad básica de cada profesional que interviene, ya que los registros pueden pasar por múltiples sentidos y niveles de comprensión o conciencia. A lo que debe agregarse la resonancia simbólica de las palabras.

El contexto también influye, como los debates en relación a la IVE o ILE en los que los sectores “antiderechos” refuerzan la idea de lo traumático del aborto y, más aún, lo consideran un crimen. Las intervenciones deben dejar en claro que, en el caso de los embarazos forzados, lo traumático muy posiblemente ya abrió su camino y pasa por distintos niveles. Hay niñas y adolescentes que están aterrorizadas, no quieren que las toquen, que las revisen, que les hagan una ecografía. No hay que olvidar que han sido abusadas, violentadas, y que estas instancias médicas pueden ser vividas como intrusivas.

Testimonio 2

Acompañé un caso de una preadolescente de 12 años con un novio de 18, embarazada de 8 semanas. Se negaba rotundamente a la posibilidad de aborto. La persona que estaba haciendo el asesoramiento en un momento cambió la palabra y empezó a hablarle de “interrupción”; cambió absolutamente el escenario. En la concepción de la niña, aborto era algo criminal, terrible. Cuando se cambió esa forma de enunciar y se dijo interrupción, y se le volvió a explicar lo que ya le había explicado, se relajó y dijo: “ah, entonces yo quiero interrumpir”. Por eso el valor de la palabra en una Consejería es clave. Siempre hay que escuchar y usar los términos que traen las niñas y adolescentes. Esto para profesionales de salud mental es más fácil, para quienes son médicas o médicos es un ejercicio a desarrollar. La escucha debe ser sutil, hay que tener en cuenta cómo impacta un significante desde lo cultural, porque “interrupción” tiene otros matices, especialmente en las niñas. Muchas chicas suelen acudir a la consulta para controlar un embarazo y cuando se les ofrece la posibilidad de interrumpirlo, dicen: “ah, ¿pero se podía? ¿se puede?”. Y ahí cambian totalmente la opinión de seguir con el embarazo.

(Médica).

La perspectiva de las niñas y adolescentes

Muchas veces lo que traen las niñas y adolescentes embarazadas es una vivencia que no pueden traducir en palabras. El rol del equipo se juega, entonces, sosteniendo, siempre a través de la escucha, un trabajo simbólico de significación.

Leer esas coordenadas y ofrecer alternativas. Tiene que ser un trabajo que abra un borde, un marco a la intimidad, aunque se trate de una sola entrevista. Eso coincide con la idea de lazo, entablar confianza, que algo de esa intimidad pueda restablecerse si es que fue perdida, arrasada, avasallada. Lo que importa es encontrar el modo de cortar, interrumpir y abrir un espacio para que algo de la intimidad tenga lugar y pueda disponerse a conversar. La Consejería es eso y la clínica con niñas y adolescentes enseña que no hay que olvidar que se trata de una conversación donde se juega lo íntimo.

(Psicóloga).

La niñez y adolescencia es un proceso y un tiempo de pasaje precioso y delicado donde se juega la constitución subjetiva, por lo que no será igual un embarazo a los 10 años que a los 14. Recuerdo el enunciado de aquella niña de Tucumán cuando dijo "quiero que me saquen lo que el viejo me puso adentro". ¿De qué estatuto de "hijo", de "embarazo", corresponde hablar?, ¿cuáles son las teorías sexuales infantiles que caracterizan cada etapa? Son preguntas que siempre deberemos hacernos. El saber popular considera que una niña puede hacer la ecuación de aquello que le provocó un embarazo en un contexto de abuso por penetración vaginal pero los testimonios y los dibujos (cuando no puede haber palabra) dan cuenta muchas veces de lo contrario. En las intervenciones se pone en juego la sensibilidad y la resonancia afectiva de cada profesional que marcarán el modo de abordar cada situación. A esto se une la disponibilidad y la apertura frente al contexto particular de cada niña o adolescente, la singularidad de su decir y los modos de respuesta ante lo traumático que cada una ha encontrado. Se trata entonces de una posición particular que podrá ubicarse más allá de la disciplina a la que pertenezca cada profesional. No hay recetas preestablecidas pero nuestras intervenciones estarán orientadas por esa ética.

(Psicóloga).

Nadie dudaría en afirmar hoy que todo abuso sexual, y más aún seguido de un embarazo, es disruptivo. Hay ahí una subjetividad arrasada que además deberá tomar decisiones respecto de consecuencias que en la mayoría de los casos no pudo prever.

Una experiencia irrumpió en el psiquismo con la potencialidad de generar una discontinuidad en su procesamiento: en su función de integración y de elaboración. (Benyakar et al., 2006). La vivencia y la experiencia van a articular mundo interno con mundo externo –hecho fáctico–, de una manera específica para cada subjetividad. De modo que

el considerar que todo ataque sexual sea potencialmente traumático – que altere la función articuladora de la experiencia y las vivencias– no determina cómo cada subjetividad se verá afectada, ni el impacto específico que tendrá en cada niña o adolescente. En muchas ocasiones, las intervenciones suelen encontrarse con un punto de mayor dificultad: cuando la niña o la adolescente no dispone o se abstiene del recurso de la palabra, permanece callada o se encuentra en estado de angustia no pudiendo transmitir lo que le ha acontecido respecto del abuso y su consecuente embarazo.

A pesar de que el lenguaje verbal interviene en la mayoría de las estrategias de abordaje, a menudo los/as/es profesionales no llegan a dimensionar cómo un acontecimiento traumático puede alterar o impactar en la comunicación.

El trauma desafía a las palabras (...), evoca emociones intensas (...), aísla e interrumpe la comunicación (...). (Yehuda, 2019)

El relato de una experiencia traumática puede resultar poco coherente e inconsistente, lo que permite advertir cómo los afectos de las niñas y adolescentes se hallan desconectados de lo ocurrido sin poder dar sentido a eso que está más allá de las palabras.

¿Pueden las niñas y adolescentes reconocer lo que les está sucediendo? En los casos intrafamiliares, (...) ¿qué deben hacer las niñas cuando son utilizadas por las personas de las que dependen y que más necesitan? ¿Cómo pueden encontrar palabras para expresar lo que nunca han verbalizado? ¿Cómo pueden denunciar y arriesgarse a sufrir más pérdidas y posiblemente causar un perjuicio a sus seres queridos, cuando creen que es culpa suya y solo sirven para eso? Si la explotación y el cuidado se producen al mismo tiempo, ¿cómo identificar o confiar en la seguridad (...) y el cuidado de los adultos?

(Yehuda, 2019)

La posición de las adolescentes suele ser bastante diferente a la de las niñas. Con más posibilidades aparentes de comunicación que las niñas, actitudes de indiferencia o confrontativas, pueden estar encubriendo altos niveles de ansiedad, vergüenza, culpa, o impotencia, puede que necesiten del reaseguramiento, la confianza y la conexión que también demandan las niñas más pequeñas, lo que no quiere decir que deban ser infantilizadas.

Generalmente las personas adultas suelen quejarse de que los y las adolescentes quieren tener la libertad de la adultez pero la dependencia

No hay consentimiento cuando no se tienen las herramientas materiales y simbólicas para saber qué es lo que se está consintiendo.

de la infancia. Efectivamente se encuentran a medio camino entre varios polos: autonomía/dependencia, madurez/inmadurez, responsabilidad/imposibilidad de hacerse cargo, etc. Las personas adultas deberían poder comprender la adolescencia como una etapa transicional, donde en muchas ocasiones la violencia sexual interrumpe o desestabiliza bruscamente. Así, las Consejerías tenderán de algún modo a restaurar algo de ese tiempo interrumpido.

Poder retomar el camino hacia su autonomía cuando esta ha sido cuestionada por la violencia es de suma importancia, como también lo es el restablecimiento de la confianza. Tanto una como la otra se ven fragilizadas por la traición y las falsas opciones. Ambas estrategias exigen estipular y sostener con ellas acuerdos claros, consistentes, coherentes.

Tenemos que estar preparadas/os para ser sometidas/os a prueba. Tenemos que ser honestos para no agobiarlos con nuestros sentimientos. Debemos admitir los errores. Las conversaciones difíciles son excelentes oportunidades. Debemos ser sinceros. Tenemos que escuchar y explicarnos. La comunicación interpersonal es una de las características de los años de la adolescencia, lo que convierte cada interacción en una oportunidad para reconstruir lo que el trauma ha roto. (Yehuda, 2019).

Si bien este documento se limita a la intervención de los equipos de salud, éstos son parte del sistema de protección integral del niño, niña o adolescente y si hay elementos que confirman la sospecha de abuso sexual, es deber ineludible realizar la notificación/comunicación a los Organismos de Protección de Derechos correspondientes a cada jurisdicción y denunciar ante la Justicia en el marco de la protección a las víctimas de abuso y violencia sexual.

Es importante poder diferenciar situaciones agudas de otras crónicas. Las situaciones más complejas y difíciles son las que se fueron cronificando, sostenidas a lo largo del tiempo: incestos, abusos, otras violencias sexuales con secuelas en el psiquismo, en los vínculos. Situaciones reiteradas desde que eran niñas –desde los 7 u 8 años o antes– y que recién en la adolescencia fueron develadas por alguna otra persona que lo registró.

En este sentido, no es lo mismo un acontecimiento traumático –ser violada y embarazada en un episodio único– a una situación reiterada de abuso o incesto durante años. Las secuelas de los abusos pueden manifestarse muy tardíamente.

Por eso es tan importante intervenir lo antes posible, ya que la infancia y la adolescencia son tiempos de constitución subjetiva donde aún es posible una acción que atenúe impactos, que restituya un lugar deseante y que humanice ante tanto estrago.

Se ha llegado a teorizar la existencia de un desorden traumático del desarrollo o bien de un trauma evolutivo a partir de la experiencia con niñas y adolescentes que se vieron expuestas a situaciones disruptivas en sus vínculos de apego cotidiano, de modo tal que esto ha dado forma a sus vidas, y les ha exigido una sobreadaptación permanente con la consecuente negación de sus necesidades. (Stolbach, 2009).

Testimonio 3

El caso de una adolescente de 16 años que sufrió incesto desde los 7 años, por su padrastro, cuando su madre hizo otra pareja, con la cual tuvo otros niños. Desde muy pequeña pasó por situaciones de abuso sexual y de violencia física extrema, con marcas en el cuerpo, muchos años sin pasarlo por la palabra, sin hablar absolutamente con nadie de esta situación.

En este caso no hubo ninguna persona adulta referente que se diera cuenta o a quién pedir ayuda, aunque ella tampoco tenía un registro de lo que vivía. Por lo crónico de la situación en su psiquismo esto era la normalidad: una madre que no registra, un padrastro que abusa y la violencia física extrema, incluso delante de la madre, como castigo por ser una mala niña, una mala adolescente, no cumplir con las tareas de la casa ni de la escuela.

La adolescente no tenía dificultades, era buena alumna, tenía muchas amigas con las que había hablado después de los 13 o 14 años, pero quien finalmente registra es una docente que pudo darse cuenta porque en pleno verano iba con un cuello polar para que no se noten los golpes que tenía. Esto de ir con polera puede tener que ver con la disociación afectiva respecto de lo sensorio-perceptivo del cuerpo.

A partir de ahí se activa la denuncia, la atención en el servicio de salud y psicológica. Es fundamental contar con personas referentes adultas. En este caso, cuando tenía 10 años la abuela hizo una denuncia pero la justicia fue muy light en ese momento y no tomó ninguna medida de protección. La madre no había ratificado la denuncia. Y finalmente llegó por la escuela cuatro años después.

Lo más grave son las situaciones de cronicidad, no sé si tanto lo agudo del momento, porque hay situaciones que se van cronificando, van generando baja de su autoestima, pensar: “me merezco esto por ser una mala hija, por ser una mala alumna”. Eso es lo que genera una huella más fuerte en el psiquismo.

Hoy en día ella tiene 16 años, el padrastro está preso. Ella estuvo un tiempo con un botón antipánico cuando él estuvo afuera, hasta que después la justicia finalmente lo detiene hasta que se haga el procesamiento, pero fue todo por intervención de las instituciones, la institución educativa y de salud.

En cuarentena, ella empezó el tratamiento solo hace tres meses. Está de novia con una persona de 22 años, es una diferencia importante. Esto es algo a trabajar también con ella, dado que este novio es una figura de sostén, aunque hay que ver si finalmente lo es o no.

En diciembre del año pasado se hizo la intervención de educación, en ese momento ella pudo hacer la denuncia, pudo intervenir la justicia y finalmente llega a la consulta.

(Psicóloga).

La intervención procurará también, además de evaluar la situación de riesgo de la niña o adolescente, junto a otros aspectos, tener en cuenta la existencia o no de una red de contención o de acompañarla en el proceso de su construcción. Otro tema central es la identificación de la o las personas adultas que puedan acompañar y proteger.

Lo más frecuente es que las niñas y adolescentes lleguen a la consulta acompañadas por la madre o algún familiar cercano. Pero no siempre las madres son las personas referentes, protectoras o de confianza para ellas. Se suele considerar a priori que son las adultas referentes protectoras y no necesariamente es así. Hay muchas situaciones en que las madres tratan de imponerse y no dan lugar a que la niña o adolescente se exprese.

Cuando la madre se entera, lo primero que hace es hacerla abortar y ahí es muy interesante (...), la chiquita me contaba que a ella le hubiera gustado seguir ese embarazo, solamente para poder probar que era hijo del padre.... Pero después no había ningún desarrollo en relación a que ella se imaginara su vida con ese bebé.

(Trabajadora social).

Lo importante es saber cuál es la persona adulta con la que se sienten protegidas, acompañadas, y, cuando vienen con la madre, encontrar el modo de tener una entrevista a solas con la adolescente. Hay madres que saben y pueden acompañar y otras que no.

Cuando una nena viene con la madre muchas veces no va a relatar lo que le pasa. La madre estaba afuera y sin embargo ella no habló ese día. Le pregunté "algo de lo que te está pasando, ¿lo sabe alguna amiga?, ¿quieres venirme a ver otro día con tu amiga, porque por ahí hoy no tenés ganas?" Y el día en que vino con la amiga de su misma edad, 14 años, que era la única que sabía, le pregunté, "¿y qué hace tu mamá?, ¿vos crees que tu mamá sabe?" Porque era una situación de abuso con el padrastro. Me contestó "prende la radio más alto".

(Trabajadora social).

La entrevista que se abre con la niña o adolescente es totalmente distinta cuando no está la madre. Aparecen situaciones y deseos que no expresan delante de ella. Si bien puede ser una situación incómoda decirle a la madre que hay que tener una entrevista a solas con la niña, es necesario aclarar que es para acompañar y ayudar, ya que se trata de un derecho de la niñas y adolescentes. Además de que el vínculo con las madres puede ser muy ambivalente.

La familia de origen está impregnada de la traumatización sufrida por la niña. (...). Por otro lado, tenemos las cuidadoras que han sufrido algún tipo de maltrato en la misma relación familiar, como las mujeres golpeadas por sus parejas, que también han maltratado físicamente a sus hijos/as, o que han tenido que enfrentarse al penoso descubrimiento del abuso sexual de sus hijos por parte de sus parejas (...). En estos casos, poblados en su amplia mayoría por madres, estas suelen estar tan sobrepasadas que parecen estar siempre al borde —de su fuerza, de sus posibilidades, de sus recursos— (...), inmersas en sus propios sentimientos de culpa, vergüenza, dolor, enojo, lidiando con situaciones económicas, con el riesgo de perder sus trabajos y con la falta de soporte externo. Es un clima de inestabilidad que la niña o el niño vive a diario. (Baita, 2015).

Es muy importante buscar un espacio privado, confidencial, en el cual las niñas y adolescentes puedan sentarse con quien las atiende, establecer un intercambio en intimidad y recién ahí saber si entienden lo que les pasa, si comprenden que están con una psicóloga, una médica o una trabajadora social. Y contribuir a reconstruir el significado que tiene para ellas la experiencia vivida.

El objetivo de todas las intervenciones disciplinarias es el mismo, aunque las herramientas puedan ser diferentes, siempre se trata de intervenciones complementarias (...). Todas/os, desde el lugar que cada una/o ocupe en su comunidad, deben ser capaces de tomar contacto con la fuente del sufrimiento (...) de niñas y adolescentes, ese lugar donde todo lo que hoy les pasa cobre sentido. (Baita, 2015).

No siempre las niñas y adolescentes pueden ponerle un nombre a lo vivido, a las sensaciones que experimentan. Otras veces las dificultades están en quienes las escuchan, nominan o etiquetan (aunque puedan hacerlo correctamente) con términos que no están en la cadena de significaciones que ellas usan.

Un punto a tener en cuenta son las diferencias que pueden darse en niñas de 10, 11 o 12 años y las de 13 o 14 años.

Las niñas de entre 10 y 12 años que llegan embarazadas muestran vulnerabilidad, desconcierto, desconocimiento, tanto de aspectos concernientes al embarazo como a sus derechos y opciones. Esto también puede darse en niñas de 13 y 14 años. A veces el silencio es la única respuesta. Por eso es importante la entrevista conjunta, en interdisciplina, que facilita el abordaje. La comprensión integral de la situación puede no resolverse en una única consulta y requiere la intervención de otras especialidades y/o disciplinas.

(Médica).

Entre los 10 y los 12 años hay un salto en relación a las vicisitudes del cuerpo sexuado, que abre a preguntas en relación al desarrollo sexual,

las sensaciones corporales y la relación de estas problemáticas con la posibilidad y las modalidades de elaboración del hecho de haber sido abusada.

Nombrar una experiencia de abuso, de incesto, de violación, para niñas de 11, 12, y también de 13 o 14 años, implica un cierto saber, no habitual, no común, así como complejos procesos subjetivos relacionados con su edad, su desarrollo madurativo y el tipo de relación con la persona abusadora. Esto se complejiza cuando quien abusa es parte del entorno. La relación de afecto y dependencia genera entonces tensiones y ambigüedades propias de la situación que la niña atraviesa, que es afectivamente confusa.

En este punto, el rol de quien interviene es activo y debe adaptarse caso por caso. La presentación del profesional, la forma de preguntar, de informar, en última instancia, de orientar en recursos sin prejuizar ni inducir, son estrategias que al momento de las entrevistas buscarán tanto resolver la urgencia como abrir la posibilidad del procesamiento subjetivo.

El tiempo lógico de elaboración debe poder complementarse con la dimensión cronológica, construyendo una pausa aún en la urgencia, que le permita al equipo o la red de profesionales tomar una decisión teniendo en cuenta las distintas temporalidades. A veces la urgencia subjetiva que traen las niñas es una urgencia silenciada, muda. No pueden hablar, ya sea por el estadio del desarrollo en que se encuentran que no les permite articular palabras o por haber sido arrasadas y sometidas al silenciamiento. En los impases que abre la intervención se busca restituir en ella su lugar de sujeto.

(Psicóloga).

No se puede trabajar sobre la autonomía y la posibilidad de decisión si no se sabe qué significa la experiencia vivida para esa niña.

Una vez, una chica de 14 años planteaba la soledad que sentía de interrumpir un embarazo, porque la mamá que era religiosa, no la iba a perdonar nunca. Cómo acompañarla buscándole un lugar, una vivienda digna, cuando ella no quería irse de su casa y decía, "échalos a ellos, a mi mamá y al marido, porque yo me tengo que quedar porque a mi hermana no la tocó".

Nos encontramos también con lo que se denomina revelaciones parciales, donde las chicas como pueden, con los recursos que tienen disponibles, intentan ir diciendo algo a algún referente y tal vez esta referente, sin intención, silencio, y la carrera del abuso continúa. Hay niñas que han intentado poner en palabras, como han podido, algo de lo que les ocurría, por ejemplo: "yo muchas veces intenté decírselo a mi mamá", o, cuando sus madres iban a hacer compras, querer desesperadamente ir con ellas, y la mamá decir "no, quédate con papá, que es tu papá", y era el papá el que la agredía.

(Trabajadora social).

Una chiquita de 12 años que llegó al hospital y tuvo el bebé en el momento, ya había ido dos veces y le dieron Buscapina porque le dolía el estómago y a ninguno de los profesionales que la atendió se le encendió una alarma en relación a lo que le estaba pasando. Tampoco la escuela pudo ver, no era en pandemia, se la veía todos los días, pero como era gordita, su cuerpo no les llamó la atención, ni en el polideportivo al cual iba. Ni el club, ni la escuela, ni los equipos de salud lo pudieron ver, entonces se llegó tarde. Después intervino la Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes, que consideró que no podía cuidarlo y la desvincularon de ese niño que nació y la nena quería estar con este bebé. Esta niña que ni siquiera sabía que estaba embarazada no podía unir el abuso con el embarazo.

(Trabajadora social).

Siendo las niñas y adolescentes el centro de la intervención, resulta crucial la determinación de cuáles son las dificultades, las trabas, los obstáculos que presentan para poder dar cuenta de lo que les ha pasado o les está pasando.

A veces las niñas callan porque no encuentran palabras, pero en muchas otras oportunidades callan porque han sido amenazadas o porque quieren proteger a algún familiar o no provocar la ruptura del grupo familiar. Así, algunas piensan que si se lo cuentan a su madre: "por fin tiene una pareja y estuvo tan triste tantos años, si lo cuento la voy a destruir". Recién lo cuentan cuando tienen 15, cuando encontraron una amiga, una maestra, un novio, que le facilitó develar la situación, pero lo tenían claro y de todos modos no hablaron.

(Trabajadora social).

Testimonio 4

En 2017, llega la madre de una niña de 14 años llorando, desesperada, porque se daba cuenta de que su hija (a quien llamaré Sofía) tenía un retraso. Madre e hija menstruaban para la misma fecha. Un mes, la madre se da cuenta de que su hija no menstruó y sospecha que está embarazada. Manipuló a su hija para hacerle unos estudios de sangre que confirmaron el embarazo.

La madre creía que su hija tenía una relación con su hermano por algunos comentarios de una prima. Decido hacer una entrevista vincular para que la madre comente su preocupación y que la escuche la hija.

Sofía comenzó a llorar, no hablaba, y le pregunté si se había dado cuenta del retraso en la menstruación. Ella dice que sí y le propongo una entrevista a solas en la que me relata que tenía un vínculo amoroso con su hermano mayor de 18 años desde hacía seis meses. En esa entrevista confirma el embarazo, del cual no tenía registro, y relata que esa relación comenzó cuando ella tenía 13 años.

Fue un trabajo artesanal de varias entrevistas, como suele pasar en muchas de las situaciones de abuso.

Se le ofreció la consejería de opciones en esa primera entrevista; su respuesta fue seguir con el embarazo porque no tenía registro de la violación, del abuso, como ocurre muchas veces en estos vínculos, que son ambivalentes, en los que el agresor utiliza el vínculo amoroso para no

ser denunciado. Abusa afectivamente de la niña hasta que pueda encontrar algún referente o ella misma pueda registrar qué es lo que está pasando.

Sofía en todas las entrevistas durante dos meses no paraba de llorar, no podía hablar, hablaba muy poco. Era yo la que más hablaba. Esa fue una estrategia que tuve: ir poniendo palabras y ella por ahí asintiendo, por ahí diciendo, “sí, esto me pasa, esto no me pasa”, y la verdad es que fui yo la que le introduje el significado del abuso. Para ella fue un shock, me acuerdo, porque para ella era “su novio”.

Hice la denuncia dos semanas después de conocer a Sofía, en conjunto con la madre. Tardé en hacer la denuncia, porque quería mantener el vínculo de confianza con Sofía y con su madre y el agresor ya no estaba en la casa.

Por las semanas de gestación pude trabajar con tiempo y evaluar el momento de hacer intervenir a la justicia. Lo más importante era la psiquis de Sofía, cómo ella podía ir afrontando toda esta situación, y su autonomía y su decisión ante ese embarazo que ella consideraba deseado.

Si yo me hubiera quedado con la urgencia y con la primera o la segunda entrevista, y con este concepto de la autonomía, sin dar el tiempo necesario para el procesamiento, ella hubiera continuado con el embarazo.

Hubo muchísimo dolor y culpa, no por la ILE, sino por la pérdida de ese amor.

(Psicóloga).

Testimonio 5

En una oportunidad atendimos una jovencita con retraso madurativo global y severo que había ingresado por la guardia general del hospital a causa de un episodio de agresión sexual que según podía transmitir junto al familiar que la acompañaba le había proferido su padastro. Luego de las intervenciones correspondientes fue derivada a Salud Mental, donde la atendimos junto a la psiquiatra puesto que se hallaba en un estado de excitación psicomotriz, seguido de momentos de fuerte llanto, no se había dejado revisar golpeando a las médicas y presentaba serias dificultades en el habla que hacían casi imposible comprender lo que decía si su familiar no la traducía.

La intervención en equipo llevó casi tres horas de abordaje. La situación se complejizaba además por la situación que la pandemia imprimía al contexto de atención, siendo más difícil poder escuchar con claridad detrás de los barbijos y las máscaras plásticas.

Este caso muestra la importancia de disponer de tiempo para que algo pueda ser escuchado, un tiempo no solo simbólico, sino real: tiempo, recursos, ser más de una persona, presencia física, poner el cuerpo para generar un lazo y crear un clima de confianza.

Se estableció una base diagnóstica respecto de su retraso para ver con qué coordenadas subjetivas podíamos manejarlos, y se indagó su red sociofamiliar. A través de un tono amable y utilizando el humor en algunas ocasiones que permitió la entrevista, jugamos con algunos movimientos del cuerpo, así la joven pudo decir que tenía dolor de panza y que allí, señalando sus genitales, le había lastimado su padastro. Nuestra intervención desde Salud Mental se articuló con Ginecología y Ecografía, a través de un grupo de WhatsApp que desde hace tiempo conformamos varios colegas del hospital.

Emprendimos el recorrido por las instalaciones del hospital hasta el servicio de ginecología, siendo necesario ingresar a los consultorios con ella y el familiar que la acompañaba, puesto que esto la aliviaba. Junto a la ginecóloga y aun con el protocolo de distanciamiento volvimos a jugar con nuestros cuerpos y sobre cómo sacarle fotos a la panza, tratándose de eso la ecografía que le harían. Ella expresó que se quería acercar y tocarme. Le dijimos que no podíamos por el protocolo pero le dimos la opción de hacerlo con el codo y accedió, le dije: “¿si te acompaño con el codo, te animas?”. Finalmente la joven accedió y junto a la ginecóloga y el familiar que la acompañaba descendimos por las escaleras hasta el Servicio de Ecografía donde también ingresamos, a su pedido. En el instante en que se puso ansiosa y comenzó a gritar, se nos ocurrió cantarle, junto al ecografista, pudiendo así finalizar con el estudio.

Podemos decir que la posibilidad de realizarse finalmente el estudio, no solo permitió continuar con la revisión médica, sino que también le devolvió de algún modo en esa imagen de su vientre algo de la palabra que no podía ser dicha: “no quiero en panza un bebé”, “no quiero, malo me hizo, no quiero eso, no”. A lo cual le respondimos que por supuesto la estábamos escuchando y que la íbamos a acompañar. El lazo que se armó en el equipo de profesionales para esta joven junto a las estrategias que a la par inventamos para sostenerla, no solo permitió que algo pudiera abrirse en ella sin que fuera una intrusión a su intimidad, cuestión tan importante a resguardar, sino que también fue un sostén de la intervención frente al drama que el caso nos imponía.

(Psicóloga).

Los/as/es trabajadores/as sociales tienen un rol fundamental en el seguimiento de las niñas y adolescentes. Igualmente los/as/es psicólogos/as/es. Resulta muy beneficioso, además, que funcione como acompañamiento en los casos en que se está desarrollando el proceso judicial.

La mirada está puesta en la protección y como objetivo fundamental el cese del abuso sexual. La intervención está dirigida a la niña y a su entorno para detectar no solo los factores de riesgo sino también los factores de protección. Se trabaja con las personas adultas protectoras, con red familiar extensa, con los recursos de apoyo educativos, barriales, psicoterapéuticos y con los servicios de protección infantil intervinientes. En muchas oportunidades somos convocadas a declarar ante la Justicia así como también acompañamos a las niñas cuando sus voces requieren ser escuchadas. Hay experiencias profesionales de trabajo con los grupos de familiares con un abordaje psicoeducativo para trabajar los impactos de la problemática. El proyecto de trabajo grupal se llama “Hablar hace bien”.

En lo territorial es importante armar un entramado de diversos actores sociales que puedan acompañar a las niñas y adolescentes en las decisiones que tomen, ya sea en la interrupción del embarazo, el cese del abuso o, en el caso que se decida, una adopción. Por tal motivo es importante el seguimiento, siempre que sea posible realizar entrevista en domicilio para acompañar a la niña y a su familia, proveer los recursos necesarios para el fortalecimiento familiar y articular con los distintos efectores intervinientes (salud, comunidad, justicia).

(Trabajadora social).



6. Experiencias y buenas prácticas de consejerías. Construyendo modelos de abordaje interdisciplinario

En la mayoría de los lugares de asistencia no existen equipos interdisciplinarios organizados y dedicados específicamente al abordaje de estas situaciones, lo que no impide el trabajo en equipo, que con mayores o menores niveles de institucionalización se desempeña articuladamente. Hay experiencias que constituyen avances en el abordaje integral de la problemática que van perfilando un modelo que se caracteriza por la interdisciplinaridad –y la interinstitucionalidad– y por la puesta en práctica de criterios que se encuadran en una perspectiva de género y derechos.

Equipo interdisciplinario de soporte múltiple para la interrupción del embarazo. Hospital Piñero.

Se trata de un dispositivo de atención que se fue construyendo en el trabajo cotidiano del hospital y surgió de la necesidad de pensar abordajes que trascendieran la propia disciplina y incluso el nivel de atención.

Es un equipo integrado por profesionales en ginecología, trabajo social, psiquiatría y psicología que pertenecen a diferentes servicios, que se reúne mensualmente y que ha armado una agenda de asistencia en la que se procura que siempre se encuentren disponibles al menos dos para realizar las entrevistas. Esta experiencia ha podido fortalecer la respuesta hospitalaria ante las demandas de atención, principalmente por la posibilidad de poner en acto una lectura múltiple del caso produciendo intervenciones inmediatas de soporte, no solo ante la urgencia que presenta el pedido de una interrupción del embarazo sino también de atención de su complejidad territorial.

Hospital de día en abuso y maltrato contra niños, niñas y adolescentes. Hospital Piñero.

Es un dispositivo que creó el servicio de pediatría del hospital por la gran cantidad de casos que llegaban a la guardia y que requerían atención y seguimiento interdisciplinario sostenido en el tiempo.

El equipo, conformado por una médica, una trabajadora social y una psicóloga, es un dispositivo de trabajo estable que funciona en días de atención preestablecida y se desempeña en un espacio de consultorios especialmente diseñado y ambientado para la atención. Allí el equipo recibe y entrevista a niñas, niños o adolescentes que han estado

internados/as/es por algún tipo de violencia, en situación de abandono de su red familiar, violaciones, abusos sexuales intrafamiliares o en situación de interrupción de un embarazo por esos hechos. Asimismo en el caso de que exista red sociofamiliar continente y que la evaluación del estado de salud de esa niña, niño o adolescente no requiera internación por la violencia sufrida, se deriva a este equipo directamente para su atención. A través de estas intervenciones se asegura que la niña, niño o adolescente no continúe padeciendo situaciones de riesgo, además se realizan los seguimientos pertinentes para los controles médicos posteriores, se orienta sobre los recursos disponibles que mejoren la situación del grupo familiar trabajando con la persona adulta de referencia, o la institución, si este se halla ausente o es el agresor, se evalúa la pertinencia de tratamiento psicológico para el niño, niña o adolescente y se trabaja articuladamente con dependencias judiciales y organismos de protección de derechos que intervienen en cada caso.

Equipos itinerantes. Provincia de Misiones.

Para garantizar el abordaje psicosocial de los embarazos de niñas y adolescentes menores de 15 años en el Primer Nivel de Atención que carecen de profesionales para hacerlo, la provincia de Misiones diseñó un esquema de intervención con capacidad para actuar en toda la provincia. Son equipos itinerantes que actúan en las distintas Zonas Sanitarias y se trasladan al centro de salud donde se detecta una niña o adolescente embarazada.

Inmediatamente a la consulta ginecológica, el Sistema de Información y Gestión Provincial activa el sistema de alarma en la Dirección de Maternidad e Infancia del Nivel Central, la que coordina, junto a la Zona Sanitaria, el envío del equipo itinerante para el abordaje psicosocial.

El equipo que interviene puede recurrir al equipo itinerante o bien coordinar el traslado de las niñas o adolescentes embarazadas al Hospital de mayor nivel de complejidad más cercano.

Equipo interdisciplinario. Hospital Álvarez.

En el hospital, a partir de la experiencia, verificamos que no es efectivo destinar personas en una hora y en un lugar fijo, ya que las puertas de ingreso son múltiples y variadas. Finalmente se organizó un dispositivo flexible, con una psicóloga asignada y las trabajadoras sociales que están disponibles. El equipo se arma ad hoc. En esta era de la comunicación, resulta sencillo comunicarse por WhatsApp. Entonces, una vez alertadas de la situación, nos reunimos en un lugar del servicio y atendemos la urgencia. Una vez que se da el egreso hospitalario por el evento obstétrico el equipo psicosocial se ocupa del seguimiento.



7. Puntualizaciones en la atención médica, psicológica y social

1. Una de las ideas más reiteradas en el trabajo grupal es la necesidad de la **interdisciplina** en el abordaje de la problemática. El equipo que atienda a niñas menores de 15 años embarazadas como producto de abusos sexuales debería estar conformado mínimamente por profesionales de salud mental (en psicología y a veces en psiquiatría); de medicina (en pediatría, medicina general y toco ginecología³); y de trabajo social idóneos/as/es en el trabajo con niñas y adolescentes.
2. El **sistema de salud** es el único que puede dar **atención específica** a los embarazos, sin embargo, las actuaciones necesarias relacionadas con los abusos demandan la **participación activa de otros sectores** del Sistema de Protección Integral de Derechos. (UNICEF-Plan Enia, 2018).
3. En la dinámica de atención realizada por equipos interdisciplinarios, se debe elaborar una **historia clínica única**. Debería evitarse que niñas y adolescentes se vean exigidas a responder una y otra vez las mismas preguntas. En la entrevista o entrevistas inicial/es debe solicitarse información acerca de la niña o adolescente, del coestante –edad, relación–, así como realizarse todas las evaluaciones –médicas, psicológicas y sociales– que deben ser parte de una única historia clínica.
4. La detección de un embarazo de una niña de 11, 12, 13, ó 14 años, independientemente de lo que diga la niña o la persona que la acompaña (si viene acompañada) requiere conocer el **contexto en el que el embarazo se produjo** y **descartar** que no sea consecuencia de un **abuso** o de alguna otra forma de **violencia**. El objetivo de la intervención debe ser, ante todo, determinar si el embarazo es producto de una situación de violencia sexual, cualquiera haya sido el ámbito de ocurrencia o modalidad.

³Si bien la intervención de tocoginecólogos/as/es es necesaria, en la atención inicial participan otras especialidades médicas, que al detectar un embarazo deben indicar estudios adecuados y derivar.

5. Aún cuando una adolescente embarazada manifieste que ese embarazo se produjo en el marco de relaciones sexuales consentidas, la primera cuestión a definir es la **diferencia de edad** y el **tipo de vínculo con el cogestante**. La diferencia de edad es de por sí un indicador fundamental a tener en cuenta, pero no el único para definir las actuaciones.

6. Aunque no haya diferencias significativas de edad no debe descartarse sin más el ejercicio de distintas formas de coacción o violencia sexual. Pueden ser coacciones sutiles, engañosas, en las cuales niñas y adolescentes quedan atrapadas. Es responsabilidad de los equipos profesionales tener una **escucha atenta** al tipo de **relación con el cogestante, ya que si hay coacción sexual el embarazo es forzado**.

7. Tanto en los abusos intrafamiliares como en otros contextos, quienes realizan las Consejerías deben partir de que las relaciones de niñas y adolescentes con personas adultas son relaciones atravesadas por **ejercicios de poder generacional y sexual** (éste atraviesa todas las edades) que **impiden el ejercicio del consentimiento** constitutivo de una relación sexual paritaria.

8. En **relación al abuso** deben realizarse:

- Evaluaciones médicas. En este sentido cabe recordar que el embarazo de una niña o adolescente constituye un **indicador o signo físico específico de sospecha de abuso sexual**, junto con las lesiones en la zona genital o anal y las infecciones genitales o de transmisión sexual.
- Evaluaciones psicológicas.
- Evaluación de riesgo para determinar el grado de vulnerabilidad de las niñas y adolescentes.
- Evaluación de factores protectores: redes de apoyo y sostén al interior de la familia o del entorno cercano.
- Trabajar con el grupo familiar o las personas referentes.
- Articular con los Servicios de Protección de Derechos, con la escuela y con los efectores de salud.
- Determinar el nivel y el tipo de riesgo en el que se podrían encontrar otras niñas del mismo grupo familiar, además de la niña objeto de la intervención puntual.

9. Debe cuestionarse lo que suele llamarse “el deseo de ser madre” a los 11, 12, 13 o 14 años. **No puede aceptarse acríticamente el deseo de maternidad** en edades en las cuales no solo se está lejos de una comprensión, sino que en muchas ocasiones “las niñas o adolescentes se ven impulsadas a definir su femineidad a través de la maternidad.” (Kait, 2007).

10. Aún cuando no haya violencia explícita, o cuando las presiones u otras conductas seductoras o manipuladoras no sean vividas como violentas por parte de la niña, es necesario intervenir con un **enfoque de género y generacional** en casos de niñas embarazadas, aún cuando el embarazo sea producto de una relación entre pares. Esto requiere reconocer que las niñas están inmersas en la cultura patriarcal y, al igual que gran parte de la sociedad, aceptan naturalmente la maternidad sin tener dimensión de lo que implica convertirse en madres a tan temprana edad. Como sugiere Laura Kait, (2007) el futuro hijo o hija pueden ser vividos como quien salvará sus vidas o como quien da la posibilidad de ser cuidadas como a menudo a ellas mismas les hubiera gustado serlo. Las significaciones positivas de la maternidad se dan en un contexto marcado por relaciones de dominación y por la tolerancia social impregnada de valores patriarcales, con las dificultades que conlleva enfrentarse a la **cultura hegemónica**.

11. En relación a la **entrevista** debe tenerse en cuenta que:

- Desde la perspectiva de las niñas y adolescentes la violencia puede generar **sumisión** o **ambigüedad**, quedando afectada la posibilidad de relatar la experiencia vivida.
- La ambigüedad que pueden experimentar las niñas frente a las violencias a las que son sometidas, cuando además son embarazadas en contextos abusivos, es uno de los **nudos críticos de la intervención**, lo que implica intervenir en dos situaciones con complejidades específicas. Pueden darse no solo en situaciones en las que las violencias son más difusas (consideradas muchas veces “relaciones consentidas” en las que no aparecen con claridad las presiones diversas a las que se somete a las niñas y adolescentes) sino también en los abusos que son perpetrados por familiares o conocidos, en los que existen otro tipo de presiones que no se significan como abusivas.
- La ambigüedad surge en algunos casos porque la **violencia** a la que son sometidas niñas y adolescentes es ejercida de forma **sutil, engañosa**, o por **personas de su confianza**. La niña **no puede significar o nombrar** la violación o el abuso, aunque tenga la clara vivencia de haber experimentado una situación contraria a su

voluntad o connotada para ella por sentimientos y sensaciones dolorosas y desagradables. El sentimiento de “no querer” (su NO) puede ser muy fuerte pero sin embargo **no encontrar el modo de oponerse**, experimentando ambigüedad y culpa.

- Estas ambigüedades de las mismas niñas o adolescentes deben ser **claves en la escucha** de los equipos profesionales, ya que el embarazo en estos casos viene a ser el emergente de una situación que no es reconocida como violenta o abusiva y, por ende, dificulta hacerlo público, tomar decisiones en consecuencia o pedir ayuda temprana.
- Las vivencias e impactos sobre las niñas y adolescentes de una sexualidad abusiva pueden variar según distintos factores: la **edad**; la **posibilidad de contarlo**; las **reacciones del entorno** familiar, cercano o institucional; **las vivencias** de rechazo o displacer, aunque no puedan expresarlas. La **conciencia de la imposición**, aun cuando no puedan nombrarla como abuso, puede ser un factor importante en la recuperación y contribuir a superar sentimientos de impotencia.
- Dar **espacio a la expresión** del sufrimiento, a que se abran nuevas significaciones para que el hecho, doloroso y traumático, pueda ser narrado, simbolizado e incorporado a la historia personal.
- Disipar inquietudes y temores, así fueran reales o producto de la fantasía, con información clara, sencilla y precisa.
- No siempre ni todas las niñas o adolescentes abusadas pueden **relatar el abuso**. Hay quienes pueden hacerlo, otras **no encuentran palabras** para contarlo, o incluso no hay texto narrativo para expresar lo que sintieron. También pueden temer **reacciones represivas** de su entorno familiar, o sentir temor al **estigma social** (“sentirse diferente”). Estas son algunas de las posibles razones por las cuales las niñas y adolescentes callan los abusos y también los embarazos. Pueden igualmente sentir temor al castigo si lo relatan, o estar atrapadas en el clima de ocultamiento que la persona abusadora crea.
- Analizar las posibles dudas y dificultades acerca de **con quién, cuándo y cómo hablar de lo sucedido**. En el caso de que ya lo haya relatado, dialogar sobre **las respuestas que recibió**, en particular de su red de vínculos significativos.
- Aportar elementos para que comprendan que los abusos **no se relacionan con sus características o comportamientos**, para evitar los autoreproches.
- La situación de **vulnerabilidad objetiva y subjetiva** en la que se encuentran las niñas en sociedades patriarcales se profundiza cuando hay un embarazo y cuando se convierten en madres en edades tempranas.



8. Glosario

ABUSO SEXUAL

La mayoría de las definiciones coinciden en que los abusos sexuales hacia niños, niñas y adolescentes (NNA) remiten a prácticas sexuales – que pueden ir desde el tacto, la exposición de los órganos sexuales y masturbación frente al NNA, hasta violaciones– impuestas por una persona adulta, independientemente de la forma en que se ejerza la coerción: violencia física, amenazas, abuso de confianza, entre otras.

De Paul Ochotorena y Arruabarena Madariaga (1996) destacan tres factores que resultan útiles para diferenciar las prácticas sexuales abusivas: la asimetría de poder, la asimetría de conocimiento y la asimetría de gratificación.

- Una asimetría de **poder** puede derivar de la diferencia de edad, roles, fuerza física y/o de la capacidad de manipulación psicológica de quien abusa de modo que NNA son colocados en una situación de vulnerabilidad y dependencia. Puede, además, darse conjuntamente con una fuerte dependencia afectiva (por ejemplo, en la relación paterna) que hace aún más vulnerable a la víctima.
- Una asimetría de **conocimientos**. Quien abusa en general cuenta con mayores conocimientos que su víctima sobre la sexualidad y las implicancias de un involucramiento sexual.
- Una asimetría de **gratificación**. Quien abusa sexualmente actúa para su gratificación sexual. Aún cuando intente generar excitación en la víctima, siempre se relaciona con el propio deseo y necesidad, nunca con los deseos y necesidades de la víctima.
- Las conductas que constituyen abuso sexual hacia NNA son:
 - La utilización de NNA para la obtención de material pornográfico, aunque no haya contacto directo de la persona adulta con su víctima.
 - Tocar a NNA en sus genitales, zona anal y/o pechos, por encima o por debajo de la ropa.
 - Hacer que NNA toque a la persona adulta en sus genitales, zona anal y/o pechos (en el caso de mujeres ofensoras), por encima o por debajo de la ropa.
 - Contacto oral-genital de la persona adulta al NNA.
 - Contacto oral-genital del NNA a la persona adulta.

- Contacto genital de la persona adulta sin penetración (frotamientos contra el cuerpo del NNA 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 todas las personas que cometen abuso sexual 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 temor al develamiento del abuso.

Según las descripciones hechas por víctimas adolescentes o por sobrevivientes adultas de abusos sexuales en su niñez, hay una serie de conductas previas incluso al primer tocamiento, que preparan el terreno para un acceso más intrusivo al cuerpo de la víctima.

ABUSOS SEXUALES. MODALIDADES FRECUENTES

- Abuso sexual infantil intrafamiliar: cuando quien abusa es un familiar de la víctima.⁴
- Abuso sexual extrafamiliar: pueden ser personas desconocidas o que pertenecen al entorno social de la víctima.
- Explotación sexual comercial: es una forma de abuso sexual sistemática, a la que se suma la explotación económica. Puede no haber personas intermediarias o ser explotadas por proxenetas individuales o por organizaciones proxenetas de distintas características.
- Utilización de NNA con fines pornográficos.
- Acoso sexual a través de medios virtuales con distintas modalidades o formas de abuso sexual (*grooming*).

ABUSOS SEXUALES. FACTORES DE RIESGO

Conjunto de variables –físicas, conductuales, sociales– tanto de niñas, niños y adolescentes como de las personas adultas del grupo familiar o referentes, que, sumado a las características del incidente, de las eventuales lesiones y de la reacción frente a la detección y/o intervención, contribuye a elaborar una predicción sobre la probabilidad de que NNA sufran nuevamente un daño, así como el grado de severidad del mismo.

⁴ Dentro del abuso intrafamiliar se encuentra el incesto. Hay autores/as que consideran que solo es incesto si se trata de progenitores biológicos.

FACTORES DE RIESGO

Por provenir en general de estudios retrospectivos, dichos factores se refieren a la posibilidad de reiteración de la situación abusiva y, si bien no tienen valor causal, su utilidad deriva de permitir la valoración cualitativa y la toma de decisiones caso por caso.

La literatura sobre el tema (Faller citado por Ochotorena y Arruabarena, 1996) lista un conjunto amplio de factores de riesgo. Se incluyen algunos de los más frecuentemente citados:

- Tipo de abuso. Grado de intrusión de las conductas sexuales.
- Características de la situación de abuso: frecuencia, duración, utilización de fuerza física, amenazas.
- Edad de la víctima.
- Relación entre víctima y persona que abusa.
- Número de personas que cometieron el o los abusos.
- Reacciones y funcionamiento del padre/madre que no ejerce abuso.
- Reacción de quien abusa.
- Existencia de otros problemas en el funcionamiento de la familia (si hay violencia marital o de pareja, adicciones, enfermedades mentales, retraso mental).
- Existencia de otras personas adultas del entorno familiar o extrafamiliar que pueden escuchar, creer y apoyar al NNA.

No hay escalas precisas para determinar los diferentes niveles de riesgo. El modo de trabajar con los indicadores es establecer para cada uno si el riesgo es alto, moderado o bajo y luego hacer una evaluación general. Dado que se trata de indicadores que refieren a conductas humanas, a tipos de vínculos, resulta difícil aplicar una medición precisa. Debe tenerse en cuenta, además, que muchos de estos factores interactúan o pueden potenciarse entre sí.

Si bien Faller (citado por Ochotorena y Arruabarena, 1996) ha intentado otorgar puntuaciones a las dimensiones descritas –para “medir” al mismo tiempo riesgo de recurrencia, severidad y daño del abuso– le caben a su escala las mismas consideraciones ya explicitadas respecto de la falta de validación psicométrica y de la ponderación de los distintos factores presentes en cada caso.

Investigaciones posteriores han confirmado lo ya señalado y subrayado la presencia de otros factores igualmente importantes. Baita y Moreno (2015) citando a diversos autores, mencionan, entre otros:

- Factores relacionados con la comunidad y la sociedad

- Alta tolerancia a la violencia sexual en la comunidad en la que se habita.
- Política 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.

Factores relacionados con ser NNA:

- Edad. Mayor vulnerabilidad y daño cuanto más pequeño/a/e es. Las edades de mayor riesgo suelen ser entre los 6 y 7 años y entre los 10 y 12 años, si bien las víctimas pueden ser de cualquier edad.
- Niños/as/es con disminución de capacidades de autoprotección, sea por déficits físicos y psíquicos, como por problemas mentales o discapacidad física, que le impiden defenderse y/o comunicarse.
- Antecedentes de haber sufrido abusos sexuales.
- Ser niño/a/e o adolescente.

Factores familiares:

- Existencia de un padrastro.
- Apego inseguro y disfuncional en el vínculo con los padres y especialmente con la madre (como adulta no ofensora).
- Padres afectivamente rígidos o bien sentimentalmente confusos en relación a los límites entre la afectividad y la sexualidad, frente a las jerarquías y límites generacionales, y con patrones relacionales ambiguos en general.
- Drogodependencia y/o violencia familiar o de género.
- Padres que han sufrido maltrato y/o abuso sexual en su infancia.
- Problemas de salud mental por parte del padre ofensor y de discapacidad por parte de la figura materna protectora.

ABUSOS SEXUALES. FACTORES DE PROTECCIÓN

- Modelo de funcionamiento familiar predominantemente patriarcal.
- Acceso facilitado a las víctimas (no solo por parte de familiares sino también de maestros, cuidadores, etc.).

Conjunto de variables –físicas, conductuales y sociales– tanto de NNA como de las personas adultas y del grupo familiar, y de los recursos disponibles a nivel social y educativo que pueden modificar y mejorar las condiciones familiares de manera tal que se reduzca o evite la posibilidad de reiteración y daño a NNA.

- Vínculos de apego seguros y funcionales, especialmente con la madre no ofensora.
- Ausencia de maltrato físico o emocional hacia los NNA.
- Reconocimiento por parte de padres y madres de los distintos momentos evolutivos.
- Ausencia de problemas de salud mental o discapacidad en las personas cuidadoras, especialmente en la madre no ofensora.
- Diferencias generacionales claramente establecidas.
- Falta de ambigüedad en la comunicación afectiva y respecto de los espacios de intimidad.
- Características socioculturales de madres y padres.
- Baja tolerancia social a la violencia sexual, y a tomar a NNA como objeto de la misma, de parte de las instituciones escolares, las políticas públicas y el sistema judicial.
- Edad del NNA (en relación a posibilidades comunicacionales y de comprensión, fundamentalmente).
- Información proporcionada al NNA en relación a la sexualidad y el autocuidado, acorde con su momento evolutivo.
- Género (no ser niña).
- Ausencia de problemas de discapacidad o salud mental de NNA.
- Ausencia de victimizaciones sexuales anteriores.
- Servicios de consulta, orientación y asistencia de fácil acceso en la comunidad.

EMBARAZO FORZADO

Es un embarazo que se produce sin que la niña o adolescente lo haya buscado o deseado; más aún, cuando ni siquiera sabe cómo es que se producen los embarazos y cuando además se le niega, dificulta, demora

u obstaculiza su interrupción. Puede ser producto de una violación sexual o relación sexual consensuada por la niña o adolescente que no conoce las consecuencias de una relación sexual o cuando conociéndolas no pudo prevenirlas (y se le obstaculiza la interrupción del embarazo).

LO TRANSICIONAL

Por extensión y a partir del concepto de R.D. Winnicott –citado en Laplanche y Pontalis (2004)– el *objeto transicional* se entiende como aquello que, a partir de la vivencia de pertenecer al propio cuerpo se va desprendiendo hasta constituirse como parte del mundo externo. Se habla también de *espacio transicional o potencial*: un espacio neutro o intermedio de la experiencia atravesada, que puede mantenerse durante toda la vida y que no pertenece ni a la realidad interior ni a la exterior, sino a una zona intermedia entre lo subjetivo y el mundo externo.

MATERNIDAD FORZADA

La continuación de un embarazo hasta su término cuando no ha sido buscado, ni intencional, ni deseado, ni querido, deriva en una maternidad forzada, que contraria los derechos humanos básicos de las niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencias y a ejercer sus derechos reproductivos.

PERSPECTIVA DE GÉNERO Y GENERACIONAL

Los embarazos producto de abusos sexuales de niñas y adolescentes articulan violencias encadenadas que se potencian entre sí y afectan distintas esferas de la vida y se conjugan con la vulnerabilidad de género y generacional. A esto deben sumarse contextos que generan indefensión y otras vulnerabilidades, entre ellas: condiciones económicas y sociales, marginalidad social, pertenencia a etnias en las cuales hay otros criterios de niñez.

Las diferencias etarias entre las personas que abusan y las víctimas producen dinámicas de dominación y desigualdad, articulando y potenciando la dominación sexual y generacional.

Los valores hegemónicos relacionados con la sexualidad ubican a las niñas y adolescentes en roles sexuales subordinados, aún cuando estos roles no siempre son cuestionados por ellas. El modelo sexual hegemónico atribuye cualidades distintas a la sexualidad de varones y mujeres. A estas últimas se les adjudica un rol pasivo y subordinado.

La perspectiva de género cuestiona esta ideología sexual que toma acriticamente la maternidad de niñas y adolescentes. Aun cuando ellas

no se lo cuestionen, las intervenciones de los equipos profesionales deben tener en cuenta las significaciones que el embarazo y la maternidad pueden tener para niñas y adolescentes, marcadas no solo por relaciones de dominación, sino también por la tolerancia social, por valores patriarcales y por las dificultades que conlleva enfrentarse a la cultura hegemónica.

TRAUMA

“(…) la esencia de lo traumático es la irrupción en el psiquismo de lo heterogéneo, lo no propio, cuando el psiquismo no tiene posibilidades de transformarlo en propio. Entonces el afecto desligado buscará incesantemente la representación de lo experimentado, produciendo la sintomatología perteneciente al orden de lo traumático; sueños, hiperalerta, flashes, pensamientos repetitivos, entre otros.” (Benyakar et al., 2006).

“(…) la expresión ‘traumática’ (...) la aplicamos a una vivencia que en un breve lapso provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad de estímulo que su tramitación o finiquitación por las vías habituales y normales fracasa, de donde por fuerza resultan trastornos duraderos para la economía energética.” (Freud, 2009; 252).

SUBJETIVIDAD, SUBJETIVACIÓN, VULNERABILIDAD SUBJETIVA

Si bien, según el contexto teórico y los autores, el significado de los términos a los que se hace referencia en lo que sigue puede variar, en términos generales:

La **subjetividad** puede ser pensada como una configuración de vivencias que pretenden dar un sentido singular a la totalidad de una experiencia.

La **subjetivación** consiste en el proceso de otorgar a las vivencias asociadas a una experiencia, una significación propia –subjetiva– distinta e irreductible a la de otras personas. En tanto proceso, se opone al de alienación de la experiencia propia en un sentido generalizado que proviene de instancias ajenas al sujeto y la toma como objeto.

Finalmente la **vulnerabilidad subjetiva** resultaría de la posición que adopta el sujeto frente a lo vivenciado en relación a la experiencia que atravesó.



Bibliografía

- Baita, Sandra y Moreno, Paula. (2015). *Abuso sexual en la infancia. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. UNICEF-Uruguay.
- Baita, Sandra. (2015). *Rompecabezas: una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Benyakar, Moty; Lezica, Álvaro; Zukerfeld, Rubén; y Zonis Zukerfeld, Raquel (2006). *Lo traumático*. Editorial Biblos, Buenos Aires.
- De Paul Ochotorena, Joaquín y Arruabarena Madariaga, María Ignacia (1996). *Manual de protección infantil*. Masson, Barcelona.
- Freud, Sigmund. (2009). “18° Conferencia: La fijación al trauma, lo inconsciente”, en *Obras completas, tomo XVI: Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III)*. Amorrortu, Buenos Aires, pp. 250-261.
- Kait, Laura. (2007). *Madres, no mujeres*. Ediciones del Serbal, Barcelona.
- Laplanche, Jean y Pontalis, Jean-Bertrand. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. (2020). (Re) nombrar: Guía para una comunicación con perspectiva de género. Disponible en: <https://bit.ly/3v9so6n> (Último acceso: 19/05/2021).
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Resolución 1841/2020. Hoja de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Disponible en: <https://bit.ly/3qilYy4> (Resolución) <https://bit.ly/3jHXEnN> (Publicación) <https://bit.ly/3qhKH6L> (Hoja de Ruta) (Último acceso: 05/04/2021).
- PNUD-Coordinación Técnica Plan Enia (2019, mimeo). *Modelos de intervención en casos de abusos sexuales y embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años. Pautas orientativas para la intervención con perspectiva de género y generacional*. Argentina.
- Stolbach, B.C. y otros. (2009). *Complex Trauma Histories, PTSD, and Developmental Trauma Disorder in Traumatized urban Children*. 25º Conferencia Anual de la ISTSS. Chicago, USA.

- UNICEF-Ministerio de Salud de Misiones. (2020). *Guía de atención integral de niñas y adolescentes embarazadas de menores de 15 años de la provincia de Misiones*. Argentina.
- UNICEF- Plan Enia (2021). *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional y Hojas de Ruta*.
- Vilchez, Silvana Lorena y Wanzek, Leila. (2019). *Revisión desde una perspectiva psicoanalítica de la investigación familias en situación de vulnerabilidad que asisten al servicio de salud mental de un hospital público*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Yehuda, Na'ama. (2019). *Comunicar el trauma*. Desclée de Brower, Bilbao.

Cita sugerida

- UNFPA-Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021) *Consejería en derechos a niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual y embarazo forzado*. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud, Argentina.



Ministerio de Salud
Argentina

ISBN 978-950-38-0297-7



9 789503 802977