

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales

**“Un caso de Abuso Sexual Infantil:
Posibles Modelos de Intervención”**

Marina Valeria Tashchian

Tutor Lic. Marcela Massa

Diciembre de 2007

INDICE

1. INTRODUCCION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2. OBJETIVOS	4
2.1 Objetivo General	4
2.2 Objetivos Específicos	
3. MARCO TEORICO	5
3.1 .Conceptualización del Abuso Sexual Infantil	5
3.2. Los abusos sexuales intrafamiliares	7
3.2.1. La ontogénesis familiar del abuso sexual: el incesto como proceso	8
3.2.2. La divulgación: crisis para la familia y los sistemas de intervención	8
3.3. Trabajo de Redes, Justicia y Terapia	9
3.3.1. Actitud del Profesional ante la sospecha del Abuso Sexual	11
3.3.2. Detección y Diagnóstico del abuso	15
3.4. Modelos de Intervención	18
3.4.1. Modelo Ecosistémico de Barudy	18
3.4.2. Modelo Integrativo Multidimensional de Corsi	22
4. DESARROLLO	26
4.1. Método	26
4.1.1. Descripción de las técnicas	26
4.2 Descripción y análisis de caso único	26
5. CONCLUSIONES	43
6. BIBLIOGRAFIA	51

1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo constituye una integración de las teorías presentadas en diversas materias de la carrera de Licenciatura en Psicología y de la experiencia llevada a cabo en un hospital público, ubicado en la Provincia de Buenos Aires. El Servicio de Psicología Infantil, se encuentra dentro del Servicio de Pediatría. Dicho Servicio cuenta con un grupo de psicólogos que trabaja con los niños y sus familias y/o cuidadores en dos modalidades: consultorios externos y sala de internación pediátrica.

La práctica se realizó durante el primer semestre del año 2006 y tuvo una duración de 320 horas, distribuidas en 20 horas semanales. Durante el primer mes se realizaron recorridos por las salas de los niños internados, durante el segundo mes se realizaron admisiones de los casos por consultorios externos, bajo la supervisión de un profesional del equipo; el resto de la práctica consistió prioritariamente en la observación presencial de atención de pacientes admitidos en el Servicio. Complementariamente, se concurría a ateneos en los cuales los pasantes que se encontraban realizando la práctica de Habilitación Profesional en dicha Institución, exponían temas de interés psicológico: violencia familiar y abuso sexual infantil, encopresis, enuresis, psicoprofilaxis quirúrgica. Dichos ateneos se realizaban en presencia de los médicos pediatras del Servicio y se intercambiaban opiniones con los mismos.

El objetivo del trabajo consiste en la descripción de un caso clínico de una niña de siete años de edad con sospecha de abuso sexual, que se aborda, como la mayoría de estos casos en esta Institución, desde el Modelo Ecosistémico de Barudy. Dicha paciente es derivada al Servicio de Psicología por la médica pediatra del hospital, quien diagnostica vulvo vaginitis secundaria y orificio vaginal amplio, solicitando el descarte o confirmación de dicha sospecha. En base a dicha descripción se planteará la posibilidad de integrar el modelo aplicado al modelo multidimensional de Corsi.

La elección del tema del presente TFI surge a partir del importante número de casos de Violencia Familiar y Maltrato Infantil que se tratan en dicha Institución. Los pacientes llegan por dos vías: demanda directa de familiares o allegados al caso y derivaciones por vía judicial.

Dada la realidad socioeconómica de nuestro país y el bajo presupuesto destinado a los hospitales públicos, surgen limitaciones en la atención de estos casos.

Tomando conciencia de la cantidad de niños que son víctimas de abusos en nuestro país con consecuencias muchas veces irreversibles, ¿sería posible optimizar la dinámica de las intervenciones institucionales en la fase de confirmación o sospecha de casos de abuso sexual infantil, trabajando en las condiciones actuales? Este interrogante que surgió durante la práctica profesional, motivó incorporar al presente TFI una propuesta de trabajo integrando dos modelos de tratamiento.

Asimismo, se podrían establecer estrategias organizativas para ser aplicadas en forma sistemática por los profesionales involucrados. La pérdida de datos o desorganización de la información en las historias clínicas de los pacientes en ocasiones genera una revictimización de los mismos. Poder contar con una adecuada sistematización de la información serviría, además, como fuente de consulta de todos los profesionales del equipo interdisciplinario, permitiendo el seguimiento del caso a los distintos profesionales que integran el equipo, con una estructura que minimice la interpretación subjetiva de la situación.

En la actualidad existen exámenes neurológicos que podrían complementar las entrevistas y tests proyectivos y psicométricos que podrían administrarse con el fin de confirmar o descartar la sospecha de abuso sexual en los niños. El análisis aislado de estos exámenes neurológicos no son determinantes de la confirmación o descarte de la sospecha de abuso.

Con independencia de los procedimientos y estrategias que se utilizan para intervenir en este tipo de casos, en función de normas éticas se preserva siempre la identidad del menor y su familia.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

1- Describir la aplicación del modelo Ecosistémico de Barudy al tratamiento de un caso de presunción de abuso sexual infantil de una niña de siete años, paciente de un hospital público, ubicado en la Provincia de Buenos Aires.

2- Proponer la integración del Enfoque Multidimensional de Corsi al Modelo Ecológico de Barudy, como un recurso para estructurar la información de las historias clínicas en los hospitales, y optimizar la dinámica para el tratamiento de estos casos.

2.2 Objetivos Específicos

1-Identificar el modo en que el modelo de Barudy permite determinar o descartar la presencia de abuso sexual infantil: a) reconocer signos y síntomas que constituyen indicadores del mismo b) evaluar la situación de la familia y del niño a partir de la administración de instrumentos de evaluación psicosocial.

2-Describir el trabajo de reparación y exoneración familiar.

3-Analizar aspectos del Enfoque Multidimensional de Corsi que podrían salvar las limitaciones de recursos del sistema hospitalario.

3. MARCO TEORICO

3.1. Conceptualización del Abuso Sexual Infantil.

UNICEF (1989) considera que los menores víctimas de maltrato y abandono son:

[...] "menores de 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual, o emocional, sea en el grupo familiar o en el entorno social. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo y parcial".

Según la definición de la OMS (1986), “la explotación sexual de un niño implica que éste es víctima de un adulto, o de una persona evidentemente mayor que él, con fines de satisfacción sexual. El delito puede tomar diversas formas: llamadas telefónicas obscenas, ultraje al pudor, voyeurismo, violación, incesto, prostitución de menores”.

Según Ochotorena (1996), el abuso sexual se puede definir como cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad sobre el niño. El niño puede ser utilizado para realizar actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Se podría expresar en dos categorías:

1. En función de la relación entre la víctima y el ofensor:

- a) Incesto. Si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona con relación de consanguinidad lineal o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el papel de los padres.
- b) Violación. Cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.

2. En función del tipo de contacto sexual:

- a) Abuso sexual sin contacto físico. Se incluirán los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con objeto de obtener gratificación o excitación sexual, y la masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con objeto de buscar gratificación sexual.
- b) Vejación sexual. El contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño, o por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las zonas erógenas del adulto.
- c) Contacto sexual genital. Se produce una relación sexual con penetración digital o con objetos –sea vaginal o anal-, sexo oral o penetración con el órgano sexual masculino, sea vaginal o anal (Ochotorena, 1996).

Kempe (1978) define el abuso sexual como la implicación de un niño o de un adolescente menor en actividades sexuales ejercidas por los adultos, que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad inmaduros y dependientes y por tanto incapaces de comprender el sentido radical de estas actividades, ni de dar su consentimiento real. Estas actividades son inapropiadas a su edad y a su nivel de desarrollo psicosexual y son impuestas bajo presión, por la violencia o la seducción, y trasgreden tabúes sociales en lo que concierne a los roles familiares.

Los niños suelen experimentar sentimientos de confusión, culpa, temor, impotencia, al no poder procesar los estímulos recibidos, recurriendo la mayoría de las veces a mecanismos defensivos como la negación, represión, disociación, como táctica de supervivencia.

Hay tres factores que pueden resultar útiles en la diferenciación clínica de actos sexuales abusivos (Ochotorena, 1996)

- 1) Asimetría de conocimientos. El ofensor posee un conocimiento más sofisticado de la significación y las implicaciones de la relación sexual. Esto suele suponer que el ofensor es mayor, más desarrollado evolutivamente o más inteligente. Para que una relación se considere como abuso sexual se suele exigir una diferencia de edad de 5 años entre abusador y víctima. Cuando la víctima es un adolescente, algunos profesionales y reglamentos definen la relación como abusiva si se da una diferencia mínima de 10 años entre el ofensor y la víctima. Cuando la víctima es deficiente mental, se supone que hay una relación abusiva, incluso en el caso en que el ofensor sea de la misma edad o más joven.
- 2) Asimetría de poder. El ofensor controla a la víctima y la relación sexual no es concebida ni tenida en cuenta como algo mutuo. La asimetría de poder puede derivar de la relación de roles entre el ofensor y la víctima, de la edad o fuerza física del ofensor, que le permite intimidar a la víctima, de la mayor capacidad psicológica del ofensor para manipular y engañar a la víctima.
- 3) Asimetría de gratificación. En la mayoría de las situaciones de abuso sexual el ofensor está intentando obtener gratificación sexual exclusiva, y el objetivo de la relación no es nunca la gratificación mutua, a pesar de que el ofensor puede intentar excitar a la víctima con el único objetivo de obtener la propia excitación sexual (Ochotorena, 1996).

El agresor puede ser un desconocido para el niño/a o su familia, o bien alguien conocido que perteneciera a su entorno, en el caso de ser un desconocido se trata de *abuso sexual extrafamiliar* (Bertelli, 1999).

El *abuso sexual intrafamiliar*, en cambio, ocurre cuando el abusador es parte de la familia, padre, padrastro, hermano mayor, tío, abuelo u otro familiar, como se ha sospechado en el presente caso.

3.2 Los abusos sexuales intrafamiliares.

Para hablar de abuso sexual intrafamiliar, es decir, un abuso cometido contra un niño por un miembro adulto de la familia, utilizaremos indistintamente el término *abuso sexual incestuoso*, para dar a entender que tanto el abusador como el niño víctima están

vinculados por lazos familiares, y el término *agresión incestuosa* para insistir sobre el carácter forzado de la situación. Los abusos sexuales intrafamiliares son el resultado de una multiplicidad de factores que bloquean o perturban los mecanismos naturales que regulan la sexualidad al interior de una familia (Fontana, 1999).

El abuso sexual intrafamiliar -como una de las modalidades en que se manifiesta el maltrato infantil- constituye una de las más graves agresiones perpetradas hacia la infancia, formando parte de los actos más lesivos, destructivos y crueles, por los daños que ocasiona y por las probables negativas repercusiones en la vida adulta de las víctimas (Fontana, op.cit.).

Dado los esfuerzos realizados en defensa de la niñez, los diferentes países del mundo, en particular los del mundo occidental, han elaborado progresivamente políticas de detección, prevención y tratamiento, de denuncia y sanción de aquellas relaciones intrafamiliares en las cuales predomina la violencia, el maltrato o el abuso sexual, entretejiendo una estructura -médico-psicológica- social y legal.

La prohibición del incesto y de contactos sexuales de los adultos con los niños constituye una regla fundamental de protección del abuso del poder sexual de los adultos. El origen natural o cultural de esta ley fundamental ha sustentado polémica entre numerosos autores. El límite entre lo natural y lo social es muy difícil de establecer en este caso: esta prohibición como regla sería de origen social, pero surge a partir de un componente pre-social que sería natural. De esta manera, la prohibición del incesto es la regla fundamental que marca el paso de la naturaleza a la cultura (Levy-Strauss, 1967).

3.2.1. Ontogénesis familiar del abuso sexual: el incesto como proceso.

Las familias donde se ha cometido un incesto se denominan familias sexualmente abusivas o incestuosas. En ellas, la finalidad biológica fue pervertida por ciertos adultos, lo que se expresa en comportamientos y propósitos abusivos de carácter sexual sobre uno o varios de los niños. Asistimos aquí a un fenómeno de “cosificación” sexual del niño, que es utilizado por los adultos ya sea para “curar” sus experiencias carenciales o vengarse de los traumatismos sufridos en la infancia. En esta dinámica los niños son no solamente “explotados sexualmente”, sino que no se benefician de aportes socioculturales y materiales de calidad para crecer sanamente (Barudy, 1998).

3.2.2. La divulgación: crisis para la familia y los sistemas de intervención

Debido a la situación de vulnerabilidad y dependencia del núcleo familiar que experimentan los niños, los menores víctimas de abuso sexual intrafamiliar no pueden hacer otra cosa que adaptarse al modelo relacional de su abusador, comunicando su drama con trastornos de comportamiento que lo denuncian de una forma encubierta. (Los indicadores se describen en el apartado 3.3.1) Este proceso relacional se denomina *síndrome de adaptación* y consta de cinco fases: 1-aceptación por parte de la víctima de la ley del silencio, 2-participación pasiva del niño en su abuso, 3-la aceptación de la situación, 4-la revelación tardía y no convincente, y 5- la retractación después de la divulgación.

La denuncia del abuso sexual fuera de la familia supone una perturbación de tal intensidad que pone en peligro la homeostasis familiar y también los sistemas institucionales que rodean al niño. Este período corresponde a la ruptura del sistema familiar como resultado de la divulgación de los hechos abusivos por parte de la víctima (Barudy, 1999).

Es importante distinguir la divulgación accidental de la divulgación premeditada. En la primera, los hechos abusivos son descubiertos accidentalmente por un tercero, por ejemplo, porque alguien entra en la habitación en el momento en que un padre o un padrastro está abusando de su hija; en otros casos, por la contaminación de una enfermedad de transmisión sexual; o, en casos más dramáticos, por el embarazo de la víctima. En todas estas situaciones es “un accidente” y no es la víctima quien voluntariamente desencadena la crisis familiar divulgando el incesto (Quecuty, 1994).

3.3. Trabajo de redes, justicia y terapia.

Según Barudy (1991), el desafío para cualquier programa que pretenda dar una respuesta integral al sufrimiento de los niños maltratados deberá optar por el desarrollo de práctica de redes que movilicen el conjunto de recursos institucionales, profesionales y familiares existentes, para desarrollar acciones que contrarresten los efectos de la violencia en las víctimas, introduzcan la justicia y el respeto de los derechos en la familia y permitan la rehabilitación de los agresores. El enfoque ecosistémico de un fenómeno complejo como es el caso de los malos tratos a los niños y su intervención a través de la práctica de redes, planteó el desafío de encontrar un procedimiento de

intervención que asegurara no solamente una coherencia en una atención no violenta de las familias que provocan maltrato, sino que además protegiera a los profesionales del riesgo del síndrome de agotamiento profesional *-burn out-*. Tan importante es proteger a los niños como a las personas que ayudan a mejorar la protección de estos niños. La intervención en estos casos implica situaciones conflictivas para los profesionales en la medida que éstos deben introducirse de una manera más o menos agresiva en la vida de una familia, cuestionando sus representaciones, sus mapas del mundo, la manera en que ellos resuelven sus conflictos, satisfacen sus necesidades y educan a sus niños.

La intervención social, judicial y terapéutica puede y debe ser agresiva, pero nunca violenta. Los profesionales comprometidos con la protección infantil deben tener una ética que les permita actuar con mucha firmeza y eficiencia para asegurar la vida y el bienestar de los niños, evitando de todas las formas posibles que esta fuerza agresiva necesaria para realizar la tarea, se transforme en una fuerza destructiva o violenta.

Para poder trabajar en este campo, los profesionales deben manejar la agresividad de una forma ritualizada, controlada, para ponerla al servicio de las necesidades y los derechos de los niños. Los procedimientos de intervención que se proponen para los casos de maltrato son una forma de coordinar y movilizar los recursos existentes en una red de profesionales, permitiendo la ritualización. La organización de redes de profesionales a partir de una instancia que cumpla el rol de facilitador y coordinador de los recursos humanos ha sido y es uno de los medios y objetivos principales de toda la acción terapéutica y preventiva (Barudy, 1991).

Hay que cambiar la idea de que cada profesional tiene una parte del trabajo por la noción de que todos juntos están participando en la co-construcción de un modelo que permita una mejor utilización de recursos y competencias. Todo intento de organizar una red de profesionales tiene ya un impacto preventivo sobre la violencia en la medida en que esta organización permite la emergencia de rituales entre los diferentes profesionales, contribuyendo a mejorar la gestión de su propia implicación emocional, y del estrés provocado por el contenido de las situaciones de maltrato y, por ende, previniendo la violencia institucional (Barudy, 1991)

3.3.1. Actitud del Profesional ante la Sospecha del Abuso Sexual

Según Vázquez Mezquita (1995), todo profesional que se encuentre en contacto con la infancia o adolescencia ha de ser fundamentalmente receptivo a diferentes signos de sospecha de abuso sexual, los cuales son:

- dolor, marcas de golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.
- dificultad inexplicable para caminar y/o para sentarse.
- no querer participar en las actividades ni usar la ropa adecuada para ellas.
- niño afecto de enfermedades venéreas en ojos, boca, ano o genitales.
- signos de afectación emocional importante: fugas, cambios de conducta.
- conocimiento o interés exagerado por los comportamientos sexuales en adultos.
- molestias inespecíficas indicativas de abuso crónico: enuresis, encopresis, dolor abdominal recidivante, problemas escolares recientes.
- Embarazo inesperado del que no se aclara la paternidad.
- niño víctima de otros tipos de maltrato.

Los indicadores físicos en el niño, de acuerdo al protocolo de Validación de Abuso Sexual (Le Boeuf, 1982), son:

- Dificultades para andar y sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada.
- Queja sobre dolor o picor en la zona vaginal o anal.
- Contusiones o sangrado en los genitales externos.
- Enfermedad venérea.
- Cérvix o vulva hinchados.
- Presencia de semen en la boca, genitales o en la ropa.
- Embarazo especialmente al inicio de la adolescencia.

Corsi y Ferreira (1997) mencionan también signos a tener en cuenta, categorizándolos de la manera que a continuación se detalla:

- Problemas de conducta: comportamiento introvertido, dificultades en la escuela, acciones agresivas, intentos de escapar.
- Daño Psicológico: pueden resultar en pesadillas, depresión o ansiedad extrema. Es importante destacar que es posible que los síntomas de daño emocional no se hagan evidentes hasta la edad adulta.
- Daño físico: incluyendo heridas y contusiones, enfermedades venéreas, embarazo.

Esta circunstancia adquiere un particular interés dado que la sospecha de abuso sexual puede aparecer sin que sea posible aportar pruebas materiales objetivas.

Las personas, al ser conscientes de que el tabú ha sido trasgredido, tienden generalmente a ignorar el problema por cualquier medio: negación, minimización, acusación de falsedad al niño.

Un concepto bastante extendido ha sido la asexualización del niño. En tanto y en cuanto el niño ha sido concebido como sujeto asexual, toda referencia sexual en él era contemplada como una trasgresión social, y sin duda él mismo aparecía como culpable de una u otra manera al haber trasgredido o hecho trasgredir el tabú al adulto. Aunque estas ideas se encuentran en parte superadas, sin duda todavía pesan en el ánimo social, de ahí el estigma que suponen para la víctima y la necesidad de ocultamiento (Vázquez Mezquita, 1995)

La detección del abuso del niño siempre implicará una intervención profesional que podríamos llamar en crisis o intervención inicial, para dar paso a una siguiente fase de intervención secundaria o tratamiento.

En el acto, el profesional ha de tomar una serie de decisiones cuyos objetivos deben ser:

1. asegurar la interrupción inmediata del abuso, poniendo los medios para asegurar una protección efectiva del niño.
2. tomar contacto con los diversos agentes sociales que se encuentran en relación con el menor y que están llevando a cabo también su propia intervención. Se

aconsejan la realización de reuniones de equipo con vistas adoptar un plan de intervención socio-familiar coordinado. Una intervención difusa puede resultar penosa, pues infunde una sensación de falta de apoyo social ante la familia y el niño, constantemente remitidos a diversas personas ante las que tienen que desvelar de nuevo sus problemas más íntimos sin recibir a cambio apoyo ni tratamiento efectivo para sus conflictos (Vázquez Mezquita, 1995).

Según Glaser y Frosh (1988), la intervención debe dividirse en varias fases secuenciales, las cuales son:

- a. sospecha o descubrimiento parcial del abuso.
- b. investigación y validación, o, raramente, invalidación.
- c. toma de decisiones en relación a protección, seguimiento y terapia.
- d. implementación de decisiones.

La Ley 24417 de Protección contra la Violencia Familiar permite instrumentar acciones eficaces actuando en la urgencia, resguardando a las víctimas e instrumentando medidas tendientes a prevenir situaciones que impliquen mayor violencia y riesgo en los integrantes de la familia.

Artículo 2: “cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales, y/o el Ministerio Público. También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Público.”

Artículo 3: “el Juez requerirá un diagnóstico de interacción familiar efectuado por peritos de diversas disciplinas para determinar los daños físicos y psíquicos sufridos por la víctima, la situación de peligro y el medio social y ambiental de la familia. Las partes podrán solicitar otros informes técnicos”.

Artículo 4: “el Juez podrá adoptar, al tomar conocimiento de los hechos motivo de la denuncia, las siguientes medidas cautelares:

a-ordenar la exclusión del autor, de la vivienda donde habita el grupo familiar.

b-prohibir el acceso del autor, al domicilio del damnificado como a los lugares de trabajo o estudio.

c-ordenar el reintegro al domicilio a petición de quien ha debido salir del mismo por razones de seguridad personal, excluyendo al autor.

d-decretar provisoriamente alimentos, tenencia, y derecho de comunicación con los hijos.

El Juez establecerá la duración de las medidas dispuestas de acuerdo a los antecedentes de la causa.

A partir de los estudios actuales, y según Hayez (1992), se puede calcular que la situación del abuso puede situarse en torno a las siguientes cifras y distribución:

1. entre un 5 y 45% de las mujeres de la población general habrían sido objeto de abuso durante la infancia; las cifras más habituales señalan entre un 15-20%, en la mitad de los casos se trataría de agresiones aisladas y en la otra de abusos repetitivos. Los hombres sufren abusos en una proporción de 1 a 3 respecto a las mujeres.
2. El abusador suele ser un familiar del menor -miembro de la familia o conocido-.
3. El abuso tiene lugar generalmente en el mismo domicilio del agresor.
4. La mayoría de los abusadores son de sexo masculino.
5. El incesto parece afectar a todas las clases sociales; los niños objeto de pedofilia provienen a menudo de familias dislocadas, caóticas –niños poco cuidados y poco estructurados personalmente (Ajuriaguerra, 1980).
6. En general cuando los niños alegan en primera instancia haber sufrido alguna situación de abuso sexual, en la gran mayoría de los casos son verdaderos, aunque en etapas posteriores de la investigación desdigan lo declarado anteriormente. Menos frecuente es la situación inversa, es decir cuando los niños declaran abuso que en realidad no existió.

En cuanto a la distribución sociodemográfica, no parecen existir diferencias en cuanto a clase social y raza. Tampoco las diferencias medio urbano-rural aparecen como consistentes (Vázquez Mezquita, 1995).

Según Tesone (2004), un estudio sobre abuso infantil realizado entre 1992 y 2000 por un equipo de profesionales del Hospital de Niños de La Plata arrojó resultados francamente alarmantes. Durante esos ocho años, de 592 consultas se confirmaron 420 casos de abuso sexual infantil. Como edad máxima del abuso se registró la de una adolescente de 17 años; como mínima, la de una niña de 3 meses y 16 días. El trabajo destacó, además, que la edad promedio del agresor era de 27 años, mientras que la edad más frecuente del abusador era de 18 años. En cuanto al vínculo que ligaba a la víctima con el victimario, en el 64,4 % de los casos el nexo era familiar y en el 19,43% la relación era extra-familiar. Un 14,53% de los chicos afectados prefirió no decir si había vínculo, según los investigadores, se puede pensar que fueron familiares, lo cual aumentaría ese porcentaje.

El victimario más común es el padrastro-18,6 %- . El padre fue denunciado en el 15,3 % de los casos y los hechos fueron perpetrados por conocidos en el 11,32% de los casos.

Gracias a una encuesta reciente realizada en el marco de un proyecto de investigación de un equipo de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, se ha podido comenzar a cuantificar la gravedad del problema. De este sondeo surge que el 14,5% de los adolescentes encuestados dicen haber padecido abusos sexuales durante su infancia. Entre ellos, el 84% son adolescentes de sexo femenino y 16% de sexo masculino. De los jóvenes víctimas de abusos, el 0,5% de los varones y el 1,7% de las adolescentes lo fueron por algún familiar próximo.

Se encontraron tasas de tentativas de suicidio significativamente más altas entre aquellos adolescentes que habían padecido violencias sexuales que en la tasa de grupos no expuestos a ella y de igual edad. Sólo la mitad de los adolescentes habían hablado con alguien acerca de dichas experiencias.

De acuerdo a las investigaciones, ningún grupo de niños es inmune a sufrir abuso sexual y maltrato. En cuanto a las personas responsables del abuso, 4 de 5 víctimas son abusados por lo menos por un padre

3.3.2. Detección y diagnóstico del abuso

Existen indicadores físicos, psicológicos y comportamentales que permiten presumir la existencia de abuso sexual infantil.

Según Glaser y Frosh (1988), la sospecha de abuso sexual infantil puede surgir de observaciones del comportamiento de un niño, de comentarios indirectos o de síntomas y signos físicos.

Entre los *indicadores físicos*, pueden mencionarse aquellos que son factibles de detectarse a través de exámenes médicos –infecciones o enfermedades de transmisión sexual- o bien de efectos dolorosos de manipulaciones o frotamientos en zonas genitales, hasta la confirmación del sostenimiento de relaciones sexuales en casos de embarazo.

Entre *los comportamentales y emocionales observables*, se destacan los relacionados con temores, fobias diversas, incapacidad de confiar, cólera, hostilidad, conductas sexuales inapropiadas, culpa o vergüenza, conductas regresivas, problemas somáticos, problemas de aprendizaje o adaptación escolar, dificultades para dormir, alteraciones en hábitos alimentarios.

Se agregan, además, como significativos, la existencia de indicadores de la posesión de secretos, intentos de fuga del hogar, intentos de suicidio, inicio en adicciones, conductas promiscuas (Glaser & Frosh, 1988).

Para llegar a la confirmación o descarte de la sospecha de abuso, además de la observación clínica por parte de médicos pediatras, ginecólogos infantiles, psicólogos, asistentes sociales, y el análisis de las entrevistas a la presunta víctima y su sistema familiar, se utilizan múltiples recursos, entre los que se destacan:

A_ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)

El diagnóstico de las patologías derivadas de situaciones traumáticas resulta bastante complejo por cuanto se deben despejar los elementos que componen la personalidad de base del sujeto de las consecuencias propias del sujeto estresante. El DSM-IV incluye criterios diagnósticos para algunas de las patologías post traumáticas y desadaptativas que deben tenerse en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico frente a las situaciones que se analizan, a modo taxativo son:

- *Trastorno por estrés postraumático (F309.81)*
- *Trastorno por estrés agudo (F308.3)*
- *Trastorno psicótico breve (F298.8)*

- *Fobia específica (F300.29)*
- *Trastorno de conversión (F300.11)*
- *Trastorno adaptativo*

La sección Trastornos adaptativos está organizada de modo que tales trastornos han sido agrupados en función de su etiología común (ej., reacción desadaptativa a estrés). Por consiguiente, los trastornos adaptativos incluyen una amplia variedad de presentaciones clínicas heterogéneas (por ejemplo: trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno adaptativo con ansiedad, trastorno adaptativo con alteración del comportamiento) (DSM IV, 1995).

Resulta oportuno consignar que el recorrido por los criterios diagnósticos del DSM-IV, naturalmente, no agotará todas las patologías derivables de una situación traumática, toda vez que no puede perderse de vista que un suceso estresante podrá desencadenar o agravar muy diversos cuadros patognomónicos. Al respecto, Ey (1978) reflexiona sobre la necesidad y los límites del concepto de enfermedad reactiva: porque si bien el papel del acontecimiento es determinante, también pone en juego una disposición o predisposición interna, de tal forma que la acción desencadenante del medio y las tendencias emocionales virtuales -predisposición- son complementarias en el determinismo mismo de toda reacción psicopatológica (DSM IV, 1995).

B- Técnicas Proyectivas

Según Hammer (1969), el proceso psicológico que se moviliza en los dibujos de los pacientes es descripto como la ubicación de una experiencia interna, de una imagen interna en el mundo externo, es decir, como un mecanismo de proyección.

La afirmación de que el sujeto dibuja no sólo lo que ve, sino sobre todo lo que siente, resume las observaciones de psicólogos clínicos y experimentales. El examinado, por medio del emplazamiento, de la presión de la línea, del contenido del dibujo, transmite, además de lo que ve, lo que siente. Tradicionalmente para que una técnica clínica pueda ser considerada un instrumento proyectivo, debe enfrentar al examinado con un estímulo o serie de estímulos lo suficientemente inestructurados o ambiguos como para que el significado de éstos surja, en parte, del interior del examinado (Hammer, 1969). Las técnicas proyectivas evalúan repertorios de comportamientos que los individuos utilizan como defensa ante situaciones de estrés, angustia, desintegración, cambios,

entre otros. Se desarrollan dentro de una situación poco estructurada –con un variable grado de ambigüedad- que permite la proyección de contenidos conscientemente inaceptables.

En las pruebas proyectivas el sujeto se manifiesta en su acción: él debe hacer el trabajo, no se le ofrece copia. De este modo impregna el dibujo con su propio estilo, forma de percibir su esquema corporal, en síntesis deja la huella de su vida interior.

3.4. Modelos de intervención

3.4.1. Modelo Ecosistémico de Barudy

Barudy (1998) propone como campo de estudio el sistema familiar y el tejido social que lo rodea. Por lo tanto, su enfoque explicativo de la violencia familiar es el ecosistémico y su finalidad pragmática es contribuir a la prevención y tratamiento integral de los efectos de esta violencia en los niños.

Se trabaja con equipos multidisciplinarios, compuestos por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados y personal de secretaría.

Los profesionales de estos equipos desarrollan prácticas de redes, que, movilizando el conjunto de recursos existentes tanto a nivel institucional como a nivel profesional, y por supuesto, considerando los recursos naturales de las familias y de sus redes sociales, sirven como antídotos a estos riesgos (Barudy, 1998).

En este programa de intervención global basado en un enfoque sistémico e intracomunitario, la práctica de redes es el instrumento más importante.

Dichas redes se organizan según un modelo piramidal de organización comunitaria para la prevención y tratamiento del maltrato infantil.

Nivel 1: equipo especializado – facilitador y coordinador del proceso-.

Nivel 2: profesionales de servicios pediátricos – salud mental, medicina y psicología escolar-.

Nivel 3: profesionales de la salud y de la atención primaria -agentes de la socialización, profesores, educadores, policía, sacerdotes, entre otros-.

Nivel 4: recursos de la comunidad –dirigentes vecinales, asociaciones de padres, organismos sociales -.

Nivel 5: la comunidad.

La organización jerárquica se establece a partir del nivel 1 que corresponde al de mayor especialización, hasta el nivel 5 que es el menos especializado en la gestión de casos de maltrato. La organización de cada nivel se realiza a partir de los “objetivos operacionales mínimos”, es decir, acciones simples, pero que tienen un impacto facilitador de cambio de las situaciones de maltrato.

Según Barudy (1998), la intervención social terapéutica es un conjunto de acciones destinadas a preparar las condiciones para establecer un proceso terapéutico, que consta de las acciones que detallamos a continuación.

- 1- la detección y control de la revelación: es posible sólo gracias a la acción de los adultos, que, en el entorno del niño, son capaces de establecer una relación entre las marcas físicas y ciertos comportamientos que expresan sufrimiento en el niño, y que pueden proceder de situaciones de maltrato. Estos adultos son capaces de ofrecer espacios de comunicación a los menores donde éstos puedan, al reconocerse como víctimas, denunciar su situación. Desarrollar en los adultos la capacidad de escuchar y apoyar a los menores que revelan los malos tratos de que son objeto, es una acción fundamental en toda organización que se proponga ayudarles. Esto implica que todos los profesionales que pertenezcan al tejido no familiar del niño sean capaces, a través de una formación pertinente, de reconocer los signos y síntomas que constituyen los indicadores directos e indirectos del maltrato infantil.

Controlar una revelación significa escuchar lo que el niño nos dice, o bien, interrogarlo en relación con nuestras inquietudes de una forma no presionante y respetuosa. Se trata de apoyarle ofreciéndole protección y al mismo tiempo, una oferta de ayuda terapéutica para él y sobre todo para sus padres, presuntos maltratadores.

- 2- la notificación o señalamiento. Es un acto que consiste en trasladar el problema que afecta al niño del dominio privado al dominio social, y consta de dos procedimientos, a saber:

a-Análisis del contexto y de la demanda en el señalamiento.

Es importante considerar que el significado de un señalamiento depende del contexto en el cual éste se produce, así como de la persona que lo realiza. Los profesionales que trabajan en las instancias sociales son responsables de examinar, a través de una pauta de validación, los elementos que permitan confirmar la situación de maltrato, independientemente de la subjetividad y del clima emocional impuesto por el señalador.

b- Proceso de validación.

Consiste en establecer un procedimiento destinado a confirmar o informar del contenido de un señalamiento. No se trata de realizar un diagnóstico objetivo; a menudo en los programas utilizan el término de “convicción” para insistir sobre el hecho de que en la mayoría de las situaciones de maltrato, salvo el maltrato físico -donde las marcas son evidentes- es imposible objetivar la existencia de malos tratos. La convicción es el resultado de lo que se ha llamado un proceso subjetivamente científico, que se basa en el compromiso ético de los profesionales y en el análisis de los datos recogidos en el marco de una dinámica multidisciplinaria (Barudy, 1998)

La validación es un procedimiento destinado a:

- afirmar la existencia de malos tratos, determinando su naturaleza.
- determinar los factores de gravedad que dependen del contenido de los malos tratos, del nivel de los daños sufridos por el niño, así como de los riesgos de la reincidencia.

Todo esto servirá para determinar el grado de urgencia de la intervención.

- evaluar los aspectos disfuncionales de la dinámica familiar, sus recursos, así como su plasticidad estructural para determinar su posibilidad de cambio.
- determinar el mapa de la red de instituciones y profesionales que se ocupan tanto de la familia como de la red social informal.
- proponer las medidas de protección del niño y la ayuda terapéutica más adecuada considerando al niño y su familia.

3- El desencadenamiento y control de la crisis familiar.

La confrontación de los padres presuntamente maltratadores con los resultados de los procesos de validación, introduce una perturbación importante en el equilibrio de la familia. En este momento se expresa la disponibilidad de la familia para recibir ayuda. La crisis familiar desencadenada por la intervención de los profesionales debe mantenerse mientras sea necesario para el quebrantamiento del funcionamiento violento y abusivo de los adultos de la familia. Mantener la crisis impide toda reestructuración familiar alrededor de la descalificación del discurso de la víctima o la negación de los hechos (Barudy, 1998)

4-La protección de los niños

Los profesionales tienen como tarea fundamental valorar los riesgos que corren los niños y tomar las medidas necesarias para protegerlos. Desde el momento en que los profesionales están al tanto de una situación de maltrato, son también responsables de la vida del niño, de su protección y de preservar su desarrollo. Por lo tanto, la tarea de protección del menor es el comienzo de la intervención social terapéutica. Esto se puede llevar a cabo de diferentes maneras. En su elección, hay que considerar aquella que cause el menor daño posible al niño y que facilite el trabajo con los padres. Dicha modalidad se ha utilizado fundamentalmente en los casos de familias que provocaron maltrato en situaciones de crisis y por lo tanto se encuentran motivadas y movilizadas para colaborar con la acción terapéutica. La separación provisional del niño lo aleja temporalmente de su medio familiar maltratador, asegurándole cuidados sustitutivos de calidad, y dando a su vez el tiempo necesario para evaluar las posibilidades de la familia y del pronóstico en relación con un trabajo terapéutico a largo plazo.

La medida de alejamiento del padre o de la madre abusador, es sobre todo en los casos de incesto, para proteger a la víctima de eventuales recidivas, creando una distancia entre ella y su abusador que facilitará por analogía la experiencia de la diferenciación. Esta medida es muy importante puesto que evita la situación paradójica en la cual muy a menudo las víctimas deben ser internadas, es decir, son ellas las que tienen que salir de su medio familiar y vivir la experiencia de desarraigo. A la vez, dicha medida se convierte en un agente de crisis y al mismo tiempo en una apertura hacia el cambio, permitiendo que cada subsistema en el seno de la familia, tenga la posibilidad de vivir experiencias alternativas, especialmente a lo que se refiere a un acercamiento del padre no abusador con sus hijos.

3.4.2. Modelo Integrativo Multidimensional de Corsi

A continuación se presenta el modelo Integrativo Multidimensional de Corsi a los fines de comprender el sustento teórico que motivó que se tomen elementos del mismo, a los fines prácticos de optimizar el trabajo en este tipo de casos, en el contexto que ocupa el presente trabajo.

Se llama modelo integrativo, al que partiendo de una perspectiva ecléctica sistemática, propone un modelo teórico superador, a partir del cual cada uno de sus elementos conceptuales adquieren un nuevo significado.

El enfoque multidimensional en psicoterapia surge con la finalidad de superar algunas falsas dicotomías planteadas por los sistemas tradicionales, para lo cual adopta una actitud abierta y no dogmática, capaz de dar respuestas flexibles y creativas a la diversidad de problemas planteados en el campo de la clínica (Corsi, 2005)

La multidimensionalidad se da, por lo tanto, en dos ejes:

- La multiplicidad de los niveles significativos de la vida del paciente, que son tomados en cuenta son: a) las dimensiones cognitiva, conductual, intrapsíquica e interaccional b) los contextos en los que participa el paciente –microcontexto, exocontexto, macrocontexto. c) las dimensiones temporales: pasado –historia personal, presente – situación actual y futuro –proyecto personal de vida.
- La multiplicidad de recursos terapéuticos de que dispone el terapeuta, caracterizados por la flexibilidad y la creatividad, pero dotados de coherencia interna respecto de la estructura conceptual de la cual emergen.

Antecedentes del Modelo Integrativo Multidimensional

▪ **Los procedimientos Terapéuticos**

Partiendo de un modelo teórico integrador del cual derivan los procedimientos terapéuticos, el eclecticismo sistemático integra elementos provenientes de diferentes sistemas terapéuticos en una nueva estructura conceptual que posee su propia lógica y coherencia interna. Así, tomando en cuenta el marco conceptual desde el cual se estructura el modelo, y, simultáneamente, la dimensión de cambio a la cual apuntan sus recursos técnicos, se perfilan cinco grandes grupos (Corsi, 2005) :

1-Modelos terapéuticos basados en el *paradigma psicodinámico*.

Se apoyan fundamentalmente en el marco conceptual psicoanalítico –en sus distintas versiones, pero especialmente en la línea norteamericano canadiense- y sus principios terapéuticos apuntan al logro de reestructuraciones en el nivel intrapsíquico.

2-Modelos terapéuticos basados en el *paradigma conductual*.

Se derivan de las teorías conductistas del aprendizaje, y sus técnicas están diseñadas para el logro de una modificación del comportamiento.

3-Modelos terapéuticos basados en el *paradigma cognitivo*.

Se basan en el estudio de los procesos mediadores y en una concepción que otorga predominio a los patrones cognitivos y a los sistemas de creencias en la generación de las conductas problemáticas. Sus técnicas intentan lograr reestructuraciones cognitivas.

4-Modelos terapéuticos basados en el *paradigma interaccional*.

El marco conceptual se deriva de la teoría de la comunicación, la teoría de los sistemas, y algunas teorías de la interacción humana. Su objetivo terapéutico es introducir cambios en las pautas de comunicación-interacción.

5-Modelos terapéuticos basados en el *paradigma integrativo*.

Parten del intento de considerar la amplia gama de determinantes que operan sobre las situaciones humanas, y trabaja con recursos lo suficientemente flexibles como para operar sobre las diferentes dimensiones del problema, ubicándolas en el contexto familiar- institucional-social-cultural. Partiendo de un modelo teórico integrador, del cual derivan los procedimientos terapéuticos, el eclecticismo sistemático integra elementos provenientes de diferentes sistemas terapéuticos en una nueva estructura conceptual, que posee su propia lógica y coherencia interna (Corsi, 2005)

El Ambiente Ecológico

Desde una perspectiva ecológica, es necesario considerar simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona, si no se desea recortarla y aislarla de su entorno ecológico.

Bronfenbrenner (1987) propone el modelo que postula que la realidad familiar, la realidad social y la cultura pueden entenderse organizadas como un todo articulado,

como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre sí de manera dinámica.

- a. El contexto más amplio –macrosistema- nos remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura en particular. Son patrones generalizados que impregnan los distintos estamentos de una sociedad, por ejemplo, la cultura patriarcal.
- b. El segundo nivel –exosistema- que está compuesto por la comunidad más próxima, incluye las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los ámbitos laborales, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad.
- c. El contexto más reducido-microsistema- se refiere a las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular más próxima a la persona. Dentro de esa red, juega un papel privilegiado la familia, entendida como estructura básica del microsistema.

Para poder adaptarlo a los propósitos de construir un marco conceptual integrativo, Corsi (1994) incluye en el modelo el nivel individual. Tratando de ser coherente con la perspectiva ecológica, concibe este nivel como un subsistema en el cual discrimina cuatro dimensiones psicológicas interdependientes:

1-La dimensión cognitiva, que comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona.

2-La dimensión conductual, que abarca el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo.

3-la dimensión psicodinámica, que se refiere a la dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad, desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente.

4-La dimensión interaccional, que alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

Según Corsi (1994), estas cuatro dimensiones deben considerarse en su relación recíproca con los distintos sistemas antes definidos –macrosistema, exosistema y microsistema-.

De esta forma, para comprender una situación determinada se necesita integrar niveles y dimensiones.

Pensar en el problema del abuso sexual infantil desde una perspectiva ecológica y multidimensional implica renunciar a todo intento simplificado de explicar el fenómeno a partir de la búsqueda de un factor causal, para abrir la mirada al abanico de determinantes entrelazados que están en la base del problema.

Según Corsi (2005), en el proceso terapéutico pueden distinguirse tres grandes momentos:

- el momento de la evaluación
- el momento de la planificación
- el momento de la intervención terapéutica.

La *evaluación* para la psicoterapia se diferencia de un diagnóstico psicopatológico en que no pretende encasillar al paciente en un determinado cuadro o estructura patológicos, sino organizar la información que el paciente proporciona con vistas al establecimiento de metas terapéuticas (Corsi, op.cit.)

La evaluación basada en el modelo ecológico multidimensional se propone organizar la información obtenida a partir de la o las entrevistas iniciales, de modo tal que se pueda visualizar rápidamente cuáles son los aspectos problemáticos que pueden ser identificados en cada sistema y dimensión. Al mismo tiempo, es necesario evaluar en cada nivel cuáles son los aspectos positivos, que pueden ser definidos como potenciales de salud o recursos con que cuenta la persona para apoyar el trabajo terapéutico. En el diagnóstico para la psicoterapia, resulta tan importante identificar los aspectos problemáticos como los recursos saludables de cada paciente.

4. DESARROLLO

4.1. Método

El presente trabajo tendrá una modalidad descriptiva observacional.

Tipo de estudio: modelo de caso único.

Metodología: cualitativa

Participante: caso clínico de una niña de siete años de edad derivada al Servicio de Psicología por el Servicio de Pediatría del hospital, con diagnóstico de vulvo-vaginitis secundaria y orificio vaginal amplio.

Procedimiento: A partir del modelo ecológico de Barudy, se analizarán el registro escrito de las observaciones realizadas durante la admisión y las sesiones, la historia clínica de la paciente, y los informes de los instrumentos administrados a la paciente y su grupo familiar.

Técnicas: observación participante, y análisis de fuentes secundarias.

4.1.1 Descripción de las técnicas

1-Análisis de la Historia Clínica

2-Entrevistas de admisión de tipo libre, semi-pautada y complementarias que se llevaron a cabo con la menor y con los familiares, de acuerdo a lo pertinente en cada momento del proceso.

3- Análisis de Tests proyectivos gráficos.

4.2. Descripción y análisis de caso único

El día 18 de junio del 2006, el Servicio de Pediatría de un hospital público, ubicado en la Provincia de Buenos Aires, eleva al Servicio de Psicología de la misma institución, un pedido de evaluación psicológica de una niña de siete años de edad, para descarte o confirmación de sospecha de abuso sexual. La niña presenta un cuadro clínico de vulvovaginitis con abundante flujo y orificio vaginal amplio, con síntomas de picazón intensa.

Barudy (1998) sostiene que un programa puede comenzar ya sea por acciones de prevención primaria, es decir, actuar sobre las causas que generan el abuso; acciones de prevención secundaria, a través de la detección y tratamiento precoz de casos de abuso, o por acciones de prevención terciaria, o sea, reducir la proporción y la gravedad de las secuelas. De acuerdo a esta clasificación, la intervención en el caso desarrollado correspondería a acciones de prevención secundaria, o sea validar la existencia de abuso sexual y características del mismo, analizando indicadores directos e indirectos, para determinar la gravedad y urgencia de la intervención. Asimismo, se procede a evaluar la dinámica familiar, reconociendo zonas de patología y disfuncionalidad, recursos familiares y plasticidad estructural, y posibilidades de cambio. En última instancia, se evalúan áreas de conflicto y de recursos de la red social de la familia, proponiendo las medidas de protección para el niño (Barudy, 1998)

Admisión 21/06/06

Con el objeto de proceder al análisis de la demanda, la jefa del Servicio de Psicología de la institución, procede a citar a la madre de la niña a los fines de realizar la entrevista de admisión. Comprender en qué contexto social se produce y cuál es el verdadero contenido de una demanda es un requisito importante para realizar cualquier intervención terapéutica (Barudy, 1998).

El día 21 de junio concurre la madre de la paciente, y en base a la información que se extrae de dicha entrevista, se completa un formulario de historia clínica para la evaluación psicológica. De la misma se desprende que el grupo familiar que cohabita, está compuesto por su madre -33 años- ama de casa; su padre -39 años- remisero; una hermana -13 años- y desde hace 2 meses, un varón -16 años-, fruto de una relación anterior del padre que comenzó a convivir con la familia.

Los tres menores comparten la habitación, durmiendo en camas individuales. El matrimonio duerme en otra habitación.

La menor no presenta antecedentes psiquiátricos ni psicológicos al momento de la entrevista. De su historia clínica se desprende que la niña ha realizado tratamientos de ortodoncia y fonoaudiología.

Según refiere la madre, la niña tiene un buen rendimiento escolar. Presenta un informe de fecha 12/06/06 en el cual la maestra describe características personales e

intelectuales de la menor. Se desprende del mismo que la paciente presenta rasgos de timidez e introversión y mantiene buena relación con docentes y compañeros. No presenta conductas agresivas. Desde hace dos meses, la maestra observa un cambio de conducta: escasa participación en clase y no cumple con las tareas escolares.

De acuerdo al Modelo Ecosistémico de Barudy (1998), en la edad escolar aparecen en casi todos los casos de abuso sexual, trastornos del aprendizaje con caída brusca del rendimiento escolar; también son frecuentes las perturbaciones en la capacidad de concentración y memoria, sobre todo con respecto a los acontecimientos traumáticos.

La madre refiere que desde hace dos meses, durante el día la niña en su hogar presenta actitudes agresivas, arrojando objetos, llora y se niega a ir a la escuela, ya que no quiere separarse de su madre. La madre de la paciente relata que la niña sufre de pesadillas nocturnas, desde hace un mes, con frecuencia diaria, en las cuales vocaliza frases que manifiestan deseos de escapar -dejáme, soltáme-. A la hora de dormir, insiste en que la madre duerma en su cama.

Barudy (1998) refiere que las víctimas de abuso pueden presentar un síndrome persistente de hiperactividad y de hipervigilancia, así como también en ocasiones presentan trastornos del sueño, terrores nocturnos, labilidad emocional, trastornos de concentración. La presencia de comportamientos agresivos también es frecuente. En las situaciones menos graves las víctimas muestran un carácter irritable, con dificultades para adaptarse a los cambios y manejar la frustración y los imprevistos, por miedo de perder el control y por no poder controlar las emociones desencadenadas por las frustraciones. En los casos más graves, en que la víctima ha recibido abusos durante largos períodos de tiempo, y sobre todo con violencia física, mostrarán con mayor frecuencia, explosiones de cólera, la mayoría de las veces imprevisible (Barudy, op.cit.)

La víctima, asustada por el fenómeno de revivificación –reexperimentar sensaciones como si se estuviera atravesando la circunstancia nuevamente- trata de evitar los pensamientos y sentimientos asociados con los actos abusivos. Sus mecanismos de defensa la llevan a reducir los contactos con el mundo exterior. Este estado corresponde a la “anestesia psíquica y emocional” descrita en el Manual de Criterios Diagnósticos – (DSM- IV), que correspondería a un estado de evitación e insensibilidad. Los síntomas asociados a esta reacción son, por ejemplo, la reticencia a ir a algún lugar determinado, el aislamiento social con una tendencia a replegarse y detenciones bruscas en los juegos

habituales, con pérdida de interés hacia las actividades que le eran atractivas antes del abuso (Barudy, 1998)

La madre relata que desde hace un año, la menor realiza tratamiento con una médica pediatra particular, por la afección ginecológica coincidente con el diagnóstico de derivación. Dicho profesional manifestó oportunamente, sospecha de abuso sexual por parte del medio hermano, según declara la progenitora. La misma opina que nunca observó conductas extrañas, y que la paciente comparte juegos con el adolescente, en buenos términos.

La madre relata que ella misma fue abusada en su infancia, a la edad de siete años, por un familiar directo. Manifiesta que tiene conductas de protección especialmente con su hija mayor, ya que es atractiva. A su vez, la progenitora refiere que acostumbra preguntar a la paciente en forma regular, si alguien “le hizo algo”, a lo cual la niña responde negativamente.

Barudy (1998) contempla que muchas veces las madres de menores víctimas de abuso sexual, ya han sufrido experiencias de abuso sexual, maltrato físico y abuso psicológico. A veces sus experiencias subjetivas están impregnadas de la necesidad de ser una madre poderosa y perfecta, capaz de preverlo todo y proteger a la familia de todos los peligros y de la falta de amor. A menudo tiene que ver con su proyección inconsciente de reparar las fallas de su propia madre. Un tercio de las esposas de abusadores se presentan como fuertes, dominantes y controladoras, pero su historia infantil revela antecedentes de abandono y negligencia.

Entrevistas

Primera Entrevista 28/06/06

Un momento importante en la intervención corresponde a las sesiones donde están presentes sólo los niños. Esto facilita la dinámica y permite la exteriorización de las experiencias traumáticas (Barudy, 1998)

En la semana siguiente, la jefa del servicio mantiene una entrevista semi-pautada a solas con la paciente. Durante la misma la niña refiere que tiene buena relación con sus hermanos, a pesar que los mismos no la participan de los juegos con sus amigos. Al ser indagada sobre sus hábitos a la hora de dormir, la paciente manifiesta que la madre

duerme en su cama porque el padre ronca y la niña entonces comparte el lecho matrimonial con el progenitor. La niña refiere que no sueña al dormir. Dice que le molesta que su papá la alce para contarle cuentos, que le haga cocochito, o sea cargarla sobre la espalda del progenitor sujetándola de las manos, y que la lastima apretándola contra la pared, y refiere que su padre le dice que quiere que ella sea feliz.

Durante la entrevista, la paciente manifiesta realizar actividades que luego son desmentidas por su madre, como por ejemplo que concurrió al Jardín Zoológico en la semana anterior.

En ciertos países desarrollados, tales como Estados Unidos, se ha despertado un gran interés por lo que algunos autores llaman el síndrome de la falsa memoria, que se basa en los modelos tomados de la psicología cognitiva y de las investigaciones sobre la estructuración de la memoria (Van Gijseghem, 1988). Este hecho minimiza la dimensión y la realidad de la existencia de los abusos.

Quecuty (1994) dice que desarrollar en los adultos la capacidad de escuchar y apoyar a los menores que revelan los malos tratos de que son objeto, es una acción fundamental en toda organización que se proponga ayudarles. Esto implica que todos los profesionales que pertenezcan al tejido no familiar del niño sean capaces, a través de una formación pertinente, de reconocer los signos y síntomas que constituyen los indicadores directos e indirectos del maltrato infantil.

Controlar una revelación significa escuchar lo que el niño nos dice, o bien, interrogarlo en relación con nuestras inquietudes de una forma no presionante y respetuosa. Dicha escucha aparece como una necesidad fundamental, en la medida en que los programas se desarrollan en colaboración con los sistemas judiciales. Puesto que la credibilidad del niño y la existencia de pruebas materiales son factores fundamentales para la acción de los tribunales de justicia, tanto para tomar medidas de protección como para abrir un proceso contra los padres abusadores, los profesionales nunca deben desestimar esta necesidad de una escucha no presionante (Quecuty, 1994)

Segunda Entrevista 30/6/06

Se vuelve a entrevistar a la paciente a solas, con el objeto de administrarle un test gráfico proyectivo: **Dibujo libre** que se adjunta (Anexo 1).

Como características relevantes se destaca que la menor presentaría desconfianza hacia las personas que la rodean, que siente presión y amenaza de figuras parentales. La niña expresa gráficamente que no cuenta con defensas adecuadas para enfrentar situaciones agobiantes y estresantes que atraviesa, manifestando angustia y tensión.

Tercera Entrevista 5/7/06

En base a los datos recogidos y como medida preventiva, se cita nuevamente a la madre en presencia de la médica pediatra. Se informa a la madre el resultado de las entrevistas con la niña. Se le pregunta si ha observado alguna actitud en su esposo que pueda llamar la atención, a lo que responde negativamente, agregando que su esposo es la única persona en quien confía el cuidado de sus hijos. Principalmente se desarrolla la entrevista con el objetivo de informar a la madre de la situación, refiriendo que existirían indicios de abuso sexual hacia la niña por parte del progenitor. Se le brindan algunos detalles de lo manifestado por la paciente. La progenitora manifiesta desconcierto y angustia y se sorprende ante tal posibilidad, ya que manifiesta compartir el lecho a diario con su hija por las noches.

Mientras tanto, se esperan los resultados del estudio parasitológico.

De acuerdo a Barudy (1998), en los casos de abusos sexuales intrafamiliares, frecuentemente se acusa a la madre, suponiéndola cómplice de su esposo y/o reprochándole su pasividad. La experiencia clínica ha conducido a relativizar la visión reduccionista de la madre siempre cómplice.

Cuarta Entrevista 10/7/06

Durante la entrevista se le comentó a la mamá de la situación en presencia de la niña

A su vez se intentó inducir a la paciente a que repita delante de su madre lo relatado sobre particularidades de los juegos que compartía con el padre. Para ayudar a la paciente en su relato, se hace una diferenciación entre -cocoquito bueno- y -cocoquito malo-. Su madre manifiesta angustia y alarma ante la situación “me estoy muriendo por dentro”, dice.

A continuación, la menor es retirada del consultorio. La madre reconoce que su hija dice la verdad y que le notó la mirada triste. Agrega que no le teme a su marido, y que hará lo que sea necesario. A su vez, descrea de la posibilidad de que su marido pudiera

abusar sexualmente de la menor. Refiere también que su esposo tuvo hace dos años, una relación extramatrimonial y que estuvo dos semanas ausente del hogar conyugal. A partir de entonces, manifiesta que la relación de pareja se deterioró.

Es cierto que la mayoría de estas madres subordinan sus necesidades a las de su marido, a causa de la singularidad de sus historias familiares, y por los componentes ideológicos transmitidos por el modelo patriarcal en que fueron socializadas. Pero también hay que reconocer que muchas reaccionan correctamente una vez que se enteran de los abusos de sus maridos, haciendo todo lo necesario para ayudar a la víctima (Barudy, 1998)

Para validar la presencia de abuso sexual, uno de los indicadores a considerarse que corresponden a la conducta del cuidador, es la experimentación de dificultades en su matrimonio y ausencias del hogar conyugal (Barudy, 1998)

Se procede a citar a ambos progenitores al Servicio, a los fines de mantener una entrevista conjunta en presencia de la jefa del servicio, la médica pediatra que atiende a la niña, una asistente social de la institución y la que suscribe.

Quinta Entrevista 14/7/06

Concurren al Servicio ambos progenitores. Se pregunta en primer lugar, si estuvieron hablando entre ellos sobre el tema, a lo cual la madre responde que se sienten desorientados.

Se les explica cómo se llegó a esta presunción, desde la primera entrevista con la pediatra de la paciente. La médica pediatra detalla lo que observó en la revisión médica: vulvo vaginitis y falta de himen. El padre se muestra sorprendido y escucha atentamente. La jefa del servicio explica que, a partir de las evaluaciones de la paciente, se tejieron distintas suposiciones, dejando claro que no se trata de una acusación.

El progenitor entonces manifiesta que siente mucha angustia, que evita contacto físico con la niña y que ante los pedidos de la misma de que le haga cocochito, el adulto se negó. La terapeuta le explica entonces la diferencia que se le detalló a la paciente entre los dos tipos de juego, uno con disfrute y el otro con dolor. El padre expresa que solamente le hace cocochito cuando la niña no quiere caminar, y que nunca tuvo lugar en la casa, sino solamente en la calle.

La pediatra presente explica que la lesión no mejora, y que la misma es compatible con un acto de penetración sexual vaginal.

El padre dice que está muy preocupado por la falta de himen, y que tal vez sea alguien perteneciente a su círculo, y que él lo va a descubrir, aunque tal vez su hija lo esté encubriendo.

La terapeuta explica que continuarán trabajando con la niña. El padre pide una entrevista conjunta con la hija. Refiere además que su esposa comparte el lecho con la paciente y que desearía que la niña fuera más concreta, que tal vez esté mintiendo.

Según Barudy (1998), los menores afrontan de manera brutal la visión concreta de la sexualidad adulta, percibida como diferente e impresionante, sin poseer los elementos que le permiten comprender tal diferencia. La confusión está reforzada por la ambigüedad del abusador, que trata en todo momento de normalizar las relaciones, o minimiza y banaliza las manifestaciones de sufrimiento de la víctima.

Un buen número de pacientes víctimas de incesto se defienden del horror abusivo a través de la no simbolización en la memoria de la experiencia, por lo que posteriormente tendrán dificultades para describir con detalles las circunstancias en las que sufrieron abusos. Estas constataciones clínicas se oponen a la lógica judicial, en donde lo que determina la veracidad del relato de la víctima es su capacidad para dar detalles de lo que ocurrió. (Barudy, 1998)

El proceso relacional que despliegan las víctimas corresponde al descrito por Summit (1983), bajo el nombre de síndrome de adaptación, que identifica cinco fases referidas particularmente al abuso intrafamiliar. Las dos primeras, la aceptación por parte de la víctima de la ley del silencio y la participación pasiva del niño en su abuso, se deben a su situación de vulnerabilidad y dependencia. Las otras tres corresponden a la aceptación de la situación, a la revelación tardía y no convincente, y a la retractación después de la divulgación que demuestran más bien una participación pasiva de la víctima. La víctima acepta la ley del silencio como una fuente de seguridad para ella y su familia. Además, el niño se siente investido de una forma culpabilizadora de un poder sobre su propia destrucción, o su propia supervivencia y la de su familia.

El sentimiento de impotencia procede de la dependencia, de la asimetría de las relaciones de poder, y del aprendizaje forzado de la sumisión impuesta por el adulto.

El padre indaga sobre cuáles serían los pasos a seguir. La Coordinadora del servicio le informa que no han realizado aún la denuncia ante las autoridades pertinentes, a lo que el progenitor responde que hagan lo que consideren necesario.

Sexta Entrevista 17/7/06

Tres días después, concurren al Servicio ambos progenitores con la niña. En primer lugar se entrevista a la niña a solas, quien manifiesta haber hablado con sus padres y que su papá le dijo que no le hará más cocochito malo. Dice que está mejor de su lesión, que le desapareció la sensación de ardor.

Después de la “denuncia”, el riesgo de retractación es grande. Todas las posibilidades de poder sacar al niño del infierno abusivo dependen de la manera en que los interventores externos a la familia, escuchen, asistan y protejan a la víctima y su revelación. La crisis provocada por la divulgación puede ser insoportable para todas las personas implicadas, y por eso se dirigen a la víctima mensajes directos e indirectos para obligarla a callar o retractarse. Estos mensajes tienen eco en las víctimas que callan o se retractan, sacrificándose con la ilusión de salvar una vez más, lo que se puede salvar, viéndose nuevamente aspiradas por una situación donde la soledad y la exclusión son su única realidad. La víctima se ofrece para mantener una vez más el equilibrio familiar y también el equilibrio del entorno social. Su retractación preserva la homeostasis familiar y la de los sistemas institucionales implicados. Las revelaciones han desencadenado tal revuelo que su retractación puede ser fácilmente vivida como un alivio, incluso a veces como la única actitud positiva y responsable (Barudy, 1998)

La paciente procede a ser evaluada mediante la técnica del test de **Bender** (Anexo 2) que arroja un resultado de parámetros normales para la edad de la niña. Dicha técnica permite establecer el nivel de maduración infantil de la visión gestáltica viso-motora. Proporciona una correcta estimación del desarrollo visomotor en general, que corre parejo al desenvolvimiento mental del niño.

A continuación se entrevista a los padres sin la niña, los que niegan haber hablado del tema con la hija. Se les explica a ambos que se elevará un informe judicial, a lo cual el padre asiente y agrega que concurrió a un psicólogo, ya que no se encuentra bien, y que quiere llegar al fondo de esta cuestión. Dicen ambos padres que no quieren que ningún

adulto entre en el hogar, que han hablado con los hijos mayores para que no dejen sola a la niña.

Luego de esta entrevista, en vista de la actitud del padre, se decidió conjuntamente con la asistente social que estuvo presente, posponer provisoriamente la denuncia judicial. Se comunica telefónicamente la decisión a la madre.

Séptima entrevista 24/7/06

Se entrevista una semana después a la menor, quien cuenta que sus padres hablaron con ella del tema, preguntándole si alguien le hacía algo o la tocaba, a lo cual la niña respondió negativamente. Se le pide que explique en qué consiste el juego de cocochito que comparte con su padre. La menor detalla que el padre la coloca sobre sus hombros, y después para bajarla, la tira hacia atrás en la cama, pero a ella le duele la cola porque la tengo lastimada y no puede abrir bien las piernas. Se le pregunta si se encuentra vestida durante el juego, a lo que asiente, y que su padre también. Dice que la madre a veces presencia esta actividad compartida, porque en ocasiones juegan así en el living del hogar.

Se procede a administrar el test de **Casa, Árbol y Persona** – HTP- (anexos 3, 4,5) y **Dibujo de una Familia** (anexo 6).

Dibujo de Casa, Árbol y Persona: se ha comprobado que la casa, como lugar de vivienda, provoca asociaciones con la vida hogareña y las relaciones intrafamiliares. Si se trata de niños, pone de manifiesto la actitud que tienen con respecto a la situación en sus hogares y a las relaciones con sus padres y hermanos. En cuanto al árbol y a la persona, ambos conceptos captan la imagen corporal y el concepto de sí mismo. El dibujo del árbol parece reflejar los sentimientos más profundos e inconscientes que el individuo tiene de sí mismo, en tanto que la persona constituye el vehículo a la conciencia y de las relaciones con el ambiente (Hammer, 1969).

Árbol: a- el tronco representa la sensación que la persona tiene acerca de su poder básico y de su fortaleza interna; b- la estructura de las ramas representa la capacidad que se siente poseer para obtener satisfacciones del medio; c- la organización total del dibujo cómo siente el individuo su equilibrio intrapersonal.

En el caso en cuestión, pudo observarse:

Tronco: Se observa cierta presión en el trazo de las líneas periféricas, revelando una necesidad de mantener la integridad de su personalidad.

Raíces: la ausencia de raíces indicaría que la paciente no presenta contacto con la realidad.

Ramas: las ramas representan los recursos que el individuo siente poseer para obtener satisfacciones del medio, para extenderse hacia los demás. Con respecto al concepto que el individuo tiene de sí mismo, constituyen un símil más inconsciente de los brazos en el dibujo de la persona. En este caso no se han dibujado ramas, lo cual indicaría una dificultad de la niña para establecer contacto con los demás, para relacionarse.

Línea del suelo: la relación entre el dibujo -casa, árbol y persona- y la línea del suelo, revela el grado de contacto del examinado con la realidad. La ausencia de línea de suelo en los tres dibujos señala el escaso registro de realidad práctica de la paciente un intento por mantener la personalidad apartada e inaccesible.

Casa: se puede decir que generalmente representa alguna de las siguientes entidades: a- la imagen de uno mismo: área de la fantasía, yo, contacto con la realidad, accesibilidad y b- la percepción de la situación familiar; pasado, presente y futuro deseado.

Chimenea: el tamaño y emplazamiento, junto con las demás características del dibujo indican un ajuste de normalidad.

El *techo* grande con respecto al resto de la casa, señala a una persona inmersa en la fantasía y apartado del contacto interpersonal manifiesto. Se puede señalar que el tamaño del techo refleja el grado en que el individuo dedica su tiempo a la fantasía y en que recurre a ella en búsqueda de satisfacciones.

La ausencia de *puerta* indica dificultad a establecer contacto con el ambiente, un alejamiento del intercambio interpersonal, inhibición de la capacidad de relación social.

Ventana: Representan un medio secundario de interacción con el ambiente. El agregado de cortinas expresa la necesidad de apartarse y una extrema reticencia a interactuar con los demás. El emplazamiento de la ventana, muy por encima de la línea de planta baja de la casa, refiere a ajuste de normalidad.

Perspectiva: Las personas que se sienten rechazadas e inferiores en la situación familiar, dibujan la casa como si el observador estuviese abajo y la mirase hacia arriba. Se mezclan sentimientos de desvalorización, de inadecuación y una baja autoestima; consideran inalcanzable la felicidad hogareña.

Persona: el dibujo de la persona puede motivar: a. el autorretrato, b. el ideal del yo y c. la representación de personas significativas para el sujeto, padres, hermanos, etc.

Relación entre el tamaño del dibujo y el espacio gráfico disponible, puede vincularse con la relación dinámica entre el individuo y su ambiente y /o figuras parentales. El tamaño expresa cómo responde el individuo a las presiones ambientales. Dado que la figura representativa del concepto de uno mismo es pequeña, señalaría que la paciente se siente pequeña – inadaptada- y que responde a los requerimientos del ambiente con sentimientos de inferioridad.

Cabeza: tamaño y características proporcionados con respecto al tronco.

Ojos: la ausencia de pupilas indicaría un grado de inmadurez emocional, egocentrismo, negación de sí mismo o del mundo. Dependencia materna y vaciedad.

Boca: la línea cóncava señala rasgos de complacencia y pasividad.

Cuello: parte del cuerpo que coordina lo que siente con lo que piensa. En este caso la ausencia de cuello revelaría desconexión entre lo racional y lo emocional.

Cuerpo: la forma triangular expresaría inmadurez afectiva.

Extremidades: asimétricas, señalan impulsividad, coordinación pobre y falta de equilibrio.

Manos: el dibujo muestra asimetría, la mano izquierda en forma de puño cerrado muestra fortaleza, agresividad, manera de sostener las defensas, retracción. La mano derecha, en forma de manopla, señala un grado de torpeza y falta de sutileza.

Pies: el tamaño pequeño refiere a un sentimiento de inseguridad en mantenerse en pie y alcanzar metas.

Dibujo de la Familia:

Esta técnica consiste en entregar al examinado lápiz y papel y pedirle simplemente que dibuje una familia. La utilización de esta técnica es muy popular con niños, ya que es de fundamental importancia conocer la relación de éstos con los padres y los hermanos, y para evaluar de modo individual la modalidad vincular predominante (Hammer, 1969).

La forma en que se incluye la paciente en la constelación familiar, periférica, señalaría que siente estar fuera de la interacción familiar, cierta sensación de aislamiento y rechazo. Al repetir su propia figura cuatro veces, estaría revelando rasgos de egocentrismo y narcisismo. El tamaño y la edad del chico dibujado parecen coincidir con las de ella misma, lo mismo que el tamaño de ambas figuras parentales y de su hermana. En cambio, la figura de su hermano, en edad adolescente, 16 años, de igual tamaño que el examinado, señala una falta de discriminación de la diferencia evolutiva entre ambos, como si se tratara de un par.

Reconoce la diferencia de género, el carácter masculino de su hermano, ya que la vestimenta es igual que la de su padre, diferente a la de las integrantes femeninas de la familia, que a su vez se visten de la misma manera. Se dibuja a sí misma más cerca de la figura materna, aunque no al lado, y de su hermana. En la misma producción incluyó el gráfico de la familia y su autoimagen kinética, como si desdoblara su yo.

La ausencia de comunicación emocional de los padres con los hijos está manifiesta, ya que no comparten el mismo plano. A su vez, de la observación surge en escala descendente, que de la figura paterna hacia abajo ubica a su hermano y a su amiga, integrada emocionalmente como parte de la familia. La figura materna resume a la madre y a la hermana, ya que a una misma persona le adjudica dos nombres. La omisión de la figura de su hermana denotaría que la paciente sufre de aguda rivalidad, intentando eliminar en forma simbólica la competencia que la abruma, excluyendo de la unidad familiar a las figuras competitivas. Los ojos de las figuras parentales, y su hermana, denotan rasgos de agresión, lo mismo que en uno de sus autorretratos. El cabello de la amiga también denota rasgos agresivos.

Octava entrevista 31/7/06

Se entrevista a la hermana de trece años, quien expresa que no tiene mucha relación con la paciente. La describe como muy pegota de su madre y su padre, mimosa y

caprichosa, que siempre fue de inventar cosas. Expresa que la niña llora frecuentemente por las noches y que sólo se detiene cuando acude su madre, quien siempre duerme con la paciente.

En la misma semana los padres se comunican con el Servicio para expresar que el hermano de la paciente observó que varones de grados superiores entran al baño de mujeres del colegio al cual concurren ambos menores.

Novena entrevista 7/8/06

Concurren al Servicio la madre y la paciente. La madre relata que concurrió a la institución escolar para hablar con la directora y ponerla sobre aviso con respecto a la situación de la niña. Como medida preventiva, la dirección de la escuela dispone que un adulto controle el ingreso al baño de mujeres, como también se preste especial atención a lo que ocurre durante el recreo en los patios escolares.

La denuncia del abuso sexual fuera de la familiar supone una perturbación de tal intensidad que pone en peligro la homeostasis familiar y también los sistemas institucionales que rodean al niño -sistemas que él escoge para depositar su secreto- (Barudy, 1998)

La paciente confirma que algunos varones del colegio entraban ocasionalmente al baño de mujeres. Al ser indagada, niega haber atravesado alguna situación de abuso. Asimismo relata que en la escuela pusieron seguridad y que la vigilan solamente a ella. Durante el diálogo, la niña comenta que durante la noche debe rascarse los genitales para aliviar la picazón ya que la crema que le recetaron no la calma.

La madre por su parte confirma lo dicho por la niña, agregando que ambos padres dispusieron que en la casa no la dejen sola nunca. Trae un nuevo informe médico donde se registra nuevamente el diagnóstico de vulvo-vaginitis.

Se procede a evaluar a la menor mediante la técnica **Dibujo de una Persona bajo la Lluvia** (anexo 7).

Por medio de esta técnica se intenta lograr un retrato de la imagen corporal bajo condiciones desagradables de tensión ambiental representadas por la lluvia (Hammer, 1969). La persona bajo la lluvia, agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes

latentes. Se analizan: los recursos expresivos, el contenido, las expresiones de conflicto en el dibujo y los mecanismos de defensa (Querol, 2004)

El análisis de los *recursos expresivos* revela:

-El **tamaño** mediano, relativamente pequeño, denota una personal bien ubicada en el espacio con una tendencia a la timidez, temores e inseguridad (Querol, 2004).

-El **emplazamiento** del dibujo se realizó en el margen superior de la hoja. Se considera a la hoja como el espacio en que se mueve la menor, lo que dará cuenta en qué lugar se ubica o dónde se siente cómodo. La ubicación indica una personalidad con tendencia alegre, noble, espiritual e idealista.

-La **presión del trazo** revela el grado de firmeza o tensión de las actitudes personales, o el grado de vitalidad o seguridad con que la persona se desenvuelve. Implica la profundidad y el relieve del impulso vital (Querol, 2004). En este caso las líneas curvas que se rectangularizan en la nube indicaría que la paciente no se permite las emociones, bloqueo afectivo y supresión de afectos.

-La **velocidad normal** de la ejecución, sugiere un dibujo espontáneo y continuo (Querol, 2004).

- La **secuencia** fue la normal, es decir, comenzó por la cabeza, continuando por el cuerpo, y concluyó con el paraguas y la lluvia.

En el *análisis de contenido* se aprecia:

-La **orientación** de frente, parece ser un indicador de disposición a enfrentar el mundo que se le presenta, con un comportamiento presente.

- El **repaso de líneas**, refleja un alto monto de ansiedad. Le resulta difícil planificar la tarea, como asimismo revelaría un bajo nivel de tolerancia a la frustración (Querol, 2004).

-El **dibujo de una nube** grande, revelaría tendencias psicossomáticas. Pareciera que las nubes son dibujadas por niños que no se atreven a golpear a otros, y que en cambio dirigen la agresión contra sí mismos. La hipótesis de

Koppitz (2003) es que el niño se siente amenazado por el mundo adulto, en especial los padres.

-La **lluvia** en forma de lágrimas denota angustia y autopercepción de hostilidad del ambiente. El estilo torrencial de la lluvia indicaría que la niña percibe mucha presión, una situación muy estresante, agobiante, como si no hubiera defensa que alcance. A su vez, el hecho que la lluvia cae solamente sobre su cabeza reforzaría la percepción de exceso de presión sobre su persona (Querol, 2004)

-El **paraguas**: *el emplazamiento del paraguas hacia el lado derecho*, indica que la menor se defiende del ambiente, teme a la exposición social y presentaría un grado de desconfianza hacia las personas que la rodean, y defensas contra la figura paterna (Querol, 2004).

demarcación de las varillas indica tendencia hacia la fabulación, a crear historias falsas, a mentirse a sí misma.

el paraguas muy chico con respecto al tamaño de la persona indica defensas lábiles dejando a la persona expuesta a las presiones del medio. Es señal de conflicto, dificultad en las relaciones interpersonales o con figuras de autoridad.

el mango del paraguas remarcado indica falta de plasticidad, necesidad de aferrarse a algo aunque sin saber si le sirve como defensa (Querol, op.cit.)

Partes del cuerpo:

-La **cabeza** grande, desproporcionada con respecto al cuerpo, indica deseo de poder, vanidad, narcisismo, autoexigencia, dificultades para el aprendizaje y perseveración de ideas.

-Los **ojos** sin pupilas serían indicadores de inmadurez emocional, egocentrismo, negación de sí misma o del mundo y dependencia materna.

-La longitud del **cuello** representa desarmonía entre el intelecto y las emociones.

-Los **hombros** anchos sugieren una fachada de seguridad, sobre compensación de sentimientos de inseguridad o inadaptación, y una tendencia a carácter dominante y autoritario.

-El tamaño pequeño de los **pies** denotaría inseguridad de mantenerse en pie, de alcanzar metas (Querol, 2004).

En conclusión, la paciente se presenta como una niña bien ubicada en el espacio con una tendencia a la timidez, temores e inseguridad. Su personalidad tiende a ser alegre e idealista. Se muestra tranquila y con control de sí misma, no se permite la expresión de emociones por posible bloqueo afectivo, supresión de afectos. Revelaría asimismo una tendencia a contraer enfermedades psicosomáticas y que percibe cierta hostilidad del ambiente, se defiende y teme a lo social por desconfianza de las personas que la rodean. En el dibujo revela una actitud defensiva contra la figura paterna.

Es una nena con tendencia a la fabulación. También se destaca cierta desarmonía entre intelecto y emociones, disimulado creando una fachada de seguridad para compensar sentimientos de inseguridad o inadaptación. Su carácter tiende a ser dominante y autoritario.

Con fecha **11/8/06** se realiza una reunión interdisciplinaria en el Servicio de Psicología, a la cual concurren la terapeuta, la asistente social y la médica pediatra. En virtud de que a partir de la evaluación psicodiagnóstica y de la información resultante de las entrevistas, no existirían indicios de abuso sexual intrafamiliar o extrafamiliar, y del último informe médico donde se confirma que la niña continuaría con la afección ginecológica, el equipo tratante sugiere la necesidad de convocar a un especialista en ginecología infantil porque la picazón y la irritación subsisten aun después del tratamiento médico indicado por la pediatra del Hospital, que no estaría dando resultados luego de casi tres meses.

Dicho especialista, quien trabaja conjuntamente con una infectóloga infantil en la misma institución hospitalaria, decide realizar nuevos exámenes físicos, por lo cual cambian la medicación. A partir de la revisión se determina que, contrariamente al diagnóstico anterior, la menor presenta condiciones anatómicas de su himen normales de acuerdo a su edad, lo cual descartaría la sospecha de penetración vaginal.

El día 15 de agosto de 2006, la jefa del servicio convoca a una reunión a la paciente junto con sus padres, en la cual la madre informa que la lesión ginecológica mejoró considerablemente a partir del nuevo tratamiento médico.

En este punto se procedió a explicar a la familia el fundamento ético que impulsó el procedimiento para determinar o descartar la existencia de abuso sexual, a partir de la consulta pediátrica por la lesión vaginal de la menor. Al respecto se psicoeducó a la familia sobre la prevalencia significativa de casos de violencia y abuso sexual familiar, lo que fundamentó una intervención terapéutica preventiva y veloz, y que en este aspecto la función del psicólogo fue diagnóstica. Se explicó que en la peritación de los menores se trata de determinar si han sido víctimas de abuso, el estado psicológico que presentan y evaluar el riesgo para los menores, aspectos que justificaron cada uno de las etapas del proceso por el que atravesó el grupo familiar.

A su vez se explicó que el psicólogo en este ámbito tiene una función preventiva con respecto al padecimiento y posibles consecuencias deletéreas para ese grupo familiar y sus integrantes, a consecuencia de la conflictividad que presenta, ya que de acuerdo al curso de acción que el profesional decida tomar en la intervención, puede o no judicializarse el caso, o postergar acciones legales, y ambos supuestos conllevan probables riesgos. En el primer supuesto, de apresurarse antes de tener indicadores ciertos de confirmación, puede estigmatizarse al miembro de la familia sospechado del delito, y producir una crisis grave en el sistema familiar y subsistemas conyugal y parental. De actuar de acuerdo al segundo supuesto, el peligro reside en que el menor continúe expuesto a situaciones aberrantes adversas y el daño psicofísico tome proporciones aún mayores.

Se facilitó el diálogo en torno a la reparación de la presunta víctima y la exoneración de los adultos –el presunto abusador directo y presunta madre no protectora. Se tuvo en cuenta además, a partir de la crisis familiar desatada luego del develamiento de la sospecha, favorecer una renegociación de la relación conyugal e interacciones parentales a fin de asegurar un buen funcionamiento familiar en el que los derechos y el bienestar de cada miembro sean respetados. La familia respondió desde el primer momento en forma positiva a la intervención terapéutica, aceptándola y participando activamente a lo largo de todo el proceso.

5. CONCLUSIONES

El caso que se detalla en el presente trabajo expone el recorrido de los profesionales y la paciente junto con su familia, de distintas etapas de un proceso con el objetivo de determinar la existencia o descartar la sospecha de abuso sexual infantil que se origina a

partir de determinados indicadores físicos detectados por la médica pediatra de la niña. Como en todo caso de peritación de niños, se tuvo especial cuidado desde lo humanamente posible, dados los recursos disponibles, de no incurrir en prácticas o intervenciones que tiendan a posicionar al menor en espacios poco convenientes que la coloquen en situación de tener que decidir cuestiones propias de los adultos, o que la enfrente a un conflicto de lealtades para con sus padres.

La posición del psicólogo no queda atrapada en determinar la cuestión de que se trata, en términos de lo verdadero o lo falso, sino en términos de lo que ocurre en cada grupo familiar en particular. De ese modo, el psicólogo toma distancia de lo imaginario de la situación para poder pensar quién habla en tanto sujeto, desde qué versión de los hechos.

La tarea del psicólogo puede conceptualizarse como preventiva en relación a evitar o disminuir las probabilidades de que la problemática se traslade al fuero penal, y se aumenten las secuelas físicas y psíquicas del menor, o, efectuar la denuncia pertinente, si fuera necesario.

Se puede apreciar en el relato de la intervención, la premura y la dedicación con que la coordinadora del Servicio instrumentó y articuló el trabajo de los distintos profesionales que formaron parte de este proceso.

Es importante tener en cuenta las limitaciones del contexto donde se desarrolla la intervención.

En el ámbito que compete al presente trabajo, la función diagnóstica en un caso de sospecha de abuso sexual infantil en el Servicio de Psicología de una institución pública, sería relevante que existieran programas de intervención que ofrezcan condiciones y respuestas más efectivas en prevención y tratamiento de abuso sexual infantil, para la víctima, su medio familiar, el exosistema, -por ejemplo: la escuela- y para los profesionales intervinientes.

La disponibilidad horaria de los profesionales es uno de los obstáculos que se deben sortear para entrevistar y trabajar con las familias de los pacientes. El Servicio de Psicología, así como en la mayoría de las instituciones de esta naturaleza, atiende pacientes en el horario de la mañana hasta el mediodía solamente, lo que hace que muchas veces se pospongan las entrevistas. Atendiendo la realidad socioeconómica de

la población que acude a esta institución, y los horarios de trabajo que muchas veces ambos padres deben cumplir, esta limitación horaria institucional favorece indirectamente la resistencia que los padres a veces tienen para asistir en estos procesos. Así cuando el/los progenitores esgrimen argumentos de imposibilidad de concurrencia a las entrevistas porque deben faltar al trabajo -lo que ocurre con frecuencia-, es difícil para los profesionales determinar si se trata de una actitud renuente con el proceso, lo que podría leerse como un indicador, o si, aplicando el sentido común, se trata de una realidad limitante de la familia.

Retomando lo que se expuso en la introducción del presente trabajo, en la que se detallaron las limitaciones de recursos materiales de los hospitales públicos, lo cual favorece la desorganización de la información del caso, en las presentes condiciones de trabajo, este obstáculo sólo puede salvarse con el esfuerzo personal y la buena voluntad de algunos profesionales, y en gran medida a veces también depende de cuestiones meramente azarosas. En el área específica de intervención del que este trabajo se ocupa, se propone la integración del modelo ecosistémico aplicado, con el modelo integrativo de Corsi.

Las vías por las cuales se accede a tal información pueden ser múltiples y la metodología que se utilice para obtener los datos que permita elaborar una evaluación para el diagnóstico, va a depender del estilo de cada terapeuta y de los recursos técnicos que sintonicen con dicho estilo: entrevistas, autobiografía del paciente, cuestionarios, técnicas proyectivas, entre otras opciones. La diversidad de vías es importante para obtener la mayor cantidad de datos posibles en el menor tiempo, para proceder rápidamente al descarte o confirmación de la sospecha de abuso sexual. De tal decisión dependerá tomar las medidas necesarias: intervención a la justicia y medidas de protección para el menor- si se confirma la sospecha-, o exoneración de la familia y reparación del daño que produce el develamiento de la sospecha no confirmada en el sistema familiar y conyugal, como ocurrió en el caso que nos ocupa.

En las instituciones públicas, distintos profesionales del Servicio de Psicología atienden las entrevistas y se ocupan de tomar las pruebas y tests de un mismo caso; la forma de consignar los datos no está sistematizada. Por tal motivo, a la hora de evaluar la información recogida, aparecen obstáculos como ilegibilidad de los informes, pérdida de material, dispersión de datos, falta de criterios consensuados y organizados para

dirigir la búsqueda de indicadores de la sospecha del abuso. Al asentar los datos en una determinada estructura predeterminada, se facilitaría la lectura, interpretación y evaluación de la información, y se evitaría la repregunta que en muchas ocasiones se incurre. Además, cada profesional interviniente tendría acceso rápido a los antecedentes hasta la fecha, visualizando las distintas áreas en las que se indagó a la víctima y su familia. A los efectos de organizar la información que el paciente y su familia proporcionan a partir de las entrevistas, el modelo propone la utilización del cuadro de evaluación multidimensional que se detalla en tabla 1. Dicho cuadro nos permite organizar en forma sistemática la información obtenida, de modo de visualizar rápidamente cuáles son los aspectos problemáticos que pueden ser identificados en cada sistema y dimensión, y evaluar en cada nivel cuáles son los aspectos positivos, que pueden ser definidos como potenciales de salud, o recursos con que cuenta la persona y su familia.

Tabla 1. Cuadro de Evaluación Multidimensional

Nivel	Recursos	Aspectos Problemáticos	Metas Terapéuticas
<i>Macrosistema</i>	.		
<i>Exosistema</i>			
<i>Microsistema</i>	.	.	
<i>Dimensión conductual</i>			
<i>Dimensión cognitiva</i>			
<i>Dimensión interaccional</i>			
<i>Dimensión psicodinámica</i>			

En este modelo, al tiempo que se orienta la búsqueda hacia aspectos problemáticos para la evaluación del caso, es importante consignar datos de los recursos positivos del sistema familiar y la víctima. La gravedad de la situación obliga a una urgencia de la intervención para minimizar en lo posible secuelas del caso, y, en tal sentido, cuando se comienza el trabajo psicoterapéutico luego del diagnóstico del caso, la disponibilidad inmediata de aspectos problemáticos y recursos positivos del paciente y su sistema familiar, facilitaría la dinámica del proceso terapéutico.

De esta manera, tal vez resaltarían más claramente contradicciones, confirmaciones, atenuantes, y asimismo aspectos no indagados que podrían ser relevantes de una manera organizada. El estrés al que son sometidos los profesionales que atienden estas problemáticas, podría ser reducido en cierta forma, ya que este recurso facilitaría el trabajo.

El abordaje de los casos de abuso sexual infantil se ha ido modificando a lo largo del tiempo, en forma despareja según las distintas sociedades. En países como el nuestro, donde las condiciones socioeconómicas son adversas, las limitaciones que se imponen en estos procesos de diagnóstico muchas veces incrementan el daño psíquico producto del trauma original, lo que dada la temprana edad evolutiva, se constituye en un factor predictor de vulnerabilidad para ulteriores trastornos de personalidad y/o conducta.

En 1950, el informe Kinsey fue el primer informe científico sobre las verdaderas prácticas sexuales de niños y adultos. A partir de los años 70, hay un auge en la producción de bibliografía e investigaciones sobre violencia familiar y se estudia el impacto psicopatológico del maltrato infantil y el abuso sexual.

En la década del 80 se incrementa la concientización social de este delito, y Finkelhor (1986), estudia por primera vez los modelos explicativos de los agresores y los distintos factores de vulnerabilidad en el contexto de la víctima.

Como consecuencia de la difusión de la información, se tiende a caer en ocasiones en la sobrediagnóstico de casos y surge la necesidad de una subespecialización en salud mental que se denomina Psicotraumatología.

Las estadísticas muestran que el abuso sexual infantil es un delito aberrante y su tasa de prevalencia e incidencia constituye un grave problema social que afecta la salud pública. El daño psíquico resultante depende de varios factores, entre los cuales a modo

no taxativo, se encuentran los siguientes: que el abuso se prolongue en el tiempo, que se detecte, precozmente, la cercanía del vínculo entre el agresor y la víctima.

Las consecuencias afectan la constitución de la identidad psíquica, su personalización como sujeto de derecho y perteneciente a una cultura, e implica abandono emocional grave si el agresor pertenece al círculo cercano afectivo en el cual el niño confía. Además el abuso sexual infantil se constituye en factor predictor de vulnerabilidad para trastornos de personalidad como el border y patologías disociativas. El trauma atraviesa en muchos casos la cadena intergeneracional, ya que frecuentemente la víctima se identifica con el agresor y actúa el mismo hecho en su adultez del que fue víctima en su infancia. Hoy existen instrumentos psicométricos que estudian la disociación, efecto habitual producto de estos abusos y la memoria traumática.

Entre las secuelas físicas, con frecuencia el neurodesarrollo se ve afectado en tal medida que el cerebro del niño antes del episodio es distinto al que arrojan los exámenes luego del mismo. En la actualidad se cuenta con herramientas tales como estudios de resonancia magnética que miden el volumen del hipocampo, pruebas de laboratorio que detectan el nivel de cortisol en sangre, entre otros, ya que se ha investigado que luego de este tipo de abusos se altera el sistema de inhibición conductual de los menores.

Estas herramientas permiten analizar indicadores compatibles con cuadros de abuso desde distintos abordajes, sin basarse casi exclusivamente en el relato de la víctima y en los tests proyectivos.

Como hemos visto anteriormente, otra consecuencia de someter al menor repetidamente a entrevistas para recabar datos que permitan confirmar o descartar la sospecha, es el llamado síndrome de acomodación, cuando el niño se retracta del relato original de los hechos, porque piensa que no creyeron en su versión, o porque se inmoló para proteger a sus padres, luego que comienza a entender que una de las consecuencias que deriva de su relato será el desmembramiento de su familia. Esto constituye una victimización secundaria, ya que ocurre como consecuencia del efecto de hostilidad en el medio, cuando el entorno no puede contener al menor.

Antes que se determine si un caso se eleva a una instancia judicial o no, como en el caso que ocupa el presente trabajo, se necesita contar con una gran cantidad de indicadores de la ocurrencia del abuso, que luego será probada en los tribunales, certezas que como

se ha visto aquí, se basan en gran medida en el relato de la víctima. Por lo tanto se considera importante además, que los profesionales a cargo del Servicio de Psicología de instituciones públicas, donde se atienden este tipo de casos con alta frecuencia, reciban formación en lo que se llama psicología del testimonio. Dicha línea de investigación pretende analizar, demostrar y establecer la fiabilidad y validez del testimonio de un menor supuestamente abusado sexualmente. Se pueden detectar indicadores compatibles con fabulación, delirio paranoico con premisas verosímiles, falso alegato, y características para validar un alegato verbal. En este sentido el hecho de que la presunta víctima siempre refiera el hecho de igual manera constituye, por ejemplo, un indicador de falso alegato, ya que la memoria es interpretativa y permanentemente reconstruye, por lo que al volver a relatar un episodio, se quitan y agregan indicadores como colores, olores, sonidos, lo cual valida el testimonio, ya que no altera la consistencia lógica narrativa.

Dado que la estructura psíquica ha de transmitirse siempre de generación en generación a través del estrecho conducto de la infancia, las prácticas de crianza de los niños de una sociedad no son simplemente uno entre otros rasgos culturales. Son la condición misma de la transmisión y desarrollo de todos los demás elementos culturales e imponen límites concretos a los que se puede lograr en todas las demás esferas de la historia. Para que se mantengan determinados rasgos culturales se han de dar determinadas experiencias infantiles, y una vez que esas experiencias ya no se dan, los rasgos desaparecen (de Mause, 1994).

De acuerdo con este autor, la teoría psicogénica de la historia comienza con una teoría general de que la fuerza central del cambio histórico, no es la tecnología ni la economía, sino los cambios psicogénicos de la personalidad, resultantes de interacciones de padres e hijos en sucesivas generaciones.

Los avances culturales han influido indudablemente en las relaciones paterno-filiales.

Aun así, según lo demuestran las estadísticas en la actualidad un número importante de menores en la Argentina y en el mundo, sufren abusos sexuales y son víctimas de violencia familiar.

El relato del niño es valorado como verosímil por parte de gran parte de las leyes vigentes en países europeos, en los Estados Unidos y en Canadá, y comienza a serlo en los tribunales argentinos.

Es importante establecer que constituye una utopía suponer que en el corto o mediano plazo se puedan delinear políticas comunitarias con programas que incluyan lo expuesto precedentemente. Ante la realidad que se refleja en el análisis del caso planteado, se oponen estas sugerencias para mejorar prácticas en el ámbito de la salud mental, con el propósito de incrementar la conciencia de la necesidad de tomar medidas, y contribuir a una síntesis dialéctica que ofrezca condiciones más elevadas de bienestar para la infancia.

6. BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1980). *Manuel de Psychiatrie Infantile* en Vázquez Mezquita, B. (1995): *Agresión Sexual. Evaluación y Tratamiento en Menores*. (p.p.12-19). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Alonso Quecuty, M. (1994), *Psicología Forense Experimental, Manual de Psicología Jurídica*. Barcelona: Masson.

Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. Buenos Aires: Paidós.

Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil: ecología social: prevención y reparación*. Santiago de Chile: Galdoc

Bender, L. (1969). *Test gúestáltico visomotor*. Buenos Aires: Paidós.

Bertelli, M & Fontana, B. (1999). *Abuso sexual infantil*. En Publicación auspiciada por La Secretaría de desarrollo Social y la Fundación Armonía, Violencia Familiar (pp.108-112). Buenos Aires: CCC División Gráfica.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Corsi, J. (1994). *Violencia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Código Civil Argentino y Leyes Complementarias (1995). Buenos Aires: AZ Editora.

Corsi J. & Ferreira G. (1997): *Manual de Capacitación y Recursos para la Prevención de la Violencia Familiar*. Buenos Aires: Secretaría de Desarrollo Social.

Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Buenos Aires: Paidós.

Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Paidós.

De Mause, L. (1994). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza.

DSM-IV (1995): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson

Ey, H.; Bernard P. & Brisset Ch. (1978), *Tratado de Psiquiatría*. (pp. 206). Barcelona: Toray-Masson.

- Finkelhor, D. (1986), *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills: Sage.
- Glaser, D. y Frosh, S. (1988), Suspicion and Disclosure: initial professional responses.
En B. Vázquez Mezquita (1995): *Agresión Sexual. Evaluación y Tratamiento en Menores*. (p.p 12-19) Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores. S.A.
- Hayez, J.Y. (1992): Les abus sexuels sur des mineurs d'age: inceste et abus sexuel extrafamilial en Vázquez Mezquita, B. (1995): *Agresión Sexual. Evaluación y Tratamiento en Menores*. (p.p 12-19) Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores. S.A.
- Hammer. E.F. (1969). *Tests proyectivos gráficos*. Buenos Aires. Paidós.
- Kempe, R.S. y Kempe, C. (1978). *L'Enfance torturee*. Bruselas: Mardaga.
- Koppitz, E.M. (1999). *El test giestáltico visomotor para niños*. Buenos Aires. Guadalupe.
- Koppitz, E.M. (2003). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Ochotorena, J. y Arruabarena M. (1996): *Manual de protección infantil*. Barcelona: Massón
- Querol, S.M. y Chávez Paz, M. (2004). *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar
- Tesone, J. (2004) ,28 de Noviembre: Una mirada a la realidad sobre maltrato infantil. *La Nación*. p.15
- Vázquez Mezquita, B. (1995). *Agresión Sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo Veintiuno.

7. ANEXOS

Se adjuntan a continuación los siguientes anexos, tal y como se administró a la paciente del caso clínico del presente trabajo. (Anexos 1 al 7).

ANEXO 1. DIBUJO LIBRE

ANEXO 2. TEST DE BENDER

ANEXO 3. DIBUJO DE LA CASA

ANEXO 4. DIBUJO DEL ARBOL

ANEXO 5. DIBUJO DE LA PERSONA

ANEXO 6. DIBUJO DE LA FAMILIA

ANEXO 7. PERSONA BAJO LA LLUVIA