

Mesa Redonda: VIOLENCIA FAMILIAR**Tema: Violencia vincular: grupo familiar abusivo sexual****Autora: Dra. María Kuitca****Fecha: Viernes 8 de Abril**

La humanidad ha hecho un largo recorrido hasta poder aceptar los cambios que le permitieran reconocer el derecho de un niño a ser reconocido en su subjetividad o sea en sus necesidades y sentimientos a lo largo de su desarrollo y que no haber hecho esto constituía mal tratarlo.

Breve síntesis histórica del Síndrome de Maltrato infantil (SNM); mencionaremos a: 1860 Ambroise Tardieu (Francia) que describe el SNM, sin obtener respuesta social alguna.

1946 John Caffey (USA) radiólogo, describe sus observaciones como "fracturas múltiples en niños que sufren hematomas crónicos subdurales".

1962 Henry Kempe (USA) describe el "Síndrome de Battered Child" y propone una secuencia en las etapas de concientización de la sociedad: la 1ra. sería de negación (solo serían maltratadores los psicóticos, alcoholizados, etc); en la 2da. se reconoce el maltrato físico grave; en la 3ra. se agrega el reconocimiento de la negligencia; en la 4ta. se reconoce el maltrato emocional, en la 5ta se reconoce el abuso sexual. Actualmente agregaríamos una 6ta etapa a partir de la "Declaración de los derechos del niño" en 1989 por la ONU.

Qué comprende el SNM. Es un hecho clínico que se describe clásicamente en cuatro formas, a saber: el maltrato físico ppd., con evidencias externas, y/o evidencias internas observables tecnológicamente.

Como maltrato por negligencia generalizada que conduce al retardo del crecimiento.

Como maltrato emocional: siendo el niño rechazado, aislado dentro de su medio familiar y social, aterrorizado, mantenido en pobreza cultura.

Como maltrato por abuso sexual, considerado todo tipo de contacto físico proximal o distal inadecuado e incompatible con el desarrollo psicosexual normal del niño. El abuso sexual, Junto con el maltrato emocional son las dos formas de mas difícil detección directa.

En cuanto al enfoque psico-social, la educación correctiva violenta sigue siendo aceptada; la educación sexual, en cambio, es aún discutida en alto grado; llama la atención que en esta aceptación actual se vuelve compulsivamente a victimizar a los niños con programas televisivos, películas, publicaciones, donde se denigra el rol subjetivante de una buena sexualidad.

Estadística: mundialmente se reconoció que el maltrato ocurre 30% en bebés, 60% en niños de baja edad, 10% en latentes. En cuanto a la atención institucional, un 50% de reinternaciones hablaría de deficiencia institucional.

Diagnóstico del ASI. Es el aspecto más dificultoso del tema; no hay diagnósticos fáciles fuera de algunos signos. Tratamos con objetos indirectos y necesitamos estrategias indirectas y mediatizadas. Solamente el 30% de niños abusados tienen síntomas confirmatorios (lesiones genitales, enfermedades venéreas, embarazo); en el resto buscaremos indicadores psicossomáticos interrelacionados y el elemento indirecto fundamental será proporcionado por el estudio psicopatológico de la familia y del niño con la flia. Las causas de error diagnóstico son: no pensar en posible maltrato, negar el síndrome, dudar pero no mencionarlo, no denunciarlo, utilizar técnica defectuosa o injurias muy sutiles.

El ASI es un tema que no solo incumbe a los profesionales que se ven enfrentados con esta problemática, sino también a todo ser humano en mayor o menor grado; es la razón por la cual ha sido y sigue siendo muy difícil su concientización y su diagnóstico; también requiere por parte de los profesionales pericia y acercamiento a otras disciplinas para sensibilizarse mutuamente y lograr credibilidad para el niño.

David Finkelhor (1973-1980) ha transmitido conceptos importantes sobre el tema, tomando en cuenta la situación emocional del grupo familiar en la que se cría el niño; en cuanto a la frecuencia, observó que entre un 20 a 30% de mujeres reportan cierto tipo de abuso sexual antes de los 13 años. El 75% de los abusos se producirían dentro de la familia, cifra que comprendería un 30 % a la familiar nuclear y un 45% a la familia extendida. También marcó una característica especial con respecto a varones; habría menos consultas y se confunden con juegos sexuales con penetración como prácticas entre latentes que ponen a prueba su virilidad.

En cuanto a los perpetradores, la mayoría de los casos serían cometidos por hombres y escasamente por mujeres. Por nuestra parte observamos que las mujeres abusadoras presentan en su personalidad núcleos psicóticos muy activos (Síndrome de Münchhausen). La mujer, a través de los cuidados corporales del bebé y la

función otorgada culturalmente, tendría la oportunidad de cumplimentar la identificación libidinal con una buena atención que ella misma estaría recibiendo al brindársela a su bebé.

Comprensión psicoanalítica recordemos brevemente que Sigmund Freud ya en 1893 en "Estudios sobre la histeria" y en época de educación victoriana, propuso que los síntomas histéricos serían una manifestación de traumas sexuales infantiles. A la teoría de la seducción agregó su descubrimiento de la vida de fantasía de todo ser humano, lo que le permitió el acceso al concepto de Histeria y crear el psicoanálisis. En cuanto a la discusión sobre si Freud negó la acción del mundo externo sobre el desarrollo patológico, solo nos basta leer con atención un párrafo del artículo "La sexualidad femenina" de 1931, donde manifestó que "los traumas sexuales por abuso sobre los niños, de padres o cuidadores, dejaban marcas duraderas y hasta irreversibles" y que "por el amor a los padres todo niño estaría expuesto a neurosis, dado que desarrolla normalmente el llamado complejo de Edipo". Es decir que Freud establece firmemente que es el adulto el responsable de encauzar este amor de modo que las fantasías normales no se constituyeran en patológicas.

Grupo Familiar Abusivo. Dada la relación entre el ASI y las fantasías incestuosas, encontramos un compromiso adhesivo en el grupo familiar en las conductas de personas trasgresoras activas y/o pasivas. Estaríamos definiendo un grupo compuesto por una de las figuras parentales, que realiza activamente un contacto erógeno inadecuado (tal vez identificándose proyectivamente con fantasías del hijo); esta pseudolibidinización parece ahuyentar el temor al suicidio, llevándolo a creer inconscientemente, cumplidas sus propias fantasías de fusión con sus objetos originales. En tanto la otra figura parental, o hermanos mayores, actúan como entregadores o facilitadores, carenciados e incapaces estos, de afecto y cuidados. Tales actuaciones de los adultos son las que otorgan carácter mórbido a las fantasías que denominamos "perversas polimorfos", normales en el curso del desarrollo psicosexual o sea en la constitución de la subjetividad del niño.

Diferenciar y describir violación de abuso sexual. La diferencia no es rígida; es importante considerarla a los fines del diagnóstico y pronóstico como entidades clínicas diferentes. Denominamos "violación" a un hecho sorpresivo, que siempre compromete el cuerpo del niño, como un secuestro seguido o no de muerte, producido por una persona extraña. El niño puede denunciarlo inmediatamente a la familia y ésta a su vez recurrir a un organismo de seguridad. Esta patología requiere la intervención social a todo nivel, para el control de la persona trasgresora. No contamos con estadística ni bibliografía sobre la recuperación mental de estas personas, pues se trata de cuadros psicopáticos severos que requerirían atención psiquiátrica junto a reclusión.

No es a partir de esta patología que planteamos nuestra nosología sobre el grupo abusivo sexual sino, por el contrario, lo hacemos sobre la patología melancólica que toma carácter incestuoso, secreto, y que se puede cronificar. Cuando las personas trasgresoras pueden reconocer la conducta abusiva se posibilita un tratamiento. Aunque no siempre se pueda indicar rehacer la convivencia se logra el mínimo posible e indispensable para mantener el vínculo y muchas veces atravesar el riesgo de suicidio de la persona abusiva activa; de concretarse el suicidio determinaría la imposibilidad de recuperación del resto del grupo, se produce compulsión a repetición por la culpa que genera la muerte y el atravesamiento de gran sufrimiento por parte de los terapeutas.

En cualquiera de estas dos situaciones es el vínculo temprano vivido por el niño (conscientes y/o inconscientes) los que determinan que el niño debe o no los hechos.