UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIA POLITICA Y RELACIONES INTERNACIONALES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Lic. en Trabajo Social

Tesina

"Cuarto Oscuro: Abuso Sexual en la Infancia"

Análisis del abordaje interdisciplinario e intervención profesional en el Centro de Salud Tío Rolo.

Alumna: Nieva, Bárbara Catherine.

Director de Tesina: Lic. Romero, José Manuel.

Co-directora de Tesina: Dra. Fernández, Silvina.

Rosario. Noviembre de 2018.

Dedicatoria

Esta tesina está dedicada a cada NNyA y a cada persona víctima de abuso sexual en la infancia: "*y un día después de la tormenta, (...) sale el SOL".* A quienes me inspiraron en la elección de la problemática.

Agradecimientos

A mis viejos: Cecilia y Pato. Por ser el sostén más lindo, permitirme ser libre, llenarme de motivación, confianza y por darme la posibilidad de estudiar.

A mi hermano Fernando, por compartir la pasión de San Lorenzo y por cada abrazo de gol. Son lo más importante de toda mi vida.

A mis amigas que me dio la facultad, compañeras de lucha, feministas, casi colegas: por compartir cada momento y por vivir este año como si fuese el último.

A cada persona que me acompañó en estos años -*desde allá y acá*-, de diferente forma y en distintos momentos, a cada uno GRACIAS.

A la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales y la Universidad Nacional Pública de Rosario.

Al Centro de Salud "Tío Rolo" y a todos los profesionales del mismo.

En especial a mi director, tutor: Lic. José Manuel Romero: ¡Toco querido! Y a mi co-directora Dr. Silvina Fernández, gracias por el tiempo, la dedicación, el compromiso y por acompañarme en este proceso de finalización.

Cata Nieva

Resumen

Nieva, Bárbara Catherine. “Cuarto Oscuro: Abuso Sexual en la Infancia”. *Análisis del abordaje interdisciplinario e intervención profesional en el Centro de Salud Tío Rolo.*

Director de Tesina: Lic. en Trabajo Social (UNR): Romero, José Manuel.

Co-directora de Tesina: Dra. en Trabajo Social (UNR): Fernández, Silvina.

“Cuarto oscuro: Abuso Sexual en la Infancia. *Análisis del abordaje interdisciplinario e intervención profesional en el Centro de Salud Tío Rolo”* trata de la problemática del abuso sexual en NNyA como así también del abordaje interdisciplinario y la intervención profesional del Trabajo Social. La tesina tiene como objetivo dar cuenta y analizar el abordaje interdisciplinario en situaciones de abuso sexual en NNyA: centrándonos en las características de este proceso en el Centro de Salud Tío Rolo de la ciudad de Rosario durante el período 2017-2018.

Con el fin de visualizar el abordaje interdisciplinario recuperamos características, consecuencias y modalidad de acción actual en la institución mediante la realización de entrevistas semi-estructuradas a los profesionales que tienen mayor incidencia en estas situaciones tan complejas”.

Palabras claves: Abuso sexual, NNyA, Trabajo Social, Intervención Profesional, Interdisciplina.

ÍNDICE

Dedicatoria pág. 1

Agradecimientos pág. 2

Resumen pág. 3

Índice págs. 4 a 6

Lista de abreviaturas pág. 7

I- INTRODUCCIÓN págs. 8-9

II- Metodología de abordaje pág. 10

CAPÍTULO I: RECORRIDO HISTÓRICO-CONCEPTUAL pág. 11

I- Campo de intervención: Niñez. pág. 11

i) De la doctrina "de la situación irregular" a la "de la protección integral" pág. 11 a 13

ii) Aproximándonos a una primera conceptualización de infancia pág. 13 a 16

iii) Recorrido histórico de la concepción de familia pág. 16 a 19

iv) Familias y violencias pág. 19-20

II- Salud Pública pág. 20 a 22

i- Relaciones de saber-poder en el campo de Salud Pública pág. 22 a 25

ii- El fortalecimiento de la Atención Primaria pág. 25-26

iii) Contexto de intervención: Centro de Salud Tío Rolo pág. 26-27

III- Actualidad pág. 27

i- El abuso sexual como delito de la acción pública pág. 27-28

CAPÍTULO II: MALTRATO EN LA INFANCIA pág. 29

I- Historicidad del maltrato en la infancia pág. 29-30

II- Conceptualización del maltrato en la infancia pág. 30

i- Definiciones pág. 30-31

ii- Tipos de maltrato infantil pág. 31 a 33

III- Conceptualización del abuso sexual en la infancia pág. 33
i- Antes de continuar… pág. 33
ii- Definiciones pág. 33-34
iii- El abuso sexual como abuso de poder pág. 34-35
iv- Etapas de abuso sexual pág. 35 a 37
v- Contexto en el que ocurre el abuso sexual pág. 37-38
vi- ¿Quiénes pueden ser víctimas de abuso sexual en la infantil? pág. 38
vii- Características generales que asume el abuso sexual en la infancia pág. 38-39
viii- Consecuencias generales que asume el abuso sexual en la infancia pág. 39-40
ix- Mitos y prejuicios pág. 40 a 42

CAPÍTULO III: INTERVENCIÓN PROFESIONAL pág. 43
i- Consideraciones conceptuales y metodológicas pág. 43 a 46
ii- Trabajo Social e intervención profesional pág. 46 a 48
iii- Intervenir desde el Trabajo Social: abuso sexual en la infancia pág. 49 52
iv- Los instrumentos y técnicas como cuestiones indisolubles del accionar del Trabajador Social pág. 52 a 56

v- Abordajes e intervención en el Tío Rolo pág. 56 a 58
vi- Trabajo Social interdisciplinario e intersectorial pág. 59-60

CAPÍTULO IV: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS pág. 61
i- La particularidad del abordaje en el Centro de Salud Tío Rolo pág. 61-62
ii- Identificación del abuso sexual pág. 62-63
I- Interdisciplina pág. 63
i- Importancia de la interdisciplina en situaciones de abuso sexual pág. 63-64

ii- Modalidades de acción actual del equipo interdisciplinario pág. 64 a 66

iii- Abordaje interdisciplinario e interinstitucional en el Centro de Salud Tío Rolo pág. 66 a 68

iv- Revictimización o victimización secundaria pág. 69 a 71

v- Obstáculos de la intervención en situaciones de abuso sexual pág. 71-72
vi- Procesos, efectos y consecuencias en las víctimas pág. 72-73

II-Puntos de debate hoy: en relación con la problemática pág. 73
i- implementación de la Educación Sexual Integral pág. 73-74
ii- Aportes para la prevención pág. 75
Reflexiones Finales pág. 76 a 78
Bibliografía pág. 79 a 82
Leyes y Declaraciones pág. 82-83
Anexo I: Guía de preguntas realizada para las entrevistas pág. 84
Anexo II: Desgrabaciones de las entrevistas realizadas pág. 86 a 119

Lista de abreviaturas:

CCB: Centro de Convivencia Barrial.

CIC: Centro Integral Comunitario.

DDHH: Derechos Humanos.

FITS: Federación Internacional del Trabajo Social.

IVE: Interrupción voluntaria de embarazo.

NNyA: Niños, niñas y adolescentes.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

I- INTRODUCCIÓN

La presente tesina nace como el último paso y requerimiento para finalizar el ciclo de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario y obtener dicho título. Partimos por entender, según la Federación Internacional del Trabajo Social que éste *"promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. (...) El trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno"*[1]. Consideramos que los principios fundamentales para el trabajo social no sólo son los Derechos Humanos y la Justicia Social como dice la FITS sino también el feminismo como bandera de lucha por los DDHH de los más vulnerables, que nos encontramos frente a desigualdades construidas en esta sociedad capitalista-patriarcal.

Teniendo en cuenta esto y que vivimos en un sistema patriarcal que nos oprime y nos violenta, la problemática de interés a analizar -el abuso sexual en la infancia- es un problema que afecta y atenta a los niños, niñas y adolescentes[2]. Por lo tanto, entendemos que el Trabajo Social interviene en estas situaciones ya que, se violan los derechos humanos de éstos y no se garantiza la justicia social en esta población que es una de las más vulnerables.

La motivación para desarrollar esta temática tiene que ver con el acercamiento desde lo personal ligado a un exhaustivo conocimiento en cuanto al abuso sexual en la infancia y, como experiencia por haber transcurrido las prácticas en diferentes campos: Infancia y Salud Pública, incluyendo en este último al Centro de Salud en el que realizamos el recorte y donde se abordaron múltiples problemáticas incluyendo situaciones de abuso sexual.

La investigación estará ordenada por capítulos: en el capítulo I haremos hincapié en el campo de la infancia: el traspaso de la ley de patronato a la ley de protección y los cambios que se produjeron en las situaciones de abuso luego de la sanción de la

[1] Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) - Principios Éticos del Trabajador Social

[2] Con el fin de evitar sobrecarga que supondría marcar léxicamente la diferencia genérica, en la redacción se optó por emplear la sigla NNyA (niños, niñas y adolescentes) junto con el masculino genérico clásico. Se sobreentiende que todas las menciones a "niños" y "adolescentes" representan siempre a niños, niñas, -niñxs- y adolescentes.

Convención incluyendo un recorrido de la concepción familiar y, por último, el campo de la Salud Pública incluyendo las relaciones de saber-poder dentro del mismo, la atención primaria de salud y el contexto de intervención: el Centro de Salud Tío Rolo.

El capítulo II se enmarca en el Maltrato Infantil en la infancia, incluyendo el abuso sexual en NNyA:

En el capítulo III nos referimos a la intervención profesional del Trabajo Social, incluyendo la importancia de un Trabajo Social interdisciplinario y del trabajo en red en situaciones de abuso sexual en la infancia.

Por último, en el capítulo IV realizamos un análisis de los resultados de las entrevistas realizadas a los profesionales que intervienen en el Centro de Salud "Tío Rolo" mediante el método de comparación constante, incluyendo categorías de análisis como la identificación, modalidades de actuación, revictimización, obstáculos, interdisciplina, avances, etc.

El **tema de interés** de la siguiente tesina es "*Conocer, caracterizar y analizar el proceso de abordaje e intervención profesional del Trabajo Social y otras profesiones haciendo alusión a una de las múltiples formas que la problemática de maltrato infantil adopta: Abuso Sexual contra niños, niñas y adolescentes*". Para ello nos centramos en las características de este proceso en el Centro de Salud Tío Rolo de la ciudad de Rosario durante el período 2017-2018.

El **objetivo general** que nos planteamos es dar cuenta y analizar el abordaje interdisciplinario en situaciones de Abuso Sexual Infantil en el Centro de Salud Tío Rolo.

Con el fin de visualizar el abordaje interdisciplinario que evite la revictimización de la niña, niño y adolescente, nos propusimos como **objetivos específicos**: Conocer las características y consecuencias generales de situaciones de Abuso Sexual "Infantil" en el Centro de Salud Tío Rolo en el período del 2017-2018, indagar sobre las modalidades de acción actual del equipo interdisciplinario ante dichas situaciones en el Centro de Salud Tío Rolo desde la perspectiva de los mismos profesionales y analizar la intervención profesional en situaciones de abuso sexual teniendo en cuenta las técnicas, estrategias y herramientas que utiliza el Trabajador Social dependiendo la particularidad de cada situación.

II- METODOLOGÍA DE ABORDAJE

La propuesta de abordaje para indagar los objetivos propuestos en la presente tesina para la obtención de información y el análisis de datos se llevó a cabo mediante la estrategia metodológica cualitativa, la cual permite una mejor compresión de las dimensiones subjetivas y simbólicas de los profesionales del Centro de Salud Tío Rolo. Sautu (2003) entiende que la investigación cualitativa se apoya sobre la idea de la unidad de la realidad y en la fidelidad a la perspectiva de los actores involucrados en esa realidad.

Con el fin de realizar un exhaustivo conocimiento de la problemática analizada como unidades de información *-para la recolección de la misma-* se utilizaron aportes de los profesionales del Centro de Salud "Tío Rolo" y fuentes secundarias.

La estrategia metodológica implicó la utilización de fuentes primarias y fuentes secundarias. Las primeras se obtuvieron a través de entrevistas semi-estructuradas, que se aplicaron a partir de una guía de pregunta, focalizándose en la problemática analizada. La guía de preguntas[3] fue idéntica y abierta para los profesionales, es decir, que estos respondieron mediante sus propias palabras.

Como criterio de selección las entrevistas se realizaron a profesionales que tienen mayor incidencia en situaciones de abuso sexual en la infancia dentro del Centro de Salud Tío Rolo: Al Director del centro quién es el odontólogo, a la pediatra, a la médica generalista, la psicóloga y el trabajador social.

Las fuentes secundarias se obtuvieron a través de la exploración de resultados de investigaciones empíricas, editoriales de diarios, cuentos infantiles, documentos, leyes, protocolos del sistema de salud, etc. La mayoría de estos estudios abordan no sólo el análisis de los contenidos sino también encaran las condiciones de la producción de los mismos con lo cual trascienden el análisis puro del discurso.

La información fue volcada a una matriz de procesamiento de datos y se utilizó el método de comparación constante para el análisis de los resultados.

[3] Adjunto en Anexos I.

Capítulo I

Recorrido histórico- conceptual

I- Campo de intervención: Niñez.

La problemática analizada pertenece al campo de niñez. Por lo tanto, es necesario aproximarnos y enmarcarnos en la Convención sobre los Derechos del Niño, donde "*se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad*".

Teniendo en cuenta que la idea de niño y niña como la categoría de niñez ha sufrido modificaciones, producto de cambios sociales, culturales, ideológicos, políticos e históricos, realizaremos un recorrido de las modificaciones y transformaciones que se fueron dando a lo largo del tiempo.

i) De la doctrina "de la situación irregular" a la "de la protección integral"

Las leyes y las prácticas que existían con anterioridad a la aprobación de la Convención en relación con la infancia respondían a un esquema que hoy conocemos como "el primer paradigma del tutelaje de la infancia": un modelo tutelar, de la situación irregular, asistencialista y filantrópico, y que tenía como punto de partida la consideración del menor como objeto de protección. Dichas prácticas se enmarcaban a través de la Ley N°10.903 denominada "Patronato de Menores" promulgada en 1919, impulsada por el Doctor Luis Agote, cuyas características eran considerar al niño o niña como objeto de intervención a los cuales había que tutelar y corregir por parte del Estado o por instituciones de beneficencia y filantrópicas, quienes poseían un modelo de control social de menores y adolescentes y ejecutaba su intervención a través de la institucionalización y judicialización de la pobreza.

De esta manera las concepciones de la minoridad y sus prácticas fundamentaron lo que se denominó la "Doctrina de la Situación Irregular". Se entiende, desde esta perspectiva, como situación irregular, a los peligros materiales o morales que pueden

sufrir los NNyA. El niño o niña como "objeto de protección", una persona en desarrollo, que por ser visto como "inmaduro e incompleto" debía ser protegido por el Estado hasta alcanzar su pleno desarrollo físico, moral y espiritual.

En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó a la Cumbre Mundial a favor de la infancia, con el objeto de abordar la grave situación que afrontaban los NNyA en el mundo, enfatizando la necesidad de asumir compromisos para mejorar las condiciones de vida de la infancia.

Nace la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño como un acontecimiento histórico en la vida de los derechos humanos de los NNyA. La adhesión de nuestro país a la Declaración fue en año 1990 bajo la Ley N°23.849 y, la posterior incorporación del Tratado a la Constitución Nacional -art. 75, inc. 22- en 1994, dando origen al primer instrumento jurídico vinculante para los Estados, que además de reconocer a los NNyA como sujetos de derechos, implica un cambio de paradigma a la hora de pensar las intervenciones sociales con los NNyA.

En la década del 2000, en el campo de infancia, se da un cambio significativo en relación al paradigma que lo constituía y por ende también en la concepción del sujeto. Se pasa de la Doctrina de la Situación Irregular, también conocida como Patronato de Menores (Ley N° 10.903) a la Doctrina de Protección Integral (Ley Nacional N° 26.061).

Los cambios que se produjeron en el abordaje de situaciones de abuso -luego de la sanción de la Convención- se refieren a que la fuerza de esta Declaración es contundente en la cual *"los niños y las niñas son actores con capacidad para desafiar la cultura, signada por el autoritarismo represivo y maltratante (...). Se aprecia el espíritu de libertad y autonomía que los movimientos pedagógicos de la época establecieron como una propuesta fundada en la liberad y la autonomía de todos los seres humanos, y en todas las etapas de su ciclo vital"* (Galvis Ortiz, 2009: 593-594).

"*Las plagas del abuso y explotación sexuales, de la explotación económica y todas las formas de maltrato y abandono atacaron a niñas y niños con todas las manifestaciones y en todos los escenarios de la vida*" (Galvis Ortiz, 2009: 598). En la visión del enfoque de los derechos se llega a plantear la propuesta de sancionar con prisión a los maltratantes de los niños y las niñas. Teniendo en cuenta esto, retomo de Bleichmar (2001) quien expresa que "una de las cuestiones que se redefine hoy es la cuestión del abuso. Cuando se discute la nueva ley del "menor", una de las problemáticas que se toma en cuenta es que las penalizaciones tienen que ser mayores para aquellos que tienen responsabilidades específicas con los NNyA. Para los miembros de las fuerzas armadas,

maestros, padres, padrastros, sacerdotes…" (Bleichmar, 2001: 6). Siguiendo esto, es pertinente considerar que en la actualidad el Código Penal establece sanciones para el autor de hechos constituidos de los sub-tipos de maltrato físico, abuso sexual, abandono físico y abandono emocional. Reconoce en el artículo 126 que la pena será de 5 a 10 años de prisión, si concurriere alguna de las circunstancias: cuando "el autor fuere ascendiente, descendiente, cónyuge, afín en línea recta, colateral o conviviente, tutor, curador, autoridad o ministerio de cualquier culto reconocido o no, o encargado de la educación o de la guarda de la víctima". Y, cuando "el autor fuere funcionario público o miembro de una fuerza de seguridad, policial o penitenciaria" (Código Penal de la Nación, 1995: art 126).

Las lógicas patriarcales de todos aquellos que tienen poder de convicción sobre el NNyA hacen a estos vulnerables e indefensos frente a sus funciones y que, además, produce una caía de las condiciones de confianza en la infancia en el sostén que el adulto debe brindarle.

Remoto de un documento de UNICEF que en la mayor parte de las situaciones judicializadas los abusos son cometidos por conocidos y familiares, que acceden con facilidad al NNyA y aprovechan la confianza nacida en la convivencia.

NNyA violentados sexualmente frustran la protección integral que sus cuidadores deberían aplicar y ocupan el lugar de aquello que perturba desordenando la imagen que los adultos se proponen acerca de sí mismos y de sus valores.

Según Eva Giberti (2015) las asignaciones normativas que regulan la relación entre niños y adultos compaginan y persisten en representaciones conducentes de una desigualdad jerárquica "aprovechable" en beneficio del adulto. El significado niño asociado a la Convención de los Derechos del Niño encubre el significante, *disponibilidad* para quien ejerza poder, dada la vulnerabilidad reconocida por esa Convención y sacralizada mediante la determinación de esos derechos" (Giberti, 2015:9). La Convención administra los desórdenes y ataques contra las posibles víctimas. Fue preciso redactarla puesto que la vida, desarrollo y crianza del NNyA dependía de los adultos que los explotaban, sacrificaban, abandonaban, torturaban, vendían, violaban o asesinaban.

ii) Aproximándonos a una primera conceptualización de infancia

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño es un tratado internacional que se aprobó por aclamación en la sede de la Asamblea General de Naciones Unidas, en la ciudad de Nueva York, el 20 de noviembre de 1989. La Convención significa un cambio radical desde un punto de vista jurídico, político, histórico y cultural.

El principio por excelencia de la Convención es el interés superior del niño en todos los asuntos que le conciernan. Es pertinente tener en cuenta que la Convención no habla de protección integral expresadamente, sino de protección especial dirigida a situaciones específicas en las cuales los NNyA se encuentran en emergencia como, por ejemplo, la protección contra la discriminación, explotación económica, el abuso y la explotación sexual, el consumo y utilización en la venta de sustancias psicotrópicas, entre otros.

La Convención sobre los Derechos del Niño expresa en el artículo 19 que "*los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.*

Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial".

Y a su vez, manifiesta que *los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales*. (…).

Quince años más tarde de ratificarse la Convención, en nuestro país se avanzó en la definición de una ley considerada como un primer paso central en la construcción de sistemas integrales de la primera infancia basados en los derechos: la Ley N° 26.021 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. La Ley define la aplicación obligatoria de la Convención y establece un nuevo paradigma de protección integral.

Dicha ley considera -al igual que la Convención- el principio del interés superior del niño (art.1), y entiende a estos como sujetos de pleno derecho, donde el Estado se constituye como el garante de estos derechos y, su objetivo principal es fortalecer a las familias concibiéndolas como bases para un desarrollo humano sustentable y como espacio afectivo fundamental para el crecimiento de niños y niñas.

En este aspecto la provincia de Santa Fe se adhirió en el año 2009 a la Ley N° 26.061, mediante la sanción de la Ley N° 12.967 registrada como "Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes".

En lo que respeta a la temática analizada, podemos decir que las medidas de prevención del abuso sexual en la infancia, tanto la Ley Nacional en su artículo 9° como la Ley Provincial en el artículo 10° expresan el derecho a la integridad física, sexual, psíquica y moral, considerando que los NNyA *"tienen derecho a no ser sometidos a ninguna forma de explotación económica, trabajo infantil, torturas, abusos o negligencias, prostitución, explotación sexual, secuestros, condición cruel, inhumana o degradante o al tráfico de personas para cualquier fin"* (Ley N° 12.967; 2009).

Es una tarea muy compleja el cómo regular situaciones de abuso sexual en la infancia sin producir terror en la sociedad civil y sin incrementar más formas de fractura de los lazos sociales, particularmente cuando los agresores sexuales circulan en el entorno familiar y social.

La dimensión y la gravedad de esta forma de violencia ejercida contra la infancia vuelven sumamente relevante el diseño de políticas públicas que promueven la prevención, la recolección de datos y la identificación de las víctimas de abuso sexual. Sin detección no es posible implementar medidas de protección, ni brindar tratamiento para las víctimas.

Entiendo por medidas de protección integral de derechos "aquellas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza o violación de los derechos o garantías de uno o varias niñas, niños o adolescentes individualmente considerados, con el objetivo de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias" (Ley N° 26.061, 2005: art 33). Las medidas de protección son disposiciones y acciones tendientes a resguardar a niños, niñas y adolescentes para que sus derechos no sean vulnerados. La amenaza o violación puede provenir de la acción u omisión del Estado, la sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales o responsables. Se aplicarán prioritariamente aquellas medidas de protección de derechos que tengan por finalidad la

preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares con relación a las niñas, niños y adolescentes.

En diversas situaciones donde los NNyA deban salir del seno de la familia porque el superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado como explicita el artículo 34 de la CIDN que nos indica que "los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales". Con este fin, los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de abuso sexual. Los responsables de adoptar la medida deberán analizar -*ya que cada situación es singular y única*- y proponer el mejor abordaje posible. Frente a los posibles abusos sexuales intrafamiliares debe evaluarse la adopción de medidas de protección excepcionales, sobre todo si existiera el riesgo de nuevos abusos, o si se advirtiera una falta de protección por parte de los demás miembros de la familia de la víctima. Las medidas de protección excepcionales son "aquellas que se adoptan cuando las niñas, niños y adolescentes estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio" (Ley N° 26.061, 2005: art 39), que tienen como objetivo la conservación o recuperación por parte del sujeto del ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias.

iii) Recorrido histórico de la concepción de familia

Al hablar de infancia, al abordar la problemática de abuso sexual en NNyA, es necesario poder profundizar en la institución "familia" que ha adoptado formas muy diversas a lo largo de la historia y a través de las diferentes culturas, así como disimiles significados, transformaciones y valoraciones.

Como la define Bourdieu, la institución familiar fue construida socialmente como modelo que guía a todos los cuerpos sociales, la cual asume un papel determinante para mantener el orden social, la reproducción de la estructura del espacio social y las relaciones sociales. La familia como institución, estaba idealizada como una *"entidad unida, integrada, unitaria, por lo tanto estable, constante, indiferente a las fluctuaciones de los sentimientos individuales (...) es una ilusión bien fundada, porque, al ser producida*

y reproducida con la garantía del Estado, recibe en cada momento del Estado los medios para existir y subsistir" (Bourdieu, 1994: 131 y 138).

Durante la modernidad, el modelo hegemónico visualizaba que *"las familiares eran unidades económicas, sociales y políticas, que subordinaban los intereses individuales a los colectivos, y los de los hijos y mujeres a los del padre (...). Los niños y niñas tenían muy poco espacio como sujetos, pues formaban parte de la propiedad patriarcal"* (Di Marco, Faur y Méndez, 2005: 26). Estas familias presentaban el tipo de relación patriarcal clásica donde el hombre era la autoridad de la familia y mandaba, con un poder indiscutido, y las mujeres aceptaban la subordinación a cambio de la protección y estatus social seguro. El hombre es identificado en el mundo público, a partir de las actividades productivas, y la mujer, ocupándose de la reproducción biológica, cotidiana y social, en el mundo privado.

"Las familias son los primeros espacios donde los niños y las niñas se vinculan con otros. Son también los ámbitos donde se incorporan normas de relaciones interpersonales y representaciones sobre la equidad en esas relaciones. Por estas razones, la familia es un territorio privilegiado para el aprendizaje de niños, niñas y mujeres sobre los derechos humanos" (Di Marco, Faur, Méndez, 2005: 7).

Sin embargo, las familias atraviesan problemáticas que se arraigan más en cómo se desarrollan las relaciones de poder y autoridad dentro del espacio familiar donde se ponen en juego las posiciones relativas de los distintos integrantes: hombres, mujeres, niños y niñas. *"En este contexto, muchas familias se encuentran impregnadas por situaciones de violencia física y psicológica, que afectan en una proporción significativa a las mujeres y a los niños y niñas"* (Di Marco, Faur, Méndez, 2005: 8).

Niñez y adolescencia se encuentran hoy atravesadas por la violencia, como producto de la complejidad de las relaciones dentro de las instituciones sociales que la permiten, la generan o la recrean.

Como cita Di Marco, Faur y Méndez "*el informe sobre la Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del año 1998, pone especial énfasis en este tema, señalando elevadas tasas de mortalidad en varones de 10 a 18 años debido a homicidios y actos de violencia (...). Si bien en ocasiones se recurre al simplismo de relacionar violencia con pobreza, las investigaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) indican que las mayores expresiones de violencia no se concentran en las zonas más pobres, sino en aquellos contextos donde se combinan*

perversamente diversas condiciones económicas, políticas y sociales" (Como cita Di Marco, Faur y Méndez, 2005: 83).

La familia ha sido la institución patriarcal clave a la hora de generar relaciones autoritarias y desiguales. Las lógicas patriarcales de todos aquellos que tienen poder de convicción sobre los NNyA hacen a éstos vulnerables e indefensos frente a sus funciones y que, además, produce una caía de las condiciones de confianza en la infancia en el sostén que el adulto debe brindarle.

"En las últimas décadas grandes trasformaciones en su estructura y comportamiento hacen que la familia nuclear con hombre proveedor/mujer cuidadora ya no sea el modelo predominante. En este sentido, se ha planteado que en los países más desarrollados existe una crisis de la familia patriarcal. Esta noción hace referencia al debilitamiento de un modelo de familia basado en el ejercicio estable de la autoridad/ dominación sobre toda la familia del hombre adulto cabeza de familia" (Sulkel, 2006: 1).

Según Jelin "vivimos en un mundo en que las tres dimensiones que conforman la definición clásica de familia -la sexualidad, la procreación y la convivencia- han sufrido enormes transformaciones y han evolucionado en direcciones divergentes (Jelin, 1994: 24). De ahí surge la imagen "*de que la familia está en crisis*".

Se han desarrollado diversas tendencias que han generado cambios en la estructura y comportamiento de la familia. Se produce un debilitamiento en los lazos sociales que, puede reflejarse al interior de las familias, como institución productora de cambios, llevando a que en las mismas se dé una fragilidad en los vínculos familiares, es decir, un debilitamiento de apoyo y contención dentro del grupo familiar, que se expresa en acciones u omisiones entre sus integrantes.

También se produce la separación de la casa-trabajo y la división sexual del trabajo. El gran cambio de las últimas décadas reside en el aumento de la tasa de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo. Sin embargo, el cambio en la participación económica de las mujeres no implicó una restructuración del hogar: es decir, no hay redistribución de tareas y responsabilidades para los miembros varones. Por lo tanto, se produce la "doble o triple jornada" donde la mujer-ama de casa se ve sobrecargada, ya que, además del trabajo extra-doméstico, también se hace cargo del trabajo dentro del hogar y del cuidado de los NNyA.

La modernidad implicó un proceso de individualización, "lo que interesa para el análisis de la institución familiar es que, en tanto se valora socialmente al sujeto que tiene

dominio sobre sí mismo y que toma sus propias decisiones (…). Históricamente el proceso de autonomización y reivindicación de los intereses individuales ocurrió antes entre generaciones que entre sexos (Jelin, 1994: 32). El aumento de divorcios y separaciones está ligado al proceso de individualización.

Por último, se produjeron cambios en las prácticas sexuales y en la normatividad social, se ha modificado el lugar del matrimonio como espacio privilegiado de la sexualidad, así como la identificación de la sexualidad con la reproducción.

Nos encontramos con una múltiple diversidad de configuraciones familiares, producto de cambios políticos, económicos, culturales y sociales que incidieron notablemente en la dinámica familiar. En este contexto, el modelo patriarcal de familia nuclear -el padre, la madre y los hijos que conviven bajo el mismo techo- está siendo desplazado por la existencia de familias que aluden a realidades muy diversas y constituye agrupamientos con diferentes estilos y arreglos o formas familiares: como las familias monoparentales, ampliadas y por la emergencia de nuevos modos de vinculación familiar.

iv) Familias y violencias

Dentro de la familia, las violencias que ocurren construyen un problema de salud pública porque atenta y altera la calidad de vida de las familias afectadas.

Nos preguntamos igual que Jelin, ¿si es la familia el lugar de los afectos y el espacio del calor, seguridad, solidaridad, tolerancia y aceptación? Pero retomando a Eloisa De Jong, consideramos que la familia no es un lugar que pueda ser naturalizado bueno en sí mismo, pues en ella también se pueden consolidar y reproducir las desigualdades sociales; por ejemplo: entre el hombre y la mujer, entre padres e hijos, donde también puede haber autoritarismo, individualismo y procesos discriminatorios.

Esto nos permite reflexionar que a menudo nos cuesta creer que la violencia se produce en el ámbito familiar. Sin embargo, la violencia existe en todos los ámbitos y afecta al sector más vulnerado: las mujeres, los niños y las niñas. Según Jelin "*la familia es un espacio paradójico: es el lugar del afecto y la intimidad. Es también, el lugar privilegiado de la violencia, pero la violencia entre miembros de la misma familia es algo de lo que no se habla. Es secreto y vergonzoso; escapa al conocimiento público. Los únicos testigos son los miembros de la familia, que mantienen silencio, sea por preservar la imagen o por miedo a la represalia*" (Jelin, 1994: 43).

Según la Ley Nacional N° 24.417 denominada Protección contra la Violencia Familiar, entiende que "*toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por "grupo familiar el originado en el matrimonio o en las uniones de hecho*". Cuando las víctimas fuesen niños y niñas (…), 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[4]. Esto se puede reflejar en la entrevista realizada al jefe del centro de salud, quién dice que "*en el caso de que haya agresiones físicas, abuso sexual o algún tipo de agresiones sobre un niño nuestra función como Estado es garantizar por la integridad de ese chico, entonces, nosotros quiera o no quiera la familia damos aviso a las autoridades, en este caso es generalmente la Dirección Provincial de Niñez[5]".*

II- Salud pública

Entendemos que el abuso sexual constituye un problema de salud pública y de Derechos Humanos. Según el protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales (2015)[6] el sistema de salud cumple un rol esencial en el abordaje integral de las personas víctimas de violencia sexual, y puede desarrollar estrategias que reduzcan los daños (…). En este sentido, los efectores sanitarios tienen un objetivo prioritario: la atención médica y psicosocial de las víctimas, con respeto por su autonomía, y garantía de su privacidad y confidencialidad.

[4] Ley Nacional N° 24.417 Protección contra la Violencia Familiar.
[5] Entrevista realizada el día 22/08/2018 al Jefe del centro de salud.
[6] *Instructivo para equipos de salud, está diseñado para que las instituciones y los equipos de salud dispongan de una herramienta de trabajo orientada a garantizar el acceso y la atención de calidad de todas las personas víctimas de violaciones sexuales* (Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales, 2015).

En la actualidad existen diversas definiciones acerca de qué es la Salud. La noción de Salud no es un concepto univoco ni está definido de una vez y para siempre. Sin embargo, expondremos la siguiente definición:

Para la Organización Mundial de la Salud, la salud es:

"*La condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel fisico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones, sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social)*" (Organización Mundial de la salud; 2008).

No obstante, consideramos que la salud no puede entenderse como un bien-estar absoluto, sino que este es momentáneo o parcial. Por lo tanto, entendemos que para garantizar la salud no solo se precisa de médicos que aborden lo biológico -salud/enfermedad-, sino de distintas profesiones para asegurar las necesidades básicas de un sujeto -la paz, recursos económicos y alimenticios adecuados, vivienda, un ecosistema favorable-. Estas necesidades básicas son reconocidas como Prerequisitos para la salud en la Carta de Ottawa (OMS, Ginebra, 1986) siendo clara la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales, económicas, entorno, modo de vida con la salud, ya que estas las condicionan e impactan.

Esta idea de salud como un conjunto donde el contexto toma protagonismo, donde lo subjetivo entra en escena y donde lo biológico ya no es lo único que define la posible problemática, es a lo que adherimos y a lo que adhieren los integrantes del Centro de Salud Tío Rolo.

Según el decreto 522/13 de Salud Pública entiende que *"un sistema de salud compromete a todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones cuyo propósito es realizar acciones de salud y garantizar el Derecho a la Salud".* Y retoma de la Organización Mundial de la Salud que: el Sistema de Salud incluye distintos componentes interrelacionados: del medio ambiente, de actividades educativas, aspectos habitacionales, condiciones laborales, entre otros.

En Argentina, al igual que en la provincia de Santa Fe se distinguen dentro del sistema de salud, tres sectores: 1- Sector Público (nacional, provincial y municipal); 2- Sector

Privado (aseguradoras y efectores); 3- el Sector de la Seguridad Social (de obras sociales: nacionales, provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados).

1- El Sistema Público Provincial de Salud es administrado por el Ministerio de Salud y se organiza sobre la base de una integrada de servicios de salud (centros de salud, hospitales y organizaciones de apoyo), con énfasis en la descentralización territorial con particularidades que requieren presencia y cercanía. Según el jefe del centro de salud se trabaja siempre con cercanía y continuidad, donde se origina un vínculo constante que es lo que caracteriza al centro de salud como primer nivel: *se conoce a la población día a día, quedando registrado en las historias clínicas*.

En lo relativo a la función de regulación y financiamiento, la principal fuente principalmente del presupuesto estatal a través de los impuestos que abonan los santafesinos.

2- El Sector Privado se financia con el pago directo de las personas y la venta de servicios al Sector de Obras Sociales, mientras que 3- el de obras sociales se financia con el aporte de todos los trabajadores y empleadores.

Sin embargo, esto no quiere decir que el Sector Público Provincial no atienda a personas que poseen cobertura de obra social.

i- Relaciones de saber-poder en el campo de Salud Pública

Abordamos el campo de la Salud Pública desde el enfoque relacional propuesto por Pierre Bourdieu. Dicho campo no puede comprenderse sin tener en cuenta las relaciones y los procesos que se dan al interior del mismo. Siguiendo a Bourdieu, "(…) este enfoque enfatiza la relación entre las posiciones sociales (concepto relacional), las disposiciones (o los habitus) y la toma de posición, que los agentes llevan a cabo en los ámbitos más diferentes de la práctica".

Un campo es "*una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su*

situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.)" (Bourdieu-Wacquant,1992: 150).

Cada campo tiene historicidad propia y un estatuto específico, lo que implica determinados códigos teóricos, determinadas prácticas, y dispositivos institucionales, así como también un estatuto específico de usuarios y un grupo de profesionales que están inmersos en él. Los campos son espacios históricamente determinados, con reglas de funcionamientos y normas específicas.

Desde Bourdieu "la noción de campo implica una perspectiva relacional, una red de relaciones objetivas entre las diferentes posiciones que en dicho campo ocupan los agentes o instituciones, las cuales están atravesadas por la distribución de poder o capital que está en juego en cada campo en cuestión" (Gabrinetti, 2015).

Entendiendo desde esta perspectiva, el campo de la Salud, tiene sus actores propios, instituciones que se enmarcan por secretarías y subsecretarías: Secretaría de Desarrollo Social, de Cultura, de Trabajo, Subsecretaria de Niñez, Adolescencia y Familia, etc.,-y a veces inclusive las diferentes profesiones o "áreas" profesionales (por ejemplo, los administrativos, las profesiones sociales)- donde no sólo comparten un estatuto específico del área salud, una normativa propia o su propio reglamento implícito y compartido entre ellos. Sino que todos -actores, agentes, instituciones- están en constante juego de lucha y tensiones de poder por un capital en juego, sea por recursos, reconocimientos, insumos, equipamiento y/u oficinas.

Retomando a Bourdieu, un campo se define en función de aquello que está en juego dentro de él, "para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté: dotada de los habitus que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego, de lo que está en juego" (Bourdieu, Pierre,1990: 136). Un habitus se relaciona directamente con el campo y, es un cúmulo de técnicas, de referencias, un conjunto de "creencias", propiedades que depende de la historia, de la disciplina, y que son a la vez condición para que funcione el campo y producto de dicho funcionamiento. Los habitus son definidos como una serie de esquemas internalizados por medio de los cuales los hombres perciben, comprenden y evalúan el mundo social. O también, como "estructuras mentales y cognitivas" mediante las cuales

los agentes manejan el mundo. Es decir que, los actores, los agentes, las instituciones, las profesiones y las áreas profesionales, en mayor o menor medida cuentan, como diría Bourdieu, con sus fichas -que otorgan poder- y a partir de ellas es que irán realizando las jugadas que consideren. Estas jugadas están en constante tensión y lucha.

Las relaciones entre los sujetos, las instituciones, las profesiones y las áreas profesionales están enmarcadas dentro del paradigma de la correlación de fuerza, en donde las relaciones son de saber- poder.

En el campo de la salud en general ocurre que la medicina como profesión se impone y es impuesta por sobre el resto de las disciplinas, tales como trabajo social, psicología, odontología, entre otras. Es decir, que si bien todos los saberes y poderes de las distintas profesiones y de cada actor, en particular son válidos, algunos se consideran de mayor importancia que otros.

Esto condiciona enormemente el habitus institucional que comprende a los actores-agentes que la integran. Consideramos que ello se debe a la historia propia de la concepción de salud que se reducía a cuestiones biofisiológicas donde predominada una visión mecanicista centrada en aspectos físicos. Y debido a la historia de los centros de salud, los cuales, anteriormente se vinculaban únicamente con aspectos biológicos, atendidos exclusivamente por médicos. Posteriormente, el desarrollo histórico-político-ideológico modificó aquella concepción de salud, acompañada por cambios en las incumbencias profesionales de las distintas disciplinas transformando la forma de abordaje. Esta transformación permitió que actualmente en el centro no solo encontremos médicos y la población del barrio, sino también la labor de los administrativos, el trabajador social, psicóloga, entre otros.

Ocurría que, el paradigma de médico hegemónico ha sido un obstáculo para la concreción real de la propuesta de trabajo que hoy se utiliza.

Si bien consideramos que dentro del campo de salud encontramos que ciertas instituciones -secretarias, subsecretarias- y actores tienen más cantidad y variedad de fichas dentro del campo del juego, y por lo tanto poder que influye en la distribución de bienes, recursos, insumos, etc. En la institución -internamente entre los actores- no encontramos lo que en ocasiones reconocemos en otras del ámbito salud, donde el espacio de poder sigue siendo hegemónicamente ocupado por médicos o enfermeros. Aquí todas las profesiones del centro son tenidas en cuenta, no pudimos encontrar un momento donde

nuestra profesión, ni ninguna otra, tuviera un lugar menor en cuanto a importancia dentro de la institución y su lugar en la misma, la opinión de todos los miembros que la conforman está en igualdad de posiciones. "*La mirada profesional de la salud en el contexto barrial viene estando fuertemente hegemonizada por el reduccionismo biológico de la medicina (...). La comunidad comienza a tener la oportunidad de incorporar tecnología y saberes que contacten con los suyos, y con sus necesidades, por fuera de la lógica asimétrica del consultorio. Y los trabajadores de la salud, la oportunidad de comprender, con otras herramientas, los aspectos de la realidad que su propio saber ha obnubilado*" (Ferrandini, 2004: 26).

La posibilidad de llevar a cabo intervenciones interdisciplinarias es fundamental. La interdisciplina requirió de un proceso conjunto y prolóngalo que permite el abordaje conjunto de las demandas que atiende el centro de salud. Es reconocida entre los profesionales, sobre todo cuando se buscan estrategias conjuntas de intervención en las diferentes situaciones que se presentan.

ii- El fortalecimiento de la Atención Primaria

El Centro de Salud está enmarcado en el Primer Nivel de Atención Primaria de la Organización de la Salud Pública Municipal. Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud en 1978, la atención primaria de la salud *"es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad"* (Decreto 522,2013: 6). Los valores principales sobre los que se apoyan las estrategias de Atención Primaria a la Salud son universalidad, equidad, integralidad, accesibilidad, gratuidad y calidad.

En Rosario, las prácticas en salud se direccionan en descentralizar las instituciones para centrarlas en el seno de la comunidad misma, en el contexto de la vida cotidiana de

los sujetos sociales. Es decir, que la recreación permanente de las prácticas y la organización de los procesos de trabajo son en relación a las necesidades de la gente.

Cada uno de esos territorios es un escenario de vínculos y conflictos, de intereses diversos en juego, de proyectos de distintos actores con distintas cuotas de poder que, facilitarán el abordaje intersectorial para abordar los problemas que sufre la comunidad.

En el contexto actual de exclusión entendemos que "*trabajar en salud significa trabajar para incluir, para construir ciudadanía, es decir construir y defender la conciencia del derecho a la salud, a la vez que construir, defender y vigilar las condiciones para el ejercicio efectivo de ese derecho*" (Ferrandini, 2004: 26).

iii- Contexto de intervención: Centro de Salud Tío Rolo

La propuesta de análisis se realiza en el Centro de Salud "Tío Rolo", por lo tanto, realizamos una referencia de dicha institución.

El Centro de Salud "Tío Rolo" se encuentra ubicado en Avellaneda 6900 en el Barrio Tío Rolo - Distrito Sudoeste- de la ciudad de Rosario.

El Centro de Salud nació en el año 2000 como una posta sanitaria ubicada en la vecinal del barrio, la cual dependía del centro de salud "El Gaucho" ubicado en Avellaneda 5625. Contaba con dos pediatras, un médico generalista, una enfermera y un administrativo.

En el año 2008, a través de un programa de médicos comunitarios se logra el traspaso del centro de salud al edificio en el que actualmente se encuentra, ampliando no sólo el lugar físico sino también se incorporan nuevos profesionales como un odontólogo, una farmacéutica, una psicóloga y una médica generalista.

En el año 2017 se incorporó el actual trabajador social a la institución. En las situaciones que se abordaban anteriormente y que requerían la mirada de dicha profesión -cuando no contaban con la presencia del trabajador social en el centro de salud- intervenían conjuntamente con el área social del Centro Integral Comunitario o del Centro de Convivencia Barrial.

El área geo-referencial de atención del Centro de Salud Tío Rolo es el espacio comprendido por las siguientes calles: Avellaneda, Ordoñez, Ov. Lagos y Soldini.

La institución permanece en funcionamiento desde las 07:00hs a las 19:00hs. Aunque algunos profesionales tienen un horario de atención más acotado o días específicos.

El centro de salud es un lugar de referencia para los vecinos, no sólo por la cercanía geográfica y por el tiempo que se encuentra en el barrio, sino también por la descentralización de la gestión de salud en la ciudad de Rosario. Según Ferrandini (2004) *"se trata del área de influencia de cada centro de salud, definida como el ámbito de interacción posible entre el equipo de salud y la población de un territorio. Del análisis del espacio así delimitado se irá definiendo la co-responsabilidad por la salud entre población y servicios (...), para garantizar la equidad en la utilización de los servicios, y también en la capacidad de participar en el proceso de toma de decisiones"* (Ferrandini, 2004: 24-25). Por lo tanto, la población que asiste al centro de salud es desde los 0 a los 99 años de edad. En la institución actualmente tienen un aproximado de 2200 historias clínicas.

Actualmente el Centro de Salud tiene como jefe a un Odontólogo. El resto del equipo es interdisciplinario y está constituido por médicos clínicos y generalistas, enfermeras, trabajador social, psicóloga, farmacéutica, pediatra, administrativos, personal encargado de limpieza y de seguridad, estudiantes de trabajo social, residentes de medicina general y pediatría.

Trabajan en red a partir de derivaciones al CEMAR, al Hospital Roque Sáenz Peña, al Hospital de niños "Víctor. J. Vilela" y al Centro de salud del "Barrio Plata" donde cuentan con una fonoaudióloga y un kinesiólogo.

Interinstitucionalmente -dentro del barrio- intervienen con un Jardín de Infante, Escuela Primaria, CCB, CIC, Centro de Día y un Centro Comunitario.

III- Actualidad

i- El Abuso sexual como delito de la acción pública

El día 10 de octubre del presente año, el Senado Nacional sancionó una ley que obligará al Estado a actuar de oficio ante los delitos de abuso sexual en la infancia. A partir de esta reforma, si se conoce el hecho de que un NNyA menor de 18 años fuera víctima de abuso sexual, cualquier ciudadano puede realizar la denuncia y el Estado está obligado a investigar los hechos denunciados, aunque no hayan sido ratificados por los tutores del NNyA.

Antes de que saliera esta ley, el abuso sexual en la infancia era considerado un delito de orden privado. La acción penal sólo podía ser iniciada por la víctima, familiares o tutores a cargo.

La iniciativa fue presentada por Carla Carrizo, diputada por la Evolución Radical-Capital, y se aprobó por voto unánime de los 60 senadores presentes de la Cámara Baja.

Según retomamos del Diario La Nación *"una de las razones que explican esta modificación del Código Penal -artículo 72- es la baja cantidad de* situaciones *de abuso sexual* en la infancia *que llegan a la Justicia debido a que, por lo general, el delito suele involucrar a un familiar o a una persona relacionada con la familia de la víctima" (2018).* Datos extraoficiales manifiestan que, el 52% de las víctimas de abuso sexual suelen ser NNyA menores de edad. Sin embargo, se estima que sólo el 10% de esas situaciones llegan a la Justicia como consecuencia del silencio intrafamiliar que rige en los abusos. Y según la Organización Mundial de la Salud, una de cada cinco niñas y uno de cada 13 niños son víctimas de un delito de índole sexual durante su niñez. Consideramos que esta ley es un gran paso para la infancia, y esperamos que el Estado actúe como responsable del bienestar de los NNyA, que sean protegidos y que siempre prevalezca la voz y "*el interés superior del niño*". La legisladora Carrizo -al aprobarse dicha ley- explicó que el próximo paso será "*trabajar en protocolos y capacitaciones para operadores judiciales"* que tengan que tratar con causas de abuso sexual en la infancia.

Capítulo II
Maltrato en la Infancia

I- Historicidad del maltrato en la infancia

El maltrato en la infancia es un fenómeno que ha tenido lugar desde el comienzo de la civilización. Sin embargo, su reconocimiento y caracterización como problema social es relativamente reciente, "*desde la antigüedad, padres, madres, tutores y adultos responsables de crianza han utilizado diferentes formas de maltratos, las cuales han sido consideradas como formas de enseñanza o medidas correctivas*" (Tonon, 2001: 9). Es decir, por mucho tiempo fue considerado una forma de educación: un herramienta correctiva y bien intencionada.

"La consideración como problema social conlleva a nuevas representaciones simbólicas y así, a construcciones en materia legal, profesional y socio-cultural. Sin embargo, la herencia que ha dejado la antigua concepción sigue vigente, implícita o explícitamente, en muchos sujetos y/o instituciones" (Zandona, 2008: 25).

Siguiendo a Volnovich (2010) consideramos que en el último tiempo cada vez son más intensos los malos tratos físicos y emocionales, que causan tal trastorno en la subjetividad infantil, incluyendo el abuso sexual como uno de estos malos tratos. "En otro tiempo, al detectarse abuso sexual junto con otros maltratos (físicos, por negligencia, psicológico) en un NNyA, éstos primero eran derivados a un tratamiento específico por abuso sexual y después se lo encaminaba, si era necesario, a tratar los otros maltratos. Se prioriza lo que se consideraba la causa del mayor daño en el NNyA, tratándose el trauma más severo" (Volnovich, 2010: 130).

Actualmente, en general el maltrato físico y/o emocional padecido por algunos NNyA es tan formidable, que el abuso sexual pasa a ser un tipo más del maltrato recibido, priorizando el tratamiento por el maltrato físico y emocional sobre el abuso sexual que reciben.

Cualquiera sea de las variables a las que se haga alusión, la categoría violencia va a estar implicada en las situaciones de maltrato infantil.

La violencia es una forma de ejercicio de poder mediante el empleo de la fuerza (física, psicológica, económica, política, sexual, etc.) e implica la existencia de jerarquías reales o simbólicas. Es una acción que implica la existencia de una asimetría de poder de quien ejerce la violencia hacia quien no puede defenderse. Las violencias implican acciones, relaciones y discursos que buscan dominar y someter a NNyA aprovechándose de la vulnerabilidad y desigualdad existente.

La violencia es una manera de actuar basada en la utilización de alguna forma de forzamiento de poder que produce daños.

Existen distintos procesos facilitadores de situaciones de violencia como los de invisibilización, naturalización, insensibilización y encubrimiento, que generan dificultades para su reconocimiento. Referir a procesos manifiesta que son construcciones tendientes a minimizar, opacar, ocultar y/o justificar dichos actos.

Consideramos al igual que Zandona (2008) que "*poner en cuestión situaciones consideradas por mucho tiempo naturales, para empezar a pensarlas como problema social es el punto que pone en jaque los procesos de naturalización del maltrato infantil y por lo tanto el lugar de los niños desde la sumisión, obediencia y culpa.*

Los procesos de invisibilización han generado silencios y negaciones que aún hoy, aunque no con la misma contundencia, pretenden seguir vigentes".

II- Conceptualización del maltrato en la infancia

i- Definiciones

El maltrato infantil atenta contra los derechos más básicos de niños, niñas y adolescentes. Actualmente es un problema social complejo que afecta a la sociedad en general, perjudicando particularmente a la víctima y, por lo tanto, el entorno familiar, escolar o comunitario.

El maltrato alude a cualquier acción u omisión -no accidental- por parte de adultos provocando daños y sufrimientos reales o potenciales de diferente índole que vulneran y

comprometen el desarrollo psicológico y físico del niño y, su desarrollo emocional y social.

Las secuelas pueden manifestarse inmediatamente o tener consecuencias futuras en el desarrollo de los NNyA. Incluso muchas consecuencias pueden ser de largo plazo y, reflejarse en la adultez.

Teniendo en cuenta que el maltrato infantil es un concepto polisémico tomamos la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): *"El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causan o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia en el corto de una relación de responsabilidad, confianza o poder".*

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) -adoptada por Naciones Unidas en 1989- afirma de manera categórica que el maltrato constituye una abierta vulneración de los Derechos Humanos de NNyA. En su artículo 19, refiere que el maltrato *"es toda forma de perjuicio o de abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluso el abuso sexual, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo"*, recogiendo así mismo *"el derecho del niño o niña a vivir sin sufrir ningún tipo de violencia o maltrato y la obligación de los Estados parte de garantizar este derecho".*

ii- Tipos de maltrato infantil

Considerando el contexto de la violencia en el maltrato infantil, puede producirse un Maltrato Intrafamiliar, en el que las personas menores son maltratadas por un miembro adulto de su familia, es decir, que se produce en aquellos espacios y lugares que debieran ser de protección, de afecto, de estímulo a su desarrollo integral y de resguardo y promoción de sus derechos. El maltrato intrafamiliar se conoce también como "abuso sexual incestuoso", para dar a entender que tanto el abusador como el niño o la niña víctima están vinculados por lazos familiares.

El incesto corresponde a una forma de abuso sexual, referida al contexto de la propia familia: donde el abusador puede ser el padre, hermano, abuelos, tíos, padrastros, o familiares cercanos allegados a la víctima. Según Podestá y Rovea (2003) el incesto ha

sido juzgado como una falta que perturba el orden de la familia y trastorna su organización jerárquica. Generalmente este delito no deja huellas, porque no se utiliza la fuerza física, sino que se basa en la seducción y el engaño.

Cuando el maltrato se produce por personas adultas que no pertenecen a la familia, existe un Maltrato Extrafamiliar. Se produce cuando el agresor no pertenece al medio familiar del niño o niña. El adulto agresor puede ser un sujeto totalmente desconocido para el niño, así como para su familia, o alguien conocido que pertenece al entorno del niño.

Dentro del concepto "maltrato infantil" se reconocen y establecen distintas tipologías en función de diferentes modalidades entre los cuales se encuentra: el maltrato físico, negligencia y abandono físico, maltrato y abandono emocional y abuso sexual.

Maltrato físico: acción no accidental infligido por un adulto que causa un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo.

Negligencia y abandono físico: situación en la cual las necesidades básicas del niño o la niña no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive por motivos diferentes a la pobreza.

Falla parcial o totalmente la existencia misma de los lazos de apego. "En estos casos los rituales casi no existen, porque los miembros de la familia son casi "transparentes" los unos para los otros, es decir, no significan nada el uno para el otro. Los niños y sus necesidades son prácticamente invisibles para el adulto" (Barudy, 1998: 115).

Maltrato y abandono emocional: situación en la que el NNyA no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y la protección necesaria para cada período evolutivo inhibiendo su desarrollo óptimo. También se aplica a las conductas reiteradas de los padres, madres o cuidadores que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social y/o intelectual del NNyA.

Abuso sexual: es toda aquella situación en que un adulto utiliza a un niño o niña para obtener satisfacción sexual, en la cual estos son sujetos pasivos de tales actos y pierden la propiedad de sus cuerpos. Comprende todas actividades sexuales en las que los niños y las niñas se ven involucrados con adultos que ejercen sobre ellos conductas sexuales abusivas. Según Podestá y Rovea (2003) el daño que se le produce no es accidental, al ser ocasionado por una persona de mayor edad, más fuerte o con una mayor autoridad, conocida o no por éste.

El maltrato físico, maltrato o abandono emocional y el abuso sexual son considerados maltratos de carácter activo, se debe a cualquier tipo de intervención de la

persona que maltrata provocando un daño físico o emocional. En tanto que la negligencia y abandono físico, maltrato y abandono emocional son considerados maltratos de carácter pasivo, aquel que se produce cuando se dejan de atender las necesidades básicas de los niños y las niñas.

III- Conceptualización del Abuso Sexual en la Infancia

i- Antes de continuar…

La primera cuestión que me parece relevante aclarar, tal como lo plantean especialistas de UNICEF y Eva Giberti es que "*el abuso sexual infantil*" no existe, porque infantil es un adjetivo calificativo que está determinando al abuso como infantil: "*es la costumbre de hablar mal, de simplificar. No hay abuso sexual infantil, porque infantil es un calificativo de abuso y el abuso no es calificable como infantil. La forma correcta, es decir: ´Niños y niñas abusados sexualmente por adultos´* o niños y niñas víctimas o niños y niñas que han sido abusados. *De la otra manera queda encubierto que el adulto es el responsable*" (Giberti Eva, 2013). O el termino da lugar a minimizar la gravedad de la experiencia para el NNyA y se torna más difícil comprender su impacto.

ii- Definiciones

No existe una definición única de lo que constituye "abuso sexual" en la infancia. Un recorrido general de la literatura muestra definiciones más o menos abarcadoras.

La definición que más se ha difundido fue la aportada por National Center of Child Abuse and Neglect (1978), agencia federal norteamericana que indica que el abuso sexual se define como:

"…Contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro."

Una definición que retomamos es la adoptada por UNICEF (2017) quién considera que el abuso sexual ocurre cuando un niño es utilizado para la estimulación

sexual de su agresor o la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independiente de si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo.

También el contacto sexual entre un adolescente y un niño o una niña más pequeños también puede ser abusivo si hay una significativa disparidad en la edad, el desarrollo, el tamaño o si existe aprovechamiento intencionado de esas diferencias.

Otra definición que utilizamos es la que se desarrolla en el trabajo realizado para la OPS- OMS, que plantea que:

"El abuso sexual de menores consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona".

iii- El abuso sexual como abuso de poder

Todo abuso sexual implica violencia, incluye coacción de modo implícito o explícito; la naturalización y legitimación de la violencia en todos los ámbitos de la sociedad y la consecuente aceptación de los valores violentos trasmitidos culturalmente, impide que muchos de los hechos producidos en el seno de la familia sean vistos como delitos.

Es fundamental no concebir el abuso sexual como una cuestión únicamente concerniente a la sexualidad del individuo, sino como un abuso de poder fruto de esa asimetría. Una persona tiene poder sobre otra cuando le obliga a realizar algo que esta no deseaba, sea cual sea el medio que utilice para ello, ya que la coacción puede abarcar: la amenaza, uso de grados variables de fuerza, intimidación psicológica, extorsión y chantaje. La persona con poder está en una situación de superioridad sobre la víctima que impide a ésta el uso y disfrute de su libertad. La persona mayor goza de autoridad, poder y coerción generando un contexto de desigualdad. Pero igualmente importante es entender que el "poder" o esta asimetría no sólo refiere a la diferencia de edad, sino que

además se considera la asimetría anatómica, en el desarrollo, en las habilidades sociales, en la experiencia sexual, etc., ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes**.**

iv- Etapas de abuso sexual

Rolans Summit presenta su Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil (SAASI), que si bien esta propuesto como un modelo simple y lógico a utilizar por los clínicos para mejorar la comprensión y aceptación de la posición del niño en las dinámicas complejas y controvertidas de la victimización sexual, podemos considerarlo desde el punto de vista psicológico como una serie que ocurre durante un proceso del abuso.

La aplicación del síndrome tiende a desafiar los mitos y prejuicios consolidados, proporcionando credibilidad y defensoría para el NNyA en todo el proceso de tratamiento.

El síndrome está compuesto de cinco categorías, de las cuales dos definen la vulnerabilidad básica de la niñez y, tres son secuencialmente contingentes en la agresión sexual:

1 - el ocultamiento o secreto;

2 - el desamparo;

3 - el entrampamiento y acomodación;

4 - la revelación y,

5 - la retractación.

La primer categoría denominada ocultamiento o secreto es aquella donde el agresor presiona e intenta, de manera muchas veces encubierta, que su víctima no cuente lo que está ocurriendo. El secreto es impuesto por la manipulación emocional, la amenaza y los sentimientos de culpabilidad. “Otra modalidad es decirle que nadie le creerá y que la responsabilidad de la unión familiar la tiene el niño o niña. De ese modo trastoca los valores morales del niño o niña al transmitirle que lo correcto es mentir y ocultar para proteger a sus seres queridos. En la víctima la vergüenza y la culpa, alimentada por el agresor, crece y la aísla cada vez más (Müller, 2015: 28).

La segunda categoría es conocida como desamparo, desprotección o indefensión. El niño confía plenamente en las personas cercanas y no espera recibir de ellas una conducta inadecuada, sino protección. Si un adulto de su confianza lo somete al abuso sexual el menor se sentirá traicionado en su confianza y totalmente desprotegido. Este abuso sexual en la infancia provoca en la victima el desarrollo de sentimientos de

impotencia y desprotección que pueden perdurar a lo largo de toda su vida, y generalizarse al resto de sus relaciones interpersonales.

Acomodación es la tercera categoría, el abuso sexual es un proceso recurrente y, como "el niño o la niña no tienen recursos para detenerlo, intenta mediante un proceso de acomodación a la situación traumática paliar la sensación de acorralamiento en la que se halla inmerso. El niño o la niña se encuentra atrapado/a el secreto debido a que el agresor se ha impuesto la responsabilidad de cuidar de la unidad de su familia" (Müller,2015: 28).

La cuarta categoría es la revelación o denuncia tardía, conflictiva e inconvincente. Generalmente el momento de denunciar o decir lo que le está sucediendo a la víctima se produce tiempo después de la agresión y, esto va a depender del estado anímico de la misma.

La desconfianza y descreimiento que percibe la victima de parte de la persona a quién se lo cuenta hacen que se cumpla uno de los preceptos del agresor de que no será creída, por lo tanto, el abuso sexual continuará en secreto entre abusador y abusado, a pesar del intento de la víctima, a través de su relato, de recibir algún tipo de ayuda.

Por último, la retractación, que se produce cuando las víctimas develan la situación de abuso, donde es primordial la respuesta de los adultos: deben recibir apoyo, sostén y deben creer en lo que redactan los NNyA.

En aquellos casos donde no reciben apoyo luego de la develación, es frecuente que la víctima se retracte de lo dicho. Y su entorno familiar creen más en la retractación que la existencia de los abusos sexuales implicando enormes riesgos para las victimas debido a la no credibilidad y retractación.

Suzanne Sgroi describe el abuso sexual en etapas bien diferenciadas:

1- Fase de captación;

2- Fase de interacción sexual;

3- Fase del secreto;

4- Fase del develamiento y,

5- Fase de la supresión o retractación.

En la fase de captación o preparación el abusador logra detectar en los NNyA a aquellos/as con carencias emocionales. Es por ello que se da un vínculo de confianza donde se utiliza el afecto para manipular a los NNyA. "La primera etapa se caracteriza por la creación de un vínculo con el niño o la niña, generalmente desde una función de cuidado y protección seguida por la inducción de conductas sexualizadas en las que el niño o la niña participa. (…) El abusador primero establece una relación no sexualizada

desde una postura de familiaridad con el niño o la niña, al que gradualmente adoctrina para involucrarlo/a en los acercamientos sexuales, que se complejizan con el tiempo (Müller,2015: 30).

La fase de interacción sexual es el contacto del agresor con el cuerpo de la víctima, a través de diferentes conductas sexuales que puede manifestarse de diferentes modos. En estas situaciones se pone en marcha un mecanismo de defensa conocido como "disociación", por el cual se separan los hechos reales de los sentimientos que generan.

"La disociación permite convivir y sobrevivir a diferentes situaciones altamente traumáticas. Por efecto de la disociación los recuerdos traumáticos se pueden perder de manera total o parcial, o ciertos fragmentos preceptúales se pueden conservar, permitiendo que los hechos conmocionantes para el psiquismo queden integrados a la historia personal como episodios poco significativos (Müller, 2015: 32).

La tercera fase crucial para sostener el abuso en el tiempo, incluso perpetuarlo es el secreto que, logra instalarse por diferentes motivos, "es un pacto de silencio" entre los NNyA y la persona agresora.

La fase de develamiento implica la ruptura del secreto, la cual puede darse por el relato voluntario del NNyA o por la detección de indicadores físicos o psicológicos en la víctima.

Por último, encontramos la fase de la supresión o retractación, en la que los NNyA muchas veces se retractan por "la culpa de desunir la familia", y el mundo adulto prefiere mirar para otro lado.

v- Contexto en el que ocurre el abuso sexual

"Los abusos sexuales se pueden dar en diversas situaciones, que en algunos casos pueden ocurrir de manera simultánea o superpuesta. Es importante que los profesionales que trabajan con NNyA y, tienen que intervenir en estos casos puedan reconocerlos:

- Abusos sexuales entre dos personas: es el tipo de abuso que ocurre con mayor frecuencia, se produce en un vínculo entre el victimario y la víctima.
- Abusos grupales: consiste en que a) varias víctimas sean agredidas por una sola persona; b) varias personas agredan a una víctima, o c) varias personas agredan a varias víctimas. Tanto una u otra modalidad pueden ocurrir intrafamiliar o extrafamiliar.

- Rondas de sexo: es una forma de sexo grupal y suele ser utilizada por los pedófilos para acceder a los NNyA con facilidad y para utilizarlos sexualmente.
- Explotación sexual de NNyA: consiste en la utilización de los NNyA para la prostitución o para la producción de pornografía.
- Ritualismo: consiste en la utilización de los NNyA para formar parte de rituales al interior de sectas.[7]

vi- ¿Quiénes pueden ser víctimas de abuso sexual en la infantil?

Cualquier NNyA puede ser víctima de abuso sexual, independientemente de su edad, género, etnia y nivel sociocultural. A diferencia de otros tipos de maltrato como el maltrato físico y la negligencia, en los que el agresor es típicamente de su contexto familiar, el agresor de un abuso sexual contra los NNyA puede ser cualquier persona.

Los NNyA siempre son víctima frente al agresor, y a la vez, vulnerables frente a los adultos porque están en desarrollo y son dependientes. Muchas veces son sorprendidos, confundidos y engañados, ya que los abusos sexuales se dan en forma progresiva en el contexto de una relación signada por la asimetría mental y física y, de afecto previamente. El agresor sexual suele emplear atenciones especiales, demostraciones de afecto, juegos y regalos para lograr la confianza de los NNyA.

Desde el punto de vista estadístico, una parte importante de los abusos son de tipo incestuosos, es decir, ejercida por familiares y conocidos del NNyA y favorecida por la convivencia o cercanía.

vii- Características generales que asume el abuso sexual en la infancia

El abuso sexual contra NNyA es una de las peores formas de violencia contra la niñez y adolescencia. A pesar de que constituye un problema creciente, la mayoría de las situaciones no son detectadas ni denunciadas. Y en aquellas que son detectadas no suele

[7] Idem.

Müller, María Beatriz (2015): Abuso sexual en la infancia. Mitos, construcciones e injusticias: el éxito judicial del falso síndrome de alienación parental. Buenos Aires, Maipue.

haber lesiones físicas que funcionen como indicios para determinar quién fue el agresor ni hay una conducta especifica que las victimas presenten. Por lo tanto, la única evidencia del abuso cometido en contra de los niños es su palabra, por lo tanto, es imprescindible prestarle atención, privacidad y escucharlos sin juzgarlos.

Los NNyA víctimas de abuso sexual pasan por procesos traumáticos distintos, dependiendo de las edades y, con frecuencia callan: por miedo, culpa, impotencia, desvalimiento, vergüenza. Lo característico de este tipo de abuso es que se sienten cómplices, impotentes, humillados y estigmatizados.

Según Podestá y Rovea (2003) dentro de las características que asume el abuso sexual encontramos la *invisibilidad*, ya que es un delito que no deja huellas y, por lo general no se utiliza la fuerza física.

El agresor utiliza métodos persuasivos haciendo que las víctimas sientan culpa y se consideren responsables, por lo tanto, una de las características es la *complicidad*. Dichos métodos los pone en práctica -cuando el delito es denunciado- ante jueces y/o la comunidad considerándolo como un *delito tramposo* para desentrañar.

El abuso sexual es un delito que tiene atravesamientos múltiples -por lo tanto, se habla de *complejidad*-, que necesita una intervención de saberes interdisciplinarios.

Y, por último, tiene un *efecto multiplicador,* ya que el daño puede manifestarse en un futuro bajo otras sintomatologías.

viii- Consecuencias generales que asume el abuso sexual en la infancia

Las consecuencias de los abusos sexuales dependen de varios factores, como la gravedad del hecho en sí mismo (tipo de agresión-duración-frecuencia), las edades del agresor y de la víctima, la relación entre el agresor y el agredido, características/personalidad de la víctima, las respuestas del entorno y la posibilidad de encontrar ayuda adecuada.

Más allá de las diferencias individuales, el abuso sexual siempre es una experiencia de fuerte impacto en la vida de una persona y puede afectar todas las esferas de su vida: su integridad física y emocional; su integridad y libertad sexual; la armonía de su vida social, familiar y laboral; los intereses patrimoniales; el sentido de dignidad, de libertad personal y de justicia, entre otros.

“Niños y niñas maltratados y/o abusados sexualmente, y sometidos a la ley del silencio y/o a la mistificación de sus experiencias, pueden desarrollarse actitudes

desviadas, promiscuidad sexual, problemas de comportamiento, delincuencia, prostitución, etc. que, de modo analógico, denuncian las situaciones de abuso de poder de las cuales fueron víctimas" (Barudy, 1998: 27).

La agresión sexual es un acontecimiento traumático para el menor, ante el que puede reaccionar con una serie de efectos psicológicos a corto plazo (si su aparición es anterior a los dos años siguientes del abuso) y a largo plazo (si se produce con posterioridad). Los NNyA víctimas del abuso tienen, asimismo, un mayor riesgo de desarrollar problemas interpersonales y psicológicos" (Girán Sánchez, 2915: 66).

"En la mayoría de los casos, el abuso sexual constituye una experiencia traumática que repercute negativamente en el estado psicológico de las víctimas. Es más, si no reciben un tratamiento psicológico adecuado, su malestar suele continuar incluso en la edad adulta (como se cita en Girán Sánchez, 2015: 67).

El alcance de las consecuencias a corto plazo "va a depender del grado del sentimiento de culpa y victimización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento que disponga la víctima" (Girán Sánchez, 2015: 68). Por lo tanto, es importante que todos los NNyA transiten este proceso y sean contenidos y acompañados por su familia.

En general, los niños y niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas, fracaso escolar, dificultades de socialización y mayor probabilidad de exteriorizar problemas de comportamiento como, por ejemplo, conductas violencias y de agresividad y agresiones sexuales.

Los efectos a largo plazo son menos frecuentes y están más desdibujadas que las secuelas iniciales. Sin embargo, la victimización infantil constituye un factor de riesgo importante de desarrollo en la edad adulta. "...En gran parte de los casos el mero paso del tiempo no implica la resolución del trauma, sino el tránsito de un tipo de sintomatología a otra…" (Girón Sánchez, 2015: 67).

Los tipos de efectos en relación a la sintomatología asociada a la experiencia de abusos sexuales durante la infancia, a corto y largo plazo son: físicos, conductuales, sociales, sexuales y emocionales.

ix- Mitos y prejuicios

"Los mitos son creencias erróneas que la mayoría de la gente acepta como si fuesen verdades" (Podestá y Rovea, 2003: 63). En relación a la problemática del abuso

sexual en la infancia, existe una enorme cantidad de mitos y creencias que resulta de una tarea compleja de deconstrucción para la sociedad que los sostiene.

Entre las creencias más comunes, se pueden señalar las siguientes:

I- Mito: Los abusos sexuales contra los NNyA no son frecuentes.

Realidad: Uno de los principales obstáculos para acercarse a esta realidad es la suposición de que el abuso es un hecho excepcional. Los abusos sexuales son un problema común en la infancia. "Según datos de la OMS, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres adultos declararon haber sufrido abusos sexuales en la infancia" (Unicef, 2017).

II- Mito: Los agresores sexuales siempre usan la fuerza física para someter sexualmente a los NNyA.

Realidad: En los abusos no siempre se utiliza la fuerza física. Suelen emplear tácticas de persuasión y manipulación, juegos, engaños, amenazas y distintas formas de coerción para involucrar a los NNyA y mantener su silencio

III- Mito: Los NNyA que han sufrido abusos sexuales son agresores sexuales en su vida adulta.

Realidad: Solamente una proporción de los NNyA que fueron abusados sexualmente y no recibieron tratamiento adecuado deviene agresor sexual.

IV- Mito: Los niños mienten inventan, fantasean. Son inducidos, fabuladores, programados. Por lo tanto, sus dichos no son creíbles.

Realidad: Estas afirmaciones indican prejuicios arraigos en nuestra sociedad que son empleados para descalificar e invalidar los dichos de los NNyA.

Entendemos que no sólo esta afirmación aparece como un prejuicio, sino que existen más sobre la problemática: como, por ejemplo, *"que los niños o niñas provocan a los adultos*". Este mito está unido a la creencia machista de que *"los hombres no son de hierro…"* y que resulta muy difícil controlar los impulsos relacionados a la sexualidad. Según Heller (1974) el prejuicio es la categoría del pensamiento y del comportamiento cotidianos. (…). Se encuentran por encima de la cotidianidad y sirven para consolidad y mantener la estabilidad y la cohesión de la integración dada.

"La cuestión es: ¿cómo liberarnos de los prejuicios? ¿Hay algún esquema, alguna recta, algún consejo que lo garantice? No lo hay, naturalmente. Muchas veces sólo a posterior se puede apreciar que una opinión era un prejuicio, y muy a menudo nos es imposible percibir el punto nodal histórico en el cual nuestras ideas no prejuzgadas se convierten en prejuicios (Heller, 1974: 93).

Creemos que para liberarnos de los prejuicios es necesario un re-trabajo consciente y de desconstrucción de las creencias erróneas que la sociedad sostiene y avala la distorsión que se realiza sobre la percepción de los acontecimientos violentos.

V- Mito: Que la familia es siempre un lugar seguro.

VI- Mito: Que sólo sucede en las familias asociadas con la pobreza, vulnerabilidad y la marginalidad.

VII- Mito: Que el tipo de abuso, ocurrido en el seno de la familia es rápidamente denunciado.

VIII: Mito: Que las madres, cuando se enteran, lo comunican inmediatamente

La idea de que al interior de una familia pueda suceder un abuso es rechazada por la generalidad. Sin embargo, es pertinente considerar que la familia no funciona como "la familia ideal", donde se cuida y se protege. Sino que también, en algunos casos, miembros de la familia irrumpen con los "preestablecido" produciendo una agresión sexual a los miembros más vulnerables.

El abuso sexual se da en todas las clases sociales. La diferencia es que "en las clases sociales más bajas" se llega con mayor frecuencia a las denuncias y, en relación a las demás, se tiende a ocultar con mayor rigidez y prejuicios estas situaciones.

Lo coerción emocional y/o física que ejerce el abusador sobre la víctima, tiene como fin garantizar su silencio. Muchas veces, los NNyA no revelan el secreto, porque están convencidos "que su familia se desintegrará".

En cuanto a las madres, no puede considerarse que todas las madres reaccionan de la misma manera frente a la develación.

Lo que varía es la respuesta que da cada madre a la situación, el tiempo que se toma para hacer algo y el proceso que sigue cada una.

Capítulo III
Intervención profesional

En el presente capítulo nos interesa realizar una aproximación y comprender cómo se construye la intervención profesional del Trabajo Social en la problemática de abuso sexual en la infancia. Para ello es importante definir qué entendemos por intervención profesional y cómo se plantea la misma a partir de la problemática analizada. Entre los aspectos centrales del campo de intervención profesional es necesario recuperar los conceptos de intervención social, historia social-cotidiana de los sujetos y vida cotidiana los cuales se articulan con nuestra profesión.

Finalmente presentaremos la importancia del Trabajo Social dentro del abordaje interdisciplinario, el cual contribuye en la problemática analizada como el lugar que se construye cotidianamente en función de un diálogo con diferentes profesionales que instaura la intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro para afrontar los problemas que se presentan. Retomamos a Carballeda quién explica que, "*tal vez la intervención en lo social no implique agregar ni quitar nada sino solamente "hacer ver" aquello que el contexto, el escenario, el clima de época impiden visualizar. Y acaso permita hacer que ese otro recupere historicidad, ubicándolo en el lugar de la verdad, corriéndolo del banquillo de la sospecha, entendiendo que se es en tanto efecto de la cultura, que es imposible pensarse separado de los otros, y que la diferenciación estriba en lo singular de las inscripciones de cada cuerpo*" (Carballeda, 2008: 39).

Reconocer lo artificial de la intervención implica básicamente tender a su desnaturalización, entenderla como dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella.

i- Consideraciones conceptuales y metodológicas

En primer lugar, partimos por considerar que, en Trabajo Social existen diversas interpretaciones acerca de su origen y desarrollo, y que para garantizar el Trabajo Social en los tiempos actuales es necesario romper con el común denominador de "*una visión de la profesión y sus pioneras, desvalorizante, estigmatizante, descalificadora, prejuiciosa*" (Travi, 2006: 27).

Si bien hay una marca de nacimiento del Trabajo Social, pese a este ejercicio benéfico de la profesión y a pesar de las falencias, se ha transitado un largo camino en la profesión y ha crecido de una manera muy importante y muy intensa académicamente: *con una mirada mucho más desprejuiciada*[8].

Todo proceso de profesionalización implica aspectos como el desarrollo de un cuerpo de conocimientos disciplinares, la consolidación de la investigación, el establecimiento de principios éticos que rigen el accionar de la profesión, una organización interna que ejerce autoridad sobre el ejercicio y que desarrolla una cultura profesional y el reconocimiento público de la actividad profesional.

Desde nuestro punto de vista y retomando a Bibiana Travi (2006), entendemos que el proceso de profesionalización constituye el punto de inflexión y ruptura a través del cual el Trabajo Social, nacido como una profesión basada en el "*ejercicio de ayuda*", comienza a edificar los cimientos que le permitirán convertirse en una práctica profesional[9] con reconocimiento público y académico y en una nueva disciplina de las ciencias sociales. Y por esto, la autora considera, que de ninguna manera podría argumentarse que se trata de una mera "*tecnificación de la asistencia*" y las viejas prácticas de caridad y beneficencia, cuya ruptura se produce en EE.UU en la última década del siglo XIX.

Es a partir de este cambio de concepción que puede explicarse "*cómo el Trabajo Social reorienta y renueva sus objetivos de intervención, dirigiéndose entonces a brindar apoyo, sostén, acompañamiento, y a desarrollar al máximo las potencialidades de los sujetos. Es en este contexto que el desarrollo e innovación con relación a las técnicas e instrumentos, y la pericia en su aplicación, adquieren particular relevancia"* (Travi, 2006: 37).

Adherimos a la perspectiva que entiende al Trabajo Social como un proceso de trabajo. Es decir que el profesional de Trabajo Social, es un trabajador asalariado, que vende su fuerza de trabajo especializada o su capacidad de trabajo a organismos estatales o privados debido a que el ejercicio profesional de Trabajo Social lo abordamos en diferentes ámbitos: estatal, gubernamental -ONG, OSC- y mercantil. Predominantemente

[8] Frías, Carmen (2003). "El abuso sexual infantil: abordaje desde el trabajo social"

[9] Según Tonon, Graciela (2001) La práctica profesional se configura como una forma de trabajo. Como cualquier profesión, inscripta en la división social y técnica de trabajo (…). La práctica profesional es considerada como una forma de trabajo cualificado que se desarrolla en un espacio con características específicas y que resulta de un devenir histórico.

quienes demandan esa fuerza de trabajo calificada y la contratan es la entidad estatal. Es común que el contratante de esta fuerza de trabajo no sea el mismo sujeto que se presenta como destinatario o usuario de los servicios que presta el profesional.

El Trabajador Social es solicitado para desempeñar su profesión en un proceso de trabajo colectivo, es decir, a trabajar interdisciplinariamente. Por lo tanto, es necesario que sea considerado como trabajador/a asalariado/a desligado de prácticas y acciones de beneficencia, caridad, filantropía. Mediante el proceso de compra y venta de la fuerza de trabajo especializada a cambio de un salario hace que el Trabajo Social se constituya como una profesión que participa de la creación y prestación de servicios que atienden a las necesidades sociales.

El Trabajo Social es una disciplina profesional, tiene en la *cuestión social*[10] la base de su fundación como especialización del trabajo colectivo. Se inserta en la *división social y técnica del trabajo "su reproducción depende de su utilidad social. Esto es que sea capaz de responder a las necesidades sociales, que son la fuente de la demanda"* (Tonon, 2001:45). Se inscribe en el ámbito de la producción y reproducción de la vida social y "*en el campo de la defensa y realización de los derechos sociales de ciudadanía, en la gestión de la cosa pública*" (Iamamoto, 2013:37).

Recuperamos el concepto de Trabajo Social que la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS) y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) adoptan, al decir que:

"*La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social*".

Por último, retomamos la discusión de los rumbos perseguidos por el trabajo profesional considerando que "*el desafío consiste en redescubrir alternativas y*

[10] "Aprehendida como el conjunto de las expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura, que tiene una raíz común: la producción social es cada vez más colectiva, el trabajo se torna cada vez más social, mientras que la apropiación de sus frutos se mantiene privada, monopolizada por una parte de la sociedad" (Iamamoto, 2013:41).

posibilidades para el trabajo profesional en el actual escenario; trazar horizontes para la formulación de propuestas para enfrentar la cuestión social y que sean solidarias con el modo de vida de aquellos que la vivencian, no sólo como víctimas, sino también como sujetos que luchan por la preservación y la conquista de su vida, de su humanidad" (Iamamoto, 2003: 95). Dimensionar lo nuevo en el trabajo profesional significa las *inéditas mediaciones históricas* que moldan los procesos sociales. Al profesional se le exige un bagaje de conocimiento teórico-metodológico que le permita elaborar una interpretación crítica de su contexto de trabajo.

ii- Trabajo Social e intervención profesional

El Trabajo Social como disciplina tiene por objeto "*lo social*": entendiendo a esto como el campo de acción, aludiendo a la comunidad, beneficiarios, sujetos con necesidades humanas básicas, etc. Según Teresa Matus (2002) el trabajo social tiene por objeto atender los sectores sociales que presentan limitaciones para la satisfacción de sus necesidades básicas y que requieren enfrentar y superar su situación. Se afirma que el Trabajo Social enfrenta y modifica situaciones enfocándolas como un todo, y atraviesa la búsqueda del objeto mediante el concepto de necesidades humanas que, la satisfacción de necesidades tanto biológicas como psicosociales estaría dando como resultante la categoría de bienestar social, la cual constituye la preocupación fundamental del Trabajo Social como lo fundamenta la FITS. La intervención se torna un espacio de construcción de nuevas preguntas, para que aquello que es construido por la injusticia y la desigualdad pueda ser desarmado, rehecho y básicamente transformado. Toda intervención tiene una intencionalidad, es decir, generar alguna modificación a la situación que se nos presenta (Carballeda, 2008).

Partimos por comprender que el Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas y que, busca la transformación de problemáticas y situaciones sociales, bajo los principios de justicia social, los Derechos Humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad entendiendo que el sujeto interviniente interactúa con su entorno a partir de un espacio físico-temporal.

"*La acción de Trabajo Social en la satisfacción de necesidades se proyecta también en una perspectiva de promover la participación y fortalecer la organización de la población beneficiaria*" (Matus, 2002: 35). Es decir, que son los beneficiarios como nombra Teresa Matus quienes deben incorporarse al proceso de transformación social, para que puedan responder a sus necesidades e intereses propios.

La intervención profesional, en tanto trabajo, quehacer o práctica específica "*intenta generar algún tipo de transformación o modificación en relación con la situación que le es presentada, se expresa en una construcción metodológica, en un conjunto de mediaciones que darán cuenta de la intencionalidad de transformación y de sus comos particulares"* (Cazzaniga, 2003).

Al reconocer ciertos factores históricos, socio-económicos, culturales, políticos y personales interconectados, entendemos que estos sirven como oportunidades y/o barreras para el bienestar y el desarrollo humano. Las barreras contribuyen a la perpetuación de las desigualdades, la discriminación, la explotación y la opresión. Por lo tanto, entendemos que la intervención profesional se centra en las causas de las dinámicas de marginación, exclusión y desintegración social.

Al referirnos a la problemática que venimos desarrollando, entendemos que cuando se atenta y vulneran los derechos humanos de los NNyA, desde el Trabajo Social se interviene para mejorar la calidad de vida de estos, contribuyendo a superar los problemas, a promover el desarrollo humano, y favorecer la autonomía y la participación de los sujetos con la finalidad de evitar la aparición de la problemática o la reaparición del acto abusivo teniendo siempre como prioridad la protección y el interés de los NNyA. La inserción nos permite situarnos frente a los sujetos, su grupo familiar y otros significantes -su hábitat, vida cotidiana, entorno, relaciones, contexto- para desde allí pensar distintas estrategias de intervención. Ya que, si bien consideramos que existen ciertos lineamientos básicos a seguir y un marco normativo que nos sustenta -*internacional, nacional y provincial*- en relación a esto, entendemos que no hay recetas estrictas ni específicas para cada intervención, sino que la misma se va construyendo de acuerdo a cada situación. La intervención profesional -*como dice Cazzaniga- "no es un episodio natural"* ni lineal*, sino una construcción artificial de un espacio-tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores: desde quienes solicitan la intervención (instituciones, sujetos individuales y colectivos o* a nivel familiar, grupal, comunitario o social) *y desde el propio sujeto profesional.*

Entendemos que la intervención profesional es "*la puesta en acto de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social -solicitud de intervención-, en el marco de una especificidad profesional. (...). La intervención profesional presenta un aspecto necesario de destacar: su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social. Esto es, la construcción histórico-social que de esa profesión se ha realizado: funciones, prácticas, resultados esperados, etc." (Cazzaniga, 2007).*

Como expresa Cazzaniga (1997: 2), "*dar cuenta, en términos de análisis, de la intervención profesional exige un esfuerzo de elucidación que, al decir de Castoriadis, es "el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan"* (Castoriadis, 1993 en Cazzaniga, 1997). En esta construcción es importante rescatar que la intervención profesional exige un *"proceso de reflexión y problematización constante de la visión teórica-ideológica que sostenemos -explicita e implícitamente- y de cómo esta visión se materializa en esa acción con sentido".* En relación a esto nos parece que es necesario, al considerar el proceso metodológico en Trabajo Social como "*algo dinámico, cambiante, sujeto permanentemente a una valoración, a una evaluación nuestra y a la posibilidad de un proceso de avances y retrocesos, evaluar lo que estamos haciendo y verificar la posibilidad de transformar los errores en cuestión positiva*"[11] entendemos que debemos desde nuestra práctica profesional, resolver permanentemente las contradicciones que aparecen en la realidad.

Estas consideraciones nos remiten a pensar que la intervención en lo social es "*un ámbito espacial que va siendo definido según la singularidad de cada circunstancia, problema o demanda a partir de los cuales se construye. Ese espacio, lugar en que la intervención se desarrolla toma forma de escenario*" (Carballeda, 2008: 75). De esta manera, podemos considerar que la intervención es un espacio, momento o lugar artificialmente construido como acción, que implica una mirada a lo local y una búsqueda de la singularidad del escenario de acuerdo a sus propias características, es decir, forma parte de una construcción histórica, de ese lugar que va a tener significados particulares. La intervención aporta formas de comprender y explicar según una direccionalidad definida y organizada sobre lo que se actúa, dentro de un "orden", una lógica precisa que se va construyendo a través de diferentes formas de relación con el otro, el contexto, el escenario, el territorio y las cartografías sociales.

[11] Gonzalez, Alicia. El Informe Social.

iii- Intervenir desde el Trabajo Social: abuso sexual en la infancia

Creemos que para trabajar la problemática del abuso sexual debemos interiorizarnos profundamente sobre la temática del género y la mujer. Es decir, que, si no tenemos en cuenta estas temáticas, no podríamos reconocer las desigualdades existentes que impone la cultura del patriarcado y, por lo tanto, no hubiéramos develado o reconocido las desigualdades que se producen en el ámbito doméstico -*incluyendo el maltrato y el abuso*- en cuanto a la organización familiar: donde se organizan de acuerdo a las jerarquías de poder y autoritarismo y, donde en muchas ocasiones se naturalizan las situaciones de violencia, dominación y la creencia de que los hijos "*son propiedad privada",* idea que prevaleció y aún prevalece silenciosamente dentro de las familias. Esta posibilidad de que se haya visibilizado y a lo largo de hoy, se siga visibilizando la dominación que se produce al interior de las familias, nos permite comprender e implementar distintas estrategias de abordaje e intervención de las situaciones de abuso sexual en la infancia. Sin embargo, no podemos dejar de considerar que aún hoy persiste el mito de que familia es un lugar privilegiado de amor, paz, afecto y bienestar lo que impide, muchas veces, el descubrimiento, la develación, el "correcto" acercamiento y tratamiento a las víctimas.

Los Trabajadores Sociales en sus intervenciones poseen un encuadre institucional que remite a la institución en la cual se desempeñan, y generalmente es el encuadre institucional que pauta horarios de atención, modalidad de intervención, si se realizan entrevistas -*en forma conjunta con el resto del equipo o no*-, cómo hacer las derivaciones de las situaciones, etc. Carmen Frías (2003) explica que además del encuentre institucional, debemos tener un encuadre "mental" incorporado para las intervenciones, lo que implica: tener la posibilidad concreta de desembarazarse de ideas preconcebidas -como por ejemplo dejar de considerar que el único modelo familiar es la familia tipo o nuclear-, tener interés de investigar, tener la posibilidad de escuchar y de esperar a que el otro hable, tomar en serio lo que escucha -como lo explicita el artículo 12 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño que dice que, el NNyA tendrá la oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo- y sentir necesario el trabajo interdisciplinario.

Partimos por entender lo que Eloísa de Jong (2001) dice al respeto del rol del Trabajador Social. La autora expresa que los profesionales deben "*asistir para la prevención, promoción y organización familiar. En la búsqueda de la resolución a las necesidades del grupo familiar, por medio de una acción planificada en lo estratégico, organizada en la acción y coordinada en la intervención entre los diferentes sujetos, partiendo de un análisis comprensivo, de los conflictos de la vida familiar"* (Como cita Fuentes, 2011: 47). Y nos parece relevante considerar que la acción de planificar la intervención va a depender de la singularidad de cada situación y, entendemos que es fundamental comprender la trama familiar o las relaciones familiares que se tejen entre sí, para esclarecer la acción del abuso sexual. "Si bien las últimas decisiones corresponden a los jueces[12], el accionar de los equipos técnicos apunta a lograr una investigación lo más acertada posible de la situación a fin de producir un diagnostico que permita que, a la hora de la toma de decisiones, quien tiene esas facultades cuente con la información adecuada y necesaria" (Tonon, 2001: 26). Por lo tanto, Tonon (2001) considera que a la hora de recabar información fundamental es necesario conocer ciertos datos: en relación al NNyA víctima, en relación al posible agresor, en relación al hecho acontecido, en relación a quién informa la situación y al accionar de las instituciones. También considera -como decíamos- necesario "*recabar información acerca de la familia, a saber: estructura y composición de la familia, etapa del ciclo vital que atraviesa, características, comportamientos y relaciones de los miembros de la familia entre sí, la vivienda y el barrio, la situación económica y laboral familiar*" (Tonon, 2001: 29).

La intervención del Trabajo social se concreta en las acciones con los sujetos intervinientes, en especial la víctima y quién acompaña, es decir, su entorno familiar o diferentes profesionales, equipos y/o instituciones. Su fin es posibilitar el desarrollo humano y autonomía a través de la movilización de sus capacidades y de los recursos con los que se cuenta, esto sería a lo que se refieren en las entrevistas realizadas a los profesionales del Tío Rolo, donde coinciden que su intervención está dirigida a la atención y acompañamiento de las víctimas y movilizar los recursos con los que disponen para permitir restituir los derechos vulnerados.

Entendemos a la intervención como un proceso con características históricas y sociales, es decir, la intervención debe ser construida teniendo en cuenta el momento

[12] Cuando se procede a realizar la denuncia.

histórico por el cual se está atravesando, la mirada de cada actor, el por qué y para qué de la intervención. Su punto de partida, por lo tanto, son las demandas y las necesidades de los sujetos donde es posible reconstruir historicidad, es decir, entender a ese otro no como un sujeto a moldear sino como un portador de historia social, de cultura, de relaciones interpersonales (Carballeda, 2008: 39). Al respecto Rodríguez afirma que "*estos profesionales deben concebir al niño como individuo y como ser social, considerando la importancia que tiene la resolución de conflictos emocionales en él y en su familia*" (Rodríguez Cely, 2003: 68).

En referencia a esto, creemos necesario indagar y examinar la historia social-cotidiana de los sujetos y su vida cotidiana para poder construir el proceso de su historia social. Como nos decía el Trabajador Social del centro de salud que al momento de intervenir en una nueva situación "se trata de constatar si existe alguna intervención realizada con el sujeto o la familia" para poder comprender y complementar la intervención con el abordaje que vienen haciendo las demás instituciones o equipos técnicos con los mismos sujetos. Lo que se busca es un conocimiento -habitus, costumbres cotidianas, vínculos- de esa familia para tener alguna idea o algún dato más que nos permita y nos guie a realizar la intervención.

"El Trabajo Social posee un cierto tipo de conocimiento acerca de la vida cotidiana de los sujetos sobre los que interviene entendiendo "vida cotidiana" como un espacio donde se llevan adelante procesos mediante los cuales se construyen y se alimentan simbolizaciones" (Carballeda, 2008: 90).

Siguiendo a Carballeda (2008) la intervención implica una necesaria búsqueda de significaciones en las instituciones, acciones, imágenes, expresiones, acontecimientos que en definitiva construyen lo cotidiano. Acontecimientos que de alguna manera se inscriben en un texto: el barrio, la vivienda, la institución, etc., se nos presentan como textos a develar e interpretar (…). Es decir, que la intervención supone alguna forma de búsqueda de respuestas a interrogantes eminentemente sociales; por lo tanto, debería producir modificaciones en relación con la cuestión puntual que es llamado a actuar; así, aparece una vez más la delimitación de un territorio, el espacio o lugar de la intervención que se vincula al origen de la denomina "cuestión social".

El Trabajador Social debe actuar para proteger los derechos de los NNyA. Con esta finalidad disponen -junto al equipo interdisciplinario- de un marco normativo legal,

que permite respaldar al profesional para tomar una decisión: es decir, el equipo interdisciplinario al tomar conocimiento de la situación, -y en caso de que el abuso sea intrafamiliar-, en primer término deberá evaluar la posible aplicación de una medida de protección integral y si se determinase fundadamente atendiendo a las características y gravedad de la misma que la aplicación de dicha medida no resulta adecuada, se propondrá una medida de protección excepcional. La medida excepcional tiene como finalidad alejar a el NNyA de su centro de vida cuando los derechos son vulnerados y cuando se agotan las medidas de protección integral. Se entiende por centro de vida el lugar donde los NNyA hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

Cuando el NNyA fuere víctima de abuso o maltrato y no resultare posible o conveniente la exclusión del hogar del agresor, entendemos que el profesional puede encontrarse frente a un dilema ético al tener que decidir y optar por alejar a la víctima de su centro de vida, según Rodríguez Cely los Trabajadores Sociales "*deben tener mucha cautela con respecto a la medida de alejar a los NNyA de su hogar*", cuando éstos están en peligro o en riesgo porque el abusador se encuentra en el mismo hogar. Si bien nuestro deber e interés es que no se vulneren los derechos de los NNyA, al optar por un alejamiento repentino del NNyA de su hogar, puede ser en sí mismo una experiencia traumática, de culpabilidad donde no se garantizaría su seguridad a largo plazo y su bienestar emocional. Al respecto, Rodríguez Cely entiende el Trabajador Social "*dispone de varias opciones legales si consideran que el NNyA está en riesgo, incluyendo la facultad de solicitar que el pequeño sea alejado de su hogar; sin embargo, surge la dificultad de medir los méritos relativos a este alejamiento inmediato, o la conveniencia de un proceso lento y planificado*" (Rodríguez Cely, 2003:69). Sin embargo, -como decíamos- mediante el trabajo interdisciplinario se incrementa la posibilidad de tomar una decisión exitosa o con el mínimo impacto negativo para el NNyA.

iv- Los instrumentos y técnicas como cuestiones indisolubles del accionar del Trabajador Social

A lo largo del proceso de la profesionalización del Trabajo Social, éste se ha nutrido de teorías, metodologías, técnicas e instrumentos las cuales le han permitido

esclarecer sus prácticas y planes de acción para el análisis e intervención social en cualquier contexto familiar, comunitario e institucional. Si bien el Trabajador Social aborda la problemática con el resto de los profesionales que constituyen el equipo técnico; en la intervención profesional, la implementación de técnicas e instrumentos específicos, conforman el capital propio o "capital acumulado" de la profesión y la especificidad profesional, junto a la *acumulación de habilidades, creencias, prácticas y puestos de trabajo que se han venido desarrollando en el tiempo, a lo largo de la profesión*[13]. Es decir, que la especificidad del Trabajo Social remite a la posibilidad de conocer en forma directa a través de distintas técnicas los diferentes ámbitos en los cuales los NNyA -*víctimas de abuso sexual*- producen y reproducen sus vidas cotidianas.

"*Las cuestiones instrumentales refieren al cómo de la intervención. Las técnicas e instrumentos constituyen el andamiaje de las estrategias de intervención y siempre son elegidas y/o construidas desde el entramado teórico en tensión con los aspectos de la realidad o situaciones/problemas que requieren de modificaciones*" (Cazzaniga, 2009: 7). En Trabajo Social, las técnicas e instrumentos -*según Cazzaniga (2009)*- no difieren de las demás disciplinas sociales, sino que dependen de las corrientes teórico-epistemológicas en que se inscribe la práctica profesional, y de la resignificación en función de las particularidades de la profesión.

Entendemos por técnica al "*conjunto de acciones realizados conforme a reglas empíricas que se utilizan para hacer algo o para obtener un resultado determinado. Existen técnicas para todas las actividades humanas. Saber práctico que permite la utilización de unos instrumentos o procedimientos para obtener un resultado buscado o previsto*" (Ander-Egg, 1995:285).

Generalmente, las técnicas específicas utilizadas por el trabajador social van a depender de cómo llegue la situación al lugar o a la institución donde desempeña su función el profesional.

Creemos que desde el Trabajo Social se porta una mirada singular y una lectura detallada de la situación para obtener toda la información posible y necesaria para comenzar a intervenir. Reconocemos y desarrollaremos a continuación algunas

[13] Tonon, Graciela (2001) "Maltrato infantil intrafamiliar. Una propuesta de intervención".

herramientas de uso cotidiano de los profesionales del Trabajo Social: observación, visita domiciliaria, entrevista, informe social, historia de vida, etc.

La **observación** es una herramienta inmediata de producción de datos relativos al comportamiento verbal y no verbal de los sujetos en determinadas situaciones, con el objetivo de inferir conclusiones sobre procesos sociales, estructuras e instituciones. "*La observación puede ser usada como una técnica principal de producción de conocimiento, o como herramienta complementaria de otros dispositivos (...). Aparecen dos aspectos para tener en cuenta: la interrogación y la intención, aspectos que se relacionan y condicionan mutuamente. Cuando hacemos referencia a la interrogación estamos haciendo mención al carácter de pregunta, de apertura a lo desconocido, tanto de la situación que observamos como de nuestras propias pre-nociones. La idea de intención en la observación, está referida a que, como profesionales centramos la mirada hacia los aspectos pertinentes a la situación en la que estamos interviniendo*" (Cazzaniga, 2009:13).

Según Ander-Egg (1995) la observación es el procedimiento que se utiliza en la vida cotidiana para adquirir conocimientos. Desde el punto de vista de las técnicas de investigación, la observación es considerada como uno de los procedimientos para la recogida de datos: comporta cinco elementos fundamentales: el sujeto (observador), el objeto (lo observado), los medios (los sentidos: especialmente vista y oído, los instrumentos (medios que sirven de apoyo a la observación como el cuaderno de campo, cámara, grabador, etc.) y el marco teórico, que sirve para la guía de observación. Retomamos de este autor que, el trabajo de observación se debe realizar de manera responsable y sistemática, por lo tanto, es necesario una "comprensión simpática" para entender debidamente a otras personas, sentimientos, reacciones, emociones y experiencias que el investigador no ha experimentado o sentido.

La **visita domiciliaria**, en Trabajo Social, es aquella visita que realiza el profesional a un hogar tratando de tomar contacto directo con la persona y/o su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento[14]. Las visitas no se realizan aleatoriamente, sino que son pensadas según las situaciones que se presentan: el aporte de la visita domiciliaria a la intervención consiste en proporcionar una visión amplia de la situación. Todas tienen una impronta diferente, según la situación,

[14] Ander Egg, Ezequiel (1995) Diccionario del Trabajo Social.

la visita toma otro cariz. Entendemos que la visita permite un acercamiento a la realidad del sujeto de intervención, para "verificar" e identificar información, condiciones de vida sociales y económicas y, determinar estrategias para abordar la situación o problema. Implícitamente podemos considerar que, las visitas tienen carácter de control, pero al realizarse entendemos que se pueden generar otros espacios que posibilitan diferentes encuentros, donde existe la posibilidad de compartir con los sujetos y sus familias sus logros, tristezas, dudas, miedos y alegrías.

En general, la **entrevista** es una conversación -interacción verbal- entre dos -o más- personas, donde una persona es el entrevistador y los demás, los entrevistados. Esta técnica permite profundizar el conocimiento de una situación, *pero al ser un diálogo, se construye en una interacción*. *Es por ello que en toda entrevista se produce una transmisión para dar respuesta a los temas o conflictos en cuestión* (Cazzaniga, 2009: 15).

La entrevista es uno de los procedimientos más utilizados en el Trabajo Social, aunque como técnica profesional se usa en otras tareas. El fin de la entrevista es recolectar determinado tipo de informaciones en el marco de una investigación. Se pueden distinguir diferentes tipos de entrevistas: dirigidas, semi-estructuradas, dinámicas, etnográfica o no directiva.

El **informe social** puede entenderse como una técnica de registro y comunicación de relevancia para los profesionales de Trabajo Social. "*La palabra informe expresa por una parte una intención de comunicación, definiendo tácitamente la presencia de un receptor al que se pretende poder en conocimiento de algo*" (Cazzaniga, 2009:19). Un informe social se constituye en un "texto" que da cuenta del proceso de intervención y particularmente denomina o "relata" una situación abordada. Es un instrumento y una herramienta que, en sí, opera como dispositivo de poder por las condiciones de su producción como por sus efectos. En el informe nos referimos tanto a los sujetos con los que nos vinculamos en los procesos de intervención como con las situaciones o problemas que se les presentan en su vida cotidiana.

Según Cazzaniga, el informe social es una decisión del profesional en el curso de la estrategia de intervención y dependerá del modo en que será articulado el proceso de comprensión/explicación/denominación/transformación, en relación con la situación sobre la que pesa la misma intervención profesional.

"La **historia de vida** es una técnica que se usa fundamentalmente en investigación cualitativa, ya que trata de recuperar, desde la perspectiva del actor, la significación que él mismo le otorga a su experiencia" (Cazzaniga, 2009:18). La historia de vida es el relato de la historia contada tal y como la ha vivido el sujeto: es el estudio sobre una persona determinada donde también se incluyen otros documentos: historia clínica, expedientes, testimonios, etc.

v- Abordajes e intervención en el Tío Rolo

La intervención profesional en situaciones de abuso sexual en la infancia comienza por una demanda, "*que se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los problemas y necesidades de los sujetos que la solicitan, en un contexto histórico particular".* La demanda de intervención en la mayoría de las situaciones -*donde se intervino en el centro de salud Tío Rolo*- no llegan directamente al trabajador social. Éste considera que la mayor parte de las veces su función al momento de intervenir -*en un primer momento*- aparece como "*co-protagonista*", es decir, que toma conocimiento de la situación a partir de ser convocado por otros miembros del equipo -*que en su mayoría es la pediatra o generalista*- donde aparece la identificación de abuso en su consultorio.

La atención de todas las situaciones de abuso sexual en NNyA requiere un abordaje y acompañamiento integral por parte de los efectores de salud "*que contribuya a desarrollar las condiciones psicológicas, económicas, laborales, familiares y habitacionales indispensables para afrontar la situación, más allá del hecho puntual de abuso"*[15] y, además para responder a las necesidades que surgen de la aplicación del marco jurídico que las regula, cuidando siempre evitar procedimientos que re-victimicen a la víctima.

En cuanto al abordaje e intervención, lo que se ofrece desde el centro de salud es:

[15] Protocolo para la atención integral de las víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud (2015): Si bien este protocolo es nacional donde los profesionales pueden tomar pautas de éste (consultado en la página del Ministerio de la Salud Nacional), según los profesionales del centro de salud -al ser consultados en las entrevistas- por la existencia de protocolos consideran que no cuentan con un protocolo específico para abordar las situación de abuso sexual de la Ciudad de Rosario como contaban hace unos años atrás: los protocolos se van modificando, pero no hay un protocolo establecido.

- Asistencia médica -*siempre que se requiera*- con atención directa de la situación y sus secuelas, anticoncepción de emergencia, profilaxis de ETS, recolección de pruebas, registro diagnóstico y seguimiento posterior.

En relación a esto, al momento de denunciar el hecho -y cuando llega la situación al centro de salud lo más reciente posible- los profesionales saben que, si constatan alguna lesión o "comprobación" de que haya sucedido el abuso, al trasmitirlo a su informe, el mismo no tiene la validez que requiere. El informe debe ser realizado por peritos o médicos forenses, por lo tanto, desde el centro de salud "*confiamos, creemos y acompañamos la situación*"[16]. La última situación de abuso sexual que llego al centro de salud fue en el corriente año: la situación llego a la institución por medio de la madre de una niña de 14 años de edad del barrio.

Una tarde, mientras la joven iba camino a la Escuela Especial donde asiste, ya que presenta una dificultad de retraso leve, un hombre la obliga subir a un auto y la lleva a la casa de éste: ella le relata la situación al hermano y le comenta que abuso de ella y, al contarlo, se escapa de la casa. Su familia la busca y al encontrarla recurren al centro de salud al que concurren cotidianamente para que pudiera contar la situación -*ya que ella no aportaba mucho dato a la familia*- a la médica generalista quién es la primera referencia de la niña, al no encontrarse la médica, la madre le comentó la situación a una de las enfermeras y ésta solicita al trabajador social.

La psicóloga del centro de salud es otra de las referentes de la niña, que al momento de que se presenta la mamá con su niña en la institución, se encontraba en una reunión, por lo tanto, el trabajador social la llama para empezar a coordinar una estrategia de intervención. Con lo que cuenta la madre, mientras la psicóloga se encontraba hablando con la joven, el trabajador social mediante contactos propios, se comunica con la trabajadora social del Ministerio Público de la Acusación, quién le proporciona el número de la fiscal de turno. La fiscal los envía a realizar la denuncia al Centro Territorial de Denuncias en el Distrito Sur, y luego a Fiscalía de Delitos Sexuales que "*ahí iban a realizar la constatación para comprobar si hubo o no penetración*", para pensar la derivación.

Desde fiscalía, luego de que la víctima se entrevistase con una psicóloga para ver las dificultades que tenía la niña, la derivan a la comisaria de la mujer donde después

[16] Entrevista realizada el día 22 de agosto del 2018 a la Médica Generalista del centro de salud.

de una larga espera, porque el médico forense no se encontraba en el lugar, le realiza la revisión médica. La médica del centro de salud acompaña la situación y entra al consultorio, el médico no estaba seguro de la posible penetración y le consultaba a la médica generalista, pero al no poder constatarlo, para prevenir deciden que asista al Hospital Provincial para realizar la profilaxis del VIH por si hubo una conducta de riesgo, de acuerdo a ciertos factores, como, por ejemplo: el peso de la víctima. La anticoncepción de emergencia se la habían facilitado en el centro de salud: *"en la institución hay 2 o 3 comprimidos de la pastilla del día después, cuando se van terminando se hace la orden para solicitar más. Pero no cuenta con la profilaxis del VIH, ya que es dependiendo de la edad y otros factores (...)"*[17] . La intervención-recorrido empezó al medio día y termino a las 19:00hs, por lo tanto, se le otorgó un ticket de taxi para que la joven, su mamá y hermano volvieran al barrio.

Es importante considerar que hubo un acompañamiento directo del centro de salud, representado por la médica generalista y el trabajador social, y reconocer también que, la psicóloga y el jefe acompañaron en un primer momento. El trabajador social del centro de salud entiende que esto se realizó por la posibilidad de recursos de la Secretaría de Salud, por recursos humanos, por la disponibilidad y la predisposición desde la perspectiva ético-político de la profesión.

- Atención psicológica para la víctima y su entorno familiar, es decir, quienes acompañan a denunciar el hecho, tanto durante la crisis y seguimiento posterior. Según la psicóloga del centro de salud su función es "*desde la clínica se trata de poder habilitar que el sujeto pueda reelaborar lo traumático para que deje de tener efectos: desde la clínica la persona -y sobre todo el NNyA- jugando puede elaborar con lo que le paso y eso alivia los efectos traumáticos que les están pasando*"[18].
- Asistencia social para implementar las medidas de protección, acompañamiento de las acciones legales y gestión de lugares de alojamiento y/o subsidios para garantizar el sostenimiento de las medidas. El Trabajador Social -*junto a los demás profesionales*- arman una red de contención y toman la situación con la víctima y su entorno en lo que se pueda trabajar.

[17] Trabajador Social del centro de salud: consultado el 1 de noviembre del 2018.
[18] Entrevista realizada el día 15 de agosto del 2018 a la Psicóloga del centro de salud.

vi- Trabajo social interdisciplinario

La intervención profesional busca realizarse desde una perspectiva globalizadora, interinstitucional e interdisciplinar, para profundizar y dar una respuesta más efectiva a las situaciones complejas que caracterizan la realidad social. Para tal fin, es esencial una intervención profesional interdisciplinaria y especializada en la problemática: "*una escucha, una mirada, una lectura y una acción diferencial, que tenga prioritariamente en cuenta a aquellos que no tienen voz, a las víctimas que han sido socavadas en sus fuerzas y que necesitan de un diagnóstico y tratamiento que ayude a superar sus dramas para el futuro"* (Podestá y Rovea, 2003: 13). Cuando se habla del abordaje desde el Trabajo Social sobre la problemática del abuso sexual en la infancia es importante la necesidad de la interdisciplina en los equipos, ya que no se puede abordar ninguna problemática sin la presencia de esta. Desde el Trabajo Social la primera apuesta es el abordaje interdisciplinario: diferentes miradas pueden permitir la posibilidad de un consenso en los abordajes profesionales y la intervención, donde se contemplen las diferentes aristas para abordar las situaciones. "*La interdisciplina es uno de los pilares absolutamente fundamentales para que el trabajo sea correcto, para que el abordaje sea un abordaje que contemple muchas miradas y no la mirada de una profesión, porque en casi todos los abordajes una mirada termina dogmatizando las intervenciones profesionales*" (Frías, 2003: 1).

Además de la interdisciplina e intersectorialidad que demanda esta problemática tan compleja del abuso sexual, nos parece relevante considerar el "trabajo en red" para abordar dicha problemática. A través de estas redes se establece la implicación de los entes públicos y privados, en torno a programas que van desde lo local a lo transnacional. Se trata de dar una repuesta global e integral, incluyendo las áreas y sectores, abarcando tanto la planificación, ejecución, evaluación y coordinación de las acciones para obtener resultados eficaces en los diversos ámbitos de intervención profesional. Según Rovere "*redes son redes de personas, se conectan o vinculan personas, aunque esta persona sea el director de la institución y se relacione con su cargo incluido, pero no se conectan cargos entre sí, no se conectan instituciones entre sí, no se conectan computadoras entre sí, se conectan personas. Por esto es que se dice que redes es el lenguaje de los vínculos, es fundamentalmente un concepto vincular*" (Rovere, 1999: 21).

Es importante tener en cuenta que, en las situaciones de abuso sexual que ocurren en el barrio, en general son abordadas por el centro de salud, pero éste también trabaja en red con Desarrollo Social incluyendo el Centro de Convivencia Barrial y la Escuela que se encuentran en el mismo territorio barrial. Y además instituciones u organizaciones que trabajaban con NNyA: por ejemplo, en otra situación que ocurrió en el barrio, la intervención la llevo adelante el equipo del Centro de Vida de Fenix y, el centro de salud acompaño la situación desde otro lugar.

Si bien el trabajador social considera que, dependiendo de cada situación, los seguimientos son distintos. Una vez que la denuncia pasa en manos de la justicia y cuando el riesgo de la víctima esta saldado, es decir, por ejemplo, cuando la persona que agredió o abuso a un NNyA se retira del barrio, no se devuelve un informe sobre la situación. Pero, desde el centro de salud, se sigue trabajando con lo que demanda la familia o el NNyA desde el espacio de salud mental. Aunque muchas veces, las víctimas deciden no continuar los encuentros con la psicóloga.

Capítulo IV

Abordaje interdisciplinario: Análisis e interpretación de las entrevistas

En el presente capítulo realizaremos un análisis e interpretación de las entrevistas realizadas entre los meses de julio y agosto del presente año a los profesionales que -*como decíamos anteriormente*- tienen mayor relevancia al intervenir en el Centro de Salud Tío Rolo en situaciones de abuso sexual en la infancia y entrevistas realizadas en el transcurso del año 2017 para la materia Práctica Profesional III.

i- La particularidad del abordaje en el Centro de salud Tío Rolo

El centro de salud, al ser del primer nivel de atención apunta a lo preventivo, actividades de promoción, educación para la salud, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación: *"trabajar desde la salud y no desde la enfermedad".* Se trata, en general, de adaptar los servicios a las necesidades de la comunidad, pero siempre tomando como eje a la persona, considerando como relevante todos los aspectos que constituye a esta.

Según el jefe del centro de salud "*se trabaja siempre con cercanía, y continuidad, donde hay un vínculo constante que es lo que caracteriza al centro de salud como primer nivel: se conoce a la población día a día y queda registrado en las historias clínicas* (..) Por lo tanto, *sabemos lo que le paso a la persona hace 15 días o hace 4 años*". Esto es lo que diferencia a los efectores de salud en los barrios de una práctica de un segundo nivel o de una institución privada.

La particularidad del abordaje por los efectores de salud -*particularmente en el centro de salud y en situaciones de abuso*-, según los profesionales entrevistados se realiza poniendo el eje en el bienestar y en la protección de los NNyA. Es decir, que la prioridad es la protección integral de los NNyA como indica la Convención sobre los Derechos del Niño. En segundo lugar, se complementa con el acompañamiento en el abordaje jurídico – esclarecimiento del hecho y la sanción del responsable- pero no considerando a este como prioritario, porque según algunos profesionales no *siempre se puede o quiere denunciar*. En relación a esto último, tenemos en cuenta que cuando se

realizaron las entrevistas, el abuso sexual era considerado de acción privada, por lo tanto, se denunciaba siempre y cuando la familia quisiera[19].

ii- Identificación del abuso sexual

Todos los profesionales entrevistados del centro de salud, coinciden en que las situaciones de abuso aparecen por la identificación de una persona adulta y en su mayoría por la madre. La mayoría de ellos reconocen que, "*cuando la situación de abuso aparece oculta por la madre*" es un familiar cercano y del género femenino quién acompaña a la víctima. En relación a esto, creemos necesario reflexionar como exponemos en el primer capítulo sobre el "recorrido histórico de la concepción de familia" entendiendo que aún sigue vigente la lógica patriarcal y, por ende, la función de la familia nuclear. Si bien las mujeres se incorporaron al mercado laboral aún siguen "encargándose" no sólo de las actividades cotidianas de la casa, sino también del cuidado y de la protección de sus hijos o hijas, generándose lo que denomina como la "doble o triple jornada laboral". Esto nos lleva a preguntarnos si ¿es por la construcción "femenina" que se relaciona al cuidado-amor y que nos sensibiliza, lo que hace que nos potenciemos para ir en contra de estas agresiones? ¿O si lo que nos sensibiliza es por el desafío de luchar para romper con la historia patriarcal que nos somete a violencias machistas incluyendo el abuso sexual?

De acuerdo a las situaciones de abuso donde intervino el centro de salud y que relatan todos los profesionales: las víctimas son niñas y adolescentes; y la franja de edad es entre nueve y doce años, de género femenino, -aunque también, en menor medida- los varones sufren abuso.

Si bien en las entrevistas se reconocen diferentes tipos de abuso, los profesionales coinciden en que los abusos sexuales cometidos a estas víctimas, en su mayoría, sucedieron en el contexto de la propia familia donde el abusador es el padre, padrastro, abuelo o tío. Como explicábamos anteriormente estos maltratos/abusos son conocidos como "intrafamiliares" y/o "incesto". Siendo este un problema que siempre existió pero que permanecía oculto y no sobresalía del ámbito familiar, en los últimos años consideramos que comenzó a visibilizarse y desnaturalizarse. Aunque también concordamos con la médica generalista del centro de salud quien dice que "*debe haber*

[19] Cuando se tratase de una víctima NNyA, es decir, menor de 18 años, desde el centro de salud se debía realizar la denuncia institucional dando cuenta a la fiscalía o a la Dirección Provincial de Niñez.

muchas más situaciones de las que no vemos… (...) es más habitual de lo que creemos". Entre los profesionales hubo diferentes respuestas en cuanto a si consideraban que hubo un avance en hacerse públicas las situaciones de abuso, la mayoría no supo contestar o entendían que es dependiendo cada situación, haciendo referencia a que la sociedad se implica más, o que entre la gente genera mucha impotencia y rechazo, considerando que cuando la víctima es menor, se produce en el barrio la "justicia popular".

I- Interdisciplina

i- Importancia de la interdisciplina en situaciones de abuso sexual

Cabe resaltar que el tema del abuso sexual en la infancia abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, legales, etc., por lo tanto, devela la importancia de contar con un abordaje interdisciplinario para la atención de las víctimas que se encuentran en estado de vulnerabilidad. El abordaje de esta problemática debe hacerse en equipo, de forma, interdisciplinar e interinstitucional, coordinada y centrada en el interés superior del niño o niña.

Cuando existe sospecha de abuso, o este es evidente, la atención correcta y la protección de los NNyA debe gozar de máxima prioridad y se debe asegurar que prevalezca siempre el interés superior del niño o niña sobre cualquier otro interés legítimo.

Un enfoque interdisciplinario e interinstitucional implica la expresión de diferentes miradas permitiendo establecer un consenso entre distintas disciplinas, lo que permite desarrollar un proceso dinámico en forma integral y de articulación donde se habilite a idear y llevar a la práctica abordajes que sean suficientemente estratégicos con el fin de abarcar en los mayores aspectos posibles lo que una situación puede involucrar.

Los profesionales del ámbito sanitario con su intervención se convierten en un recurso clave para iniciar su proceso de recuperación.

La interdisciplina es imprescindible para trabajar problemáticas complejas difíciles de abordar bajo una sola perspectiva disciplinaria, es decir que "*la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos*"

(Stolkiner, 1987: 313). Esto significa que es importante analizar el trabajo interdisciplinario en el campo de la salud pública. Debido a que los problemas sociales son cada vez más complejos, "la orientación interdisciplinaria puede favorecer la integración y la producción de conocimientos" (Elichiry, 1987).

Ningún profesional en particular es capaz de dar respuesta a dichos problemas. Es necesario que se elaboren estrategias de trabajo en equipo y que haya intencionalidad, flexibilidad, reciprocidad y cooperación recurrente[20].

ii- Modalidades de acción actual del equipo interdisciplinario

El equipo interdisciplinario si bien actualmente -según los profesionales- no cuenta con un protocolo específico para intervenir en situaciones de abuso sexual desde el centro de salud, algunos profesionales reconocen protocolos o leyes nacionales de los cuales pueden tomar pautas como la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, o la existencia de protocolos que habían estado en funcionamiento anteriormente, otros consideran que *"más que una receta escrita es tratar de no victimizar a la víctima. Más allá de la función de un protocolo escrito (...) lo que se trata es de acompañar a la víctima, de no revictimizarlo..."*[21]. En relación a esto, gran parte de los profesionales entienden que se necesita de "*un equipo interdisciplinario que escuche al NNyA por única vez"*[22] o que todo lo que implique volver a la situación de abuso sea lo menos traumático posible, siempre que el NNyA quiera. A su vez, en su totalidad consideran que se intenta intervenir sin revictimizar a la víctima.

Según una guía -*con la que cuenta como herramienta y nos facilitó la psicóloga del equipo*- para el abordaje intersectorial de toda situación de violencia, abuso y/o maltrato del que fueran víctimas NNyA (…), considera de importancia el marco normativo vigente y los principios rectores que sustentan el accionar.

[20]Elichiry, Nora Emilce (1987). "De Interdisciplinas e Indisciplinas", en Elichiry, Nora (Comp) El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Bs. As. Edición Nueva Visión. Pags. 333-341.

[21] Entrevista realizada el día 22 de agosto del 2018 al Jefe del centro de salud.
[22] Entrevista realizada el día 22 de agosto del 2018 a la Pediatra del centro de salud.

El contacto inicial del problema, sea por demanda directa de intervención o simplemente por la toma de conocimiento sobre la existencia del mismo por un profesional del sistema de salud, ha de constituirse en el momento en que "*el Estado inscribe ese problema como objeto de intervención y activa los mecanismos de articulación para poner a disposición todos los recursos existentes*"[23]: nos parece oportuno tener en cuenta que los equipos técnicos cuentan más que con "recursos existentes" con "recursos disponibles" al momento de intervenir, ya que, actualmente nos encontramos en un contexto de fuerte ajuste y de reducción presupuestaria, donde el achicamiento del Estado y la insensibilidad de este gobierno nacional ha llevado a suprimir diferentes políticas públicas y por ende, no habría presupuesto disponible para la incorporación de estrategias para concienciar a la sociedad[24]: refiriéndonos a la sensibilización y la prevención. Quien tome contacto con el problema desde un efector del Estado deberá apelar inmediatamente al equipo técnico de la institución en la que se desempeña -y en aquellas instituciones que no cuentan con un equipo- lo deben comunicar al equipo técnico del barrio para la definición de la estrategia a seguir. Y luego comunicar a la autoridad inmediata superior, es decir, a la Dirección Provincial de Niñez para que gestione y active los mecanismos de atención. Cuando se trata de un delito sexual, que por su gravedad requieran complejidad superior a la disponible en el centro de salud, se deriva a la guardia hospitalaria. *El traslado siempre deberá ser asistido y acompañado por un integrante del equipo local que recibió la situación (...).*[25]

Es en la institución de contacto donde comienza el proceso de análisis de la situación en sus singularidades mediante una instancia de escucha del relato o la demanda y la observación de los signos que den cuenta de la gravedad de la situación. Así se estima el riesgo y se realiza una categorización preliminar del problema como urgente o diferible en el corto plazo, priorizando siempre el resguardo de la integridad psico-física de los NNyA vulnerados en sus derechos. El principal objetivo de esta instancia es el alojamiento del problema, la contención del NNyA y sus acompañantes y la elaboración de una primera aproximación a la estrategia de abordaje[26].

[23] Guía para el abordaje intersectorial: violencia, abuso y maltrato.
[24] Por lo que trae aparejado problemas asociados a la problemática analiza.
[25] Guía para el abordaje intersectorial: violencia, abuso y maltrato.
[26] Guía para el abordaje intersectorial: violencia, abuso y maltrato.

A partir de las situaciones de abuso sexual que fueron abordadas por los profesionales del centro de salud, podemos reconocer desde el primer punto de contacto, donde debe estimarse el riesgo y realizar la valoración preliminar del problema para poder encuadrarlo en una de las dos categorías: urgente o diferible en el corto plazo.

Las situaciones que requieren de un "abordaje urgente" son aquellas cuando se produce contacto físico y la víctima llega a la institución en la menor cantidad de horas y cuando la protección del NNyA no está garantizada, implicando la necesidad de intervenciones excepcionales o integrales con atención y en ocasiones internación. *"... Cuando se llega a una violación o penetración de acceso carnal, se necesita una evaluación sin revictimizar, la víctima es derivada y acompañada por un profesional de la institución a la guardia del Hospital "Víctor. J. Vilela"*[27] *(...) cuando aparece está instancia hay una medida más urgente, se involucra a la guardia del Hospital de Niños y se intenta hacer un trabajo en equipo"*[28] y, también se reconoce un "abordaje no urgente o diferible" -aunque no menos importante- cuando se refiere a consultas o denuncias de hechos que implican sospecha de violencia, maltrato, abuso sexual, etc. O cuando los abusos sexuales son cometidos con anterioridad, donde la victima requiere y demanda -en su mayoría por recomendación- *comenzar un espacio de trabajo con psicólogos*[29].

iii- Abordaje interdisciplinario e interinstitucional en el Centro de Salud Tío Rolo

Cuando llega una situación de abuso sexual al centro de salud, se aborda interdisciplinariamente, *"con el aporte de cada una de las disciplinas que conforman el equipo. Se intenta armar una red de contención y tomar la situación de abuso con la niña, el niño o adolescente, y la familia o con los adultos que llegan a realizar la denuncia"*[30]. Para el abordaje en situaciones de abuso sexual en la infancia "*necesitas de otro, de otras miradas para poder hacer un trabajo en común"*[31]. Si bien cada situación es distinta y

[27] No siempre las derivaciones son a un hospital específico, depende de cada situación y de las estrategias de intervención que se elija desde el centro de salud. Por ejemplo, otros hospitales donde se derivaron las víctimas de abuso sexual fueron: el Hospital Provincial y el Hospital de Niños Víctor. J. Vilela.
[28] Entrevista realizada el día 24 de julio del 2018 al Trabajador Social del centro de salud.
[29] Entrevista realizada el día 15 de agosto del 2018 a la Psicóloga del centro de salud.
[30] Entrevista realizada el día 24 de julio al Trabajador Social del centro de salud.
[31] Entrevista realizada el día 22 de agosto a la Médica generalista del centro de salud.

singular, por lo general, intervienen la médica, la psicóloga, el trabajador social y el jefe del centro de salud. Éste último interviene acompañando al equipo y a la víctima, dice que "*normalmente se acompaña a hacer la denuncia en caso de que haya que hacerla*[32] *y damos parte en el caso de los niños a la Dirección Provincial de Niñez"* (Entrevista al jefe del centro de salud, 2018). Es decir, que el abuso sexual al ser un delito; cuando se trata de NNyA, existe la responsabilidad de denunciar en primer lugar por los adultos responsables de ese NNyA y, en las situaciones en que el NNyA haya sido abusado por personas a cargo de su cuidado, o algún familiar, los profesionales de la salud están obligados a denunciar cuando la persona presente riesgo de vida o lesiones graves, cuando el NNyA se encuentre en estado de abandono o llegue solo y cuando se sospeche que miembros de la familia o tutores pueden estar involucrados en el abuso o en su encubrimiento, por lo tanto, el centro de salud -como decíamos anteriormente- denuncia el delito desde la institución.

En cuanto a los plazos para realizar la denuncia, no se establece que la denuncia debe ser realizada en forma inmediata, por ende, el tiempo no solo depende de la gravedad del delito sino también de la singularidad de cada situación, ya que, el NNyA debe encontrarse en condiciones de hablar, por lo tanto, es necesario darle el tiempo o esclarecer mejor la situación. Según un Protocolo Nacional para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales (2011) "*la urgencia se relaciona en gran medida con la conveniencia de que la víctima sea revisada de inmediato por el médico legista o forense, para que este recoja las llamadas pruebas del delito (...)"* como coinciden la médica generalista y el jefe del centro al decir que, desde el centro de salud, no se trata de constatar si lo que dice la víctima es verdad o no, o de constatar mediante la revisación médica, porque saben que, al denunciar la situación su constatación no tiene validez "*es importante que quienes intervienen en la atención a víctimas de violación o abuso sexual conozcan las exigencias de la práctica forense de su propia jurisdicción, para no invalidar la recolección de muestras para una eventual investigación penal"*[33], por más que quede establecido en las historias clínicas por los profesionales de la institución. Al momento de denunciar, la obtención y conservación de pruebas debe realizarse por un Equipo de Médicos Forense como lo exige el Código Procesal. Si bien

[32] En la entrevista se refiere a que las mujeres también sufren abuso, pero que, al ser mayor de 18 años de edad, es decisión de ellas realizar o no la denuncia. Por eso la aclaración "en caso de que haya que hacerla" refiriéndose a NNyA menores de 18 años de edad.

[33] Ministerio de Salud (2015): Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para Equipos de Salud. Argentina

"en otros países se ha unificado el cuidado médico preventivo y la obtención de pruebas. En la Argentina, está pendiente de resolución tanto la obtención de pruebas como la preservación de las muestras que luego puedan ser utilizadas por el Sistema Judicial" (Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para Equipos de Salud, 2011-2015: 23). Por lo tanto, reflexionamos acerca de esto, de lo importante que sería que los efectores de salud estén capacitados y que su revisación médica tenga validez, porque muchas veces al tratarse de un NNyA -que, tras pasar por una situación traumática-, no se tiene en cuenta la confianza construida al atenderse con los profesionales del centro de salud puesto que, están en contacto permanentemente en el barrio, que por alguna razón hay cierta continuidad en la atención ya que se encuentra cercano al barrio y de la ciudadanía del Tío Rolo. De este modo, recuperamos lo que la pediatra decía al respecto: "*lo cuentan acá* -refiriéndose al centro de salud- *porque es un lugar de confianza, de gente que conocen y después cuando van a otro lugar que es gente nueva, y por ahí no tienen el mismo modo de tratarlos, o está intimidad que tiene uno con su paciente, ahí la cosa ya se complica y más si son niños más pequeños, que tienden a ser más retraídos con los extraños (...)".* Consideramos que esto es una traba a que el NNyA pueda desenvolverse y muchas veces, se desiste y se hacen a un costado como si no hubiese pasado nada. Retomamos a la pediatra quién dijo "*vos no le vas a contar algo a cualquiera, los chicos tampoco*" para seguir reflexionando y preguntándonos si en los espacios institucionales -*en general*- se tiene en cuenta la protección del NNyA antes que el esclarecimiento del hecho, ¿o de qué manera se protege al NNyA en tantas instancias por la que deben transcurrir?

En el centro de salud también trabajan interinstitucionalmente con instituciones estatales y no gubernamentales. En el barrio, si bien hay una salvedad de estas: se encuentra el Centro de Salud, una Escuela Primaria, un Jardín de Infante y el Centro de Convivencia Barrial. Y hay otras Organizaciones de la Sociedad Civil como el Centro de día y un Centro comunitario.

Las instituciones externas al barrio con las que se interviene en situaciones de abuso sexual son: el Hospital de Niños "Víctor, J. Vilela" y la Dirección Provincial de Niñez. En el momento que, a las situaciones se les da un marco legal, es decir, cuando se procede a realizar la denuncia, se interviene con el Ministerio de la Acusación, la Fiscalía de Delitos Sexuales, el Centro Territorial de Denuncia y la Comisaría de la Mujer.

iv- Revictimización o victimización secundaria

La atención de todas las situaciones de abuso sexual requiere un abordaje integral para responder a las necesidades que surgen de la aplicación del marco jurídico que las regula, cuidando siempre evitar procedimientos que re-victimicen a la persona.

Muchas víctimas de abusos sexuales o violaciones sufren largamente no sólo por la agresión, sino también por el estigma, la 0indiferencia, la culpabilización y el silenciamiento que les devuelve su entorno.

Las consecuencias de una intervención desarticulada provocan el aumento de riesgo, impunidad y revictimización.

Con la palabra víctima nos referimos a hablar de los NNyA que han sufrido abuso sexual, es decir, una agresión en su sexualidad y que, en razón de su edad y condición, han sido afectados en su integridad física y/o psíquica, y por ende en su construcción subjetiva.

"Respecto de la situación que viven las víctimas cuando al concurrir a una institución de la cual esperan recibir ayuda, reciben en cambio indiferencia, no siendo atendidos o siendo inclusive culpabilizados de lo sucedido. Esa particular situación ha recibido el nombre de victimización secundaria (Tonon, 2001: 37) o revictimización.

Según Dupret y Unda (2003) la revictimización puede precisarse como reiteración de una victimización y apunta a la reproducción de una situación de victimización anterior. La revictimización es, por lo tanto, una repetición de violencias contra quién ha sido previamente víctima de alguna agresión.

La revictimización "es el resultado de la implementación de procedimientos de atención inadecuada que trazan una ruta llena de obstáculos, y que no respetan la vivencia penosa de la víctima, reactivando emociones negativas en relación con el delito y propiciando una repetición de violencia" (Dupret y Unda, 2003: 101). Es el proceso por el cual el NNyA que ha sido objeto de maltrato, vuelve a convertirse en víctima de otro tipo de maltrato, el institucional, debido al accionar de las instituciones al considerar que "las víctimas habrán hecho algo" que las ha colocado en ese lugar en la historia. Según Tonon (2001) se trata de encontrar la explicación de la violencia en algún acto previo por parte de la víctima, que justifique el accionar del agresor. Sabemos que esta creencia se personifica en la sociedad en la que vivimos, por ende, no quedan exentos los miembros

o profesionales de la institución, y a veces particularmente ni aquellos que tienen alguna facultad decisoria respecto de la situación: por ejemplo, un juez o un fiscal. En relación al centro de salud que analizamos, retomamos de la entrevista del Trabajador Social quien explica que, no siempre se comparten los mismos criterios tanto de la problemática del abuso sexual como en otras relacionadas a esta. Cuando los integrantes del equipo no comparten los mismos criterios -ya sea en cuanto a la irrupción voluntaria del embarazo cuando una víctima de abuso sexual quedase embarazada, podría entrar en juego aquellos que sostienen que la decisión del cuerpo es de la mujer, o quiénes consideran que "no es de su propiedad", o "que no le corresponde decidir por otro", o sobre la visión esquemática de la familia, quienes aún sostienen que el único modelo de familia es la "nuclear", o "la familia tipo", dejando de lado las multipliques posibilidades de familias que se conforman en la actualidad- al generarse una discusión, "*se trata de poner en discusión, en términos no fundamentalistas, sino en negociar, en poder laburar (...) para poder resolver una situación*"[34]

"Se entiende por revictimización institucional, a las carencias ligadas a la atención recibida por parte de entes dedicados a la protección de la niñez y adolescencia" (Dupret y Unda, 2003: 104).

Otra causa muy inquietante de revictimización, es la falta de coordinación interinstitucional que se manifiesta en el paso por múltiples instituciones -como relatamos en el capítulo anterior-, donde el NNyA y su familia -o quién acompañe- pueden verse sometidos a múltiples interrogatorios y pruebas periciales que pueden ser fuentes de estrés, ansiedad e incluso sentimientos de culpa y que repercuten en su estabilidad emocional.

Una tercera forma de revictimización es cuando la palabra del niño no es escuchada, o cuando el profesional considera que no vale la pena tratar al NNyA como ser pensante, ni dirigirse a él como a una persona que entiende lo que ocurre. "Lo trágico es que un niño que no haya sido escuchado de manera adecuada, es decir como sujeto de su hablar, vuelve al encierro del silencio, casi sin posibilidad de reanudar con los adultos una relación de confianza, fundada en palabras humanizantes (Dupret y Unda, 2003: 125).

En el centro de salud, los profesionales eligen dirigirse directamente al NNyA y en las entrevistas coinciden en considerar siempre el interés superior del niño. La pediatra lo remarca al decir que siempre trata de relacionarse con los niños o niñas *"ya sea desde*

[34] Entrevista realizada el día 24 de julio al Trabajador Social del centro de salud.

un control de salud o una consulta por cualquier enfermedad y ver qué es lo que cada niño puede relatar (…) Trato de hablar siempre con ellos, de hacer preguntas concretas: ¿qué le gusta comer?, ¿dónde duermen?, ¿vas solito al baño?, ¿te vestís solo?, ¿a qué te gusta jugar?, ¿con quién estás la mayor parte del día? y desde ahí se puede sacar más información de lo que da la mamá…"

Para evitar la revictimización en la institución se requiere de una capacitación permanente de los profesionales en cada una de las especialidades y un abordaje interdisciplinario como estrategia para superar este problema. Si bien los profesionales del centro de salud tratan de evitar que se produzca la revictimización, cuando se le da un marco legal a la situación de abuso, *"al no haber un solo lugar donde se pueda abordar toda la situación"*[35], es difícil evitar largos recorridos y, por lo tanto, el NNyA revive esa situación traumática o violencia por la que paso repitiendo lo mismo en diferentes instancias.

"*Evitar la revictimización no es, una tarea imposible, sino que implica una voluntad política y ciudadana de devolver al menor su lugar en la sociedad, con respeto y también con responsabilidad, ya que el desarrollo no solo físico, sino que también psíquico de las generaciones más jóvenes, depende por completo de la capacidad de los adultos en introducirles a un mundo más justo*" (Dupret y Unda, 2003: 126).

v- Obstáculos de la intervención en situaciones de abuso sexual

Hay un sentimiento de incapacidad para intervenir de manera adecuada o una falencia en el abordaje y tratamiento de la situación de violencia. Esta falencia se observa no sólo en todos los niveles de atención sino también en su ámbito familiar.

Su prevención requiere un énfasis en la coordinación y colaboración entre los servicios y profesionales, a fin de evitar duplicidad de actuaciones o intervenciones inadecuadas.

Barudy (1998) menciona "*no hay que olvidar que la ausencia de respuestas institucionales y la interrupción de los procesos, pueden conducir al reenvío del niño a las manos de su victimario; una situación lamentable con consecuencias devastadoras que deja presagiar un porvenir muy triste para quien haya sido agredido en lo más íntimo de su alma, cuando el dolor de la agresión queda encerrado en el silencio de la*

[35] Entrevista realizada el 22 de agosto del 2018 a Médica Generalista del centro de salud.

incomprensión y del sinsentido…" (Citado en Dupret y Unda, 2003: 122). Retomando esto, en cuanto a los obstáculos que se presentan a la hora de planificar la intervención en situaciones de abuso sexual, tanto el jefe como la pediatra coinciden que un factor que juega en contra es el contexto social y socio-económico en el que se encuentran las familias. Según el jefe del centro considera también que otro obstáculo es lo que el Estado puede ofrecer, "*lo que nosotros podemos ofrecer es poco, más allá de la escucha, de la contención y de acompañar la situación, si vos no podes cambiarle la forma de vida y no podes alejarlo de lo que le pudo llegar a poner en riesgo su vida y su integridad, tarde o temprano va a volver (...)"*[36]. Por ende, otro obstáculo a la hora de intervenir -como decíamos anteriormente- es el contexto socio-económico en el que nos encontramos actualmente, es decir, de ajustes, recortes y reducción de presupuesto, inflación, etc.

La mayoría de los profesionales se refirieron que otro obstáculo se relaciona a como está acompañada la situación: es decir, si hay una familia que acompaña u oculta la acción de abuso.

Como decíamos anteriormente, las situaciones que llegan al centro de salud por lo general, son abusos cometidos dentro del entorno familiar, por lo tanto, la familia que acompaña - factor clave que se nombra en la totalidad de las entrevistas- muchas veces, no cuenta con los recursos necesarios para alejar a la víctima del agresor o no toman real dimensión de lo que sucede, es decir, que normativizan el fenómeno entendiendo que lo que pasa es natural, normal o "*no es tan malo*".

Y, por último, como obstáculos también nombraron en las entrevistas, la entrada burocrática para realizar la denuncia, que muchas veces esto hace que la familia desista y retire las denuncias o vuelva para atrás ante tantos pasos a seguir y la imposibilidad de poder sostenerlo.

vi- Procesos, efectos y consecuencias en las víctimas

En relación a los efectos y a las consecuencias en situaciones de abuso sexual como exponíamos en el segundo capítulo, los profesionales identifican en los NNyA diferentes efectos durante su infancia, a corto y largo plazo. Según el Trabajador Social del centro de salud los efectos y las consecuencias *"van a depender mucho de la edad de la víctima"* y según la Psicóloga va a depender de cada situación y considera que *"no hay*

[36] Entrevista realizada el 22 de agosto del 2018 al Jefe del centro de salud.

siempre el mismo síntoma, siempre va a variar de acuerdo a la persona, y de acuerdo a lo que pasó. Si hay una familia que lo acompañó, sino hubo una familia que lo acompañó tanto. Todo depende como va, no solamente el hecho sino también lo que va pasando después, alrededor del hecho"[37].

Los profesionales nombran diferentes efectos, donde lo que realizamos es agruparlos como lo expusimos anteriormente como lo realiza Giron Sánchez (2015). Podemos encontrar efectos físicos como dificultad en el sueño (pesadillas) y madurez inmediata; efectos conductuales expresados en cuestiones de violencia y agresividad, cambios de comportamientos, dificultades escolares, en el lenguaje y aprendizaje; efectos sociales, que se evidencian en dificultades y cambios en relacionarse con los otros, aislamiento y retraimiento social; efectos sexuales y, por último, efectos emocionales -en donde hicieron más hincapié los profesionales entrevistados- considerando que, los NNyA viven una situación traumática, donde a través de esto, se producen consecuencias de orden no sólo físico sino también emocional.

II-Puntos de debate hoy: en relación con la problemática

i- Implementación de la Educación Sexual Integral

Consideramos necesario reflexionar en este apartado sobre el eslogan *"Con mis hijos no te metas"*, tema que actualmente en la sociedad está en debate y que se relaciona con nuestra problemática. "Con mis hijos no te metas" es una Organización de la Sociedad Civil que defiende estructuras patriarcales sobre los NNyA, como si estos no fueran sujetos de derechos sino propiedad privada u objetos de pertenencia de los padres-madres-familia. Claramente proclaman autoridad y posesión sobre los NNyA. En concordancia con esto, entendemos que la Ley Nacional Nº 26.150 de Educación Sexual Integral es un tema que involucra a la Salud Pública. Por ende, nos compromete a todos a que se implemente dicha ley, que fue sancionada 12 años atrás pero que vuelve actualmente por el debate sobre la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo que cuenta con el lema de la Campaña Nacional que dice "*Educación sexual para decidir, anticonceptivos para abortar, aborto legal para no morir*". Luego de que

[37] Entrevista realizada el día 15 de agosto del 2018 a la Psicóloga del centro de salud.

en agosto nuestro sistema parlamentario haya rechazado el proyecto de Ley que garantizaría la IVE, tanto la Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito como quienes nos posicionamos en la elección desde la voluntad, lejos de "guardarnos" o "abandonar" la lucha, seguimos discutiendo, sosteniendo y apostando a la necesidad de la educación sexual integral, con perspectiva de género y de derechos humanos, en todos los niveles del sistema educativo, a pesar de estar regulada desde 2006, hoy es blanco de ataques de fundamentalismos religiosos que obturan su plena implantación. La Ley N° 26.150 tiene como objetivo que "*todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada* (...)". Pero quienes fundamentan "#ConMishijosNoTeMetas" se refieren a que no quieren "*que se enseñe ideología de género*", "*que se les quite el derecho a los padres a educar a sus hijos de acuerdo a sus convicciones*", "*que se elimine el ideario institucional impidiendo que las escuelas enseñen sexualidad en base a sus idearios*", "*que se imponga una enseñanza sexual ideológica desplazando toda argumentación científica".* Y sí quieren que "*el estado sea agente preventor y no promotor del desarrollo temprano de la sexualidad:* incluyendo la prevención del abuso sexual", "*que la familia tenga participación directa como agente primario y natural de la educación, ejerciendo la responsabilidad de parental al encausar a sus hijos de acuerdo a su visión social de la sexualidad*", etc. La palabra promotor al igual que exigen la participación de la familia nos queda resonando, por lo tanto, retomamos una reflexión por la Psicóloga Patricia Gordon -en la red social Facebook- quién manifiesta que la sexualidad es un "*territorio de libertades y de represiones, de abusos y usos, de violencias y explotación*". Históricamente "*la educación y la sexualidad han sido terreno fértil para la dominación y el control de los cuerpos*". Podemos retomar ciertas frases de la cotidianidad, de una realidad construida como "los nenes con los nenes", "las nenas con las nenas", "te violó: ¿y vos que dijiste?, ¿qué llevabas puesto?, ¿por qué no hablaste?, "con la nena no te metas", etc. ¿Ellos si pueden meterse a "enderezar" lo "torcido" y a clasificar los diferentes modos de vivir la sexualidad? ¿Pueden meterse a silenciar el incesto? Esta última frase nos hace volver a la posesión de los cuerpos de los NNyA que da lugar a todo tipo de abuso. Entendemos que se debe desnaturalizar "la familia como el lugar donde no sucede nada" porque la mayoría de abusos ocurren dentro de este ámbito, porque la mayoría son ocultados, encubiertos y silenciados por la propia familia. Por lo tanto, consideramos relevante que la educación sexual integral se aplique a los planes de

estudio para prevenir y que se habilite a que los NNyA se puedan pensar como sujetos de decisión ante la presión de una sociedad tan patriarcal.

ii- Aportes para la prevención

Además de la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral -*como decíamos anteriormente*- consideramos necesario referirlos a la prevención desde cualquier ámbito que tenga relación y contacto con los NNyA: desde el ámbito familiar, comunitario, social, etc. Es necesario tener en cuenta que la sexualidad no tiene que ser un tabú y que, por lo tanto, no hay edades específicas para ser tratada: la problemática puede ser trabajada incluso con niños y niñas, siempre respetando su edad y su capacidad de entender de que les estamos hablando. Por ejemplo, hemos relevado que existen cuentos infantiles como "*La regla de Kiko y la Mano*" evidenciando tipos de contactos que van teniendo ambos -Kiko y la mano-, y así poder reconocer aquellos que están permitidos y los que no, de forma clara y directa. "*Ojos verdes*" es otro cuento que enseña las habilidades, conceptos y valores necesarios para poder enfrentarse a situaciones de riesgo, saber pedir ayuda a los adultos responsables de su protección y crecer con una idea sana de las relaciones y de la sexualidad. *¡Estela grita muy fuerte!, "Cata y Benja", "Cuidado con el zorro",* entre otros.

Después de interiorizarnos en cuentos y videos con el objetivo de prevención del abuso sexual entendemos que la única manera de fortalecer a los NNyA es creando espacios de diálogo, confianza y aprendizaje. De esta manera, creemos que, otorgándoles herramientas para cuidarse, y enseñándoles en que sepan cuáles son sus deseos, dudas, etc. Y en cómo intervenir cuando algo no les gusta o les genera incomodidad y cómo pedir ayuda en el caso que no pudieran resolver algo por sí mismos, es una manera de prevenir la acción del abuso.

Más allá de esto, si bien creemos que habría que educar para no violar y no a cómo protegerse de una violación, debido a la realidad social es que debemos también que al enseñar lo que "no pueden hacer con nuestro cuerpo" también es necesario que aprendan que tampoco lo podemos hacer con los cuerpos de los demás y para esto partimos de un video realizado por UNICEF: "Tu puede ser tu propio superhéroe" sobre tres super reglas: 1) "*lo que es mío es mío*, *lo que es tuyo es tuyo*", 2) "*no guardes secretos malos*" y 3) "*debo buscar y contar con adultos con quién confiar*".

Reflexiones finales

Para concluir con esta tesina, nos parece relevante considerar que somos consciente de que, hoy en día, se produjo un avance considerable en cierta medida el hecho de que el abuso sexual es reconocido o visibilizado por las víctimas, pero entendemos que dicha problemática se sigue manteniendo oculta y silenciada por esta sociedad patriarcal, incluyendo muchas veces la familia quien prefiere que esto quede silenciado o titulado como "*de lo que no se habla*" apañando y protegiendo a los abusadores: cuando a los únicos que deben proteger son a los NNyA, quienes no son objetos propios de la familia, es decir, que esta no puede convertirse en un obstáculo en el ejercicio de sus derechos.

Sobre la acción del abuso sexual concluimos, en general, que no es ni exclusivo de una clase social ni en un contexto en particular, debido a que sucede -como dice Giberti- hasta "en las mejores familias". El abuso sexual no sólo ocurre en un contexto desconocido y lejano de la víctima como suelen afirmar, sino que en su mayoría se producen dentro del contexto de convivencia del NNyA. Y por último que, no hay una edad determinada de quienes son víctimas ni tampoco características sobre quienes tienen tendencia a ser abusadores.

Entendemos que la marea verde del feminismo hizo posible que actualmente se abriera el debate sobre las desigualdades de poder, lo que para muchas generaciones de NNyA significó vivir en un clima de violencia, dominación y sometimiento fundamentando acciones y actos por parte de la familia patriarcal-encubridora, quién pretendía justificar los maltratos, las agresiones y los abusos como algo natural que se producía en el ámbito familiar. También consideramos que la Ley Nacional N° 26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral establecida en el año 2006 es una herramienta fundamental para prevenir el abuso sexual en la infancia, pero sostenemos que no alcanza sólo con la sanción de la misma sino se implementa de manera efectiva, y sumado a eso creemos sumamente importante tener en cuenta hoy, que la desinformación basada en mentiras, falsedades y distorsiones que transmite el movimiento de "Con mis hijos no te metas" es una campaña cómplice, que lo único que garantiza es que sigan ocurriendo abusos, acosos y discriminaciones.

Generalmente, el Trabajo Social se caracteriza por una intencionalidad interventiva y por una forma de abordaje particular donde el profesional se relaciona con sujetos individuales y colectivos por necesidades y/o problemas sociales que vulneran sus derechos o afectan su calidad de vida. Teniendo en cuenta la problemática que analizamos entendemos que la intervención profesional tiene como principio relevante la defensa de los DDHH de los NNyA víctimas de abuso sexual teniendo como referencia un marco normativo y una formación teórico-metodológica que sustenta nuestro quehacer profesional. El profesional de Trabajo Social entendido como agente de cambio, además, debe poner en juego la teoría y práctica concreta para propiciar una escucha y una mirada singular de la situación, el derecho a la autonomía y el trabajo en equipo.

En relación a la intervención, algo fundamental para remarcar es la importancia de que el abordaje del abuso sexual en la infancia -al ser una problemática tan compleja- sea mediante un trabajo interdisciplinario e intersectorial, donde se pueda a través de diferentes miradas afrontar un consenso en los abordajes e intervención profesional contemplando las diferentes disciplinas para abordar las situaciones, favoreciendo la integración y evitando que sólo un profesión elabore estrategias de intervención y, por lo tanto, se terminase dogmatizando una intervención profesión.

En cuanto al centro de salud Tío Rolo -como responsables del territorio, del barrio- entendemos que la particularidad de abordaje e intervención, mediante el equipo técnico, y con los recursos con los que cuenta -ya sea recursos humanos o económicos-, se realiza efectivamente: es decir, que afronta cada situación resguardando y protegiendo al NNyA. También es necesario destacar la decisión política por parte de los profesionales, el acompañamiento y la asistencia que realizan cuerpo a cuerpo, la predisposición, disponibilidad y el compromiso con el que el equipo asume una situación. Nada de esto sería posible sino habláramos de una intervención interdisciplinaria basada en el aporte de distintas disciplinas con el fin de abarcar los mayores aspectos posibles que una situación puede involucrar, ya sea físicos, psicológicos, sociales, legales, etc.

No obstante, entendemos que los mitos y los prejuicios están unido a una creencia machista de esta sociedad, por lo tanto, es trabajo de todos aportar para des-construir y desembarazarse de las ideas preconcebidas, entender de lo que realmente se trata y lo que conlleva la acción del abuso: ya sea indiferencias, consecuencias, re-victimización, entre otros.

Para finalizar, desde lo personal, tanto la escritura de la tesina como la problemática me desafía e inspira a seguir formándome, a capacitarme, a ponerme en el lugar de ese otro que tantas veces nos representa, porque en alguna u otra medida todas -*y en género gramatical "femenino", porque las estadísticas extra-oficiales dicen que somos mayorías*- pasamos o tenemos alguien cercano que ha tenido que pasar por esto y que muchas veces -*o aún*- no han encontrado un lugar seguro para expresarlo. Si bien hoy considero que hay un acompañamiento y un abrazo sororo de las pibas que luchan y se posicionan bajo el lema "Yo sí te creo", es necesario que el Estado implemente políticas públicas de carácter integral que promueva la prevención y la identificación del abuso sexual para garantizar la protección integral de todos NNyA.

Bibliografía

- ANDER EGG, Ezequiel (1995). *Diccionario del Trabajo Social*. Editorial Lumen. Buenos Aires
- BARUDY, Jorge. (1998). El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. 1ª edición. Editorial Paidós. Barcelona, Buenos Aires, México.
- BLEICHMAR, Silvia. (2001). *"La infancia y la adolescencia ya no son la mismas. Qué se conserva hoy de la infancia que conocimos*". Conferencia. Centro Cultural San Martín, organizado por el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- BOUERDIE, Pierre (1990). *"Sociología y cultura".* México. Grijalbo.
- BOURDIE, Pierre (1994). "El espíritu de la Familia". *En Bourdie, P. "Razones, prácticas sobre la teoría de la acción"*. Editorial Anagrama, Barcelona. Págs. 121 A 138
- BOURDIEU, Pierre. y WACQUANT, Loïc. (1995) "Respuestas por una antropología reflexiva". Ed. Grijalbo, México.
- CARBALLEDA, Alfredo. J. (2008). *"*Los cuerpos fragmentados*", en ídem Los escenarios de la intervención. Una mirada metodológica*. Paraná. Espacio Editorial. Pags. 75-94
- CARBALLEDA, Alfredo. J. (2012). *La Intervención en lo Social. Exclusión e Integración en los nuevos escenarios sociales*. Bs. As. Paidós, 1ª edición.
- CARBALLEDA, Alfredo. J. *"La interdisciplina como dialogo. Una visión desde el campo de la salud*". Bs. As. Subsecretaria de Atención a las Adicciones. Ministerio de Desarrollo Social.
- DI MARCO, Graciela; FAUR, Eleonor y MÉNDEZ. (2005). Democratización de las familias. UNICEF, Ciudad de Buenos Aires.
- DUPRET, Marie-Astrid y UNDA, Nathalia. (2013). "Revictimización de niños y adolescentes tras denuncia de abuso sexual". En: Universitas, XI, julio-diciembre, p. 101-128. Quito: Editorial Abya Yala/Universidad Politécnica Salesiana.

- Elichiry, Nora Emilce (1987). "De Interdisciplinas e Indisciplinas", *en Elichiry, Nora (Comp) El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio.* Bs. As. Edición Nueva Visión. Pags. 333-341.

- FEDERACIÓN INTERNCIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES Y ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL. *Principios Éticos del Trabajador Social.* Recuperado de http://www.cgtrabajosocial.com/app/webroot/files/jaen/files/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DEL%20TRABAJO%20SOCIAL.pdf

- FERRANDINI, Débora. (2004). "Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Rosario", *en Barbé; Alicia, Trainer; Martín (coordinadores) [Et al. Autores]. Intervención de estrategias aplicadas a la Salud (PROYECTO IDEAS): un tema de universidad y atención primaria de la salud en la ciudad de Rosario*. UNR. Pags. 23 a 30
- FRÍAS, Carmén Frías (2003). "El abuso sexual infantil: abordajes desde el trabajo social. Curso: "Los malos tratos y los abusos sexuales contra niñas, niños y adolescentes" Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Ciudad Autónoma de Bs.As.
- FUENTES, Gabriela (2011). Tesis: *Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar. El abordaje desde el Trabajo Social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria*. Facultad de Filosofía y Letras, Tucumán.
- GABRINETTI, Mariana. "*Perspectiva relacional, condiciones de trabajo y representaciones en el análisis de la intervención profesional en Trabajo Social"*, en ROZAS PAGAZA, Margarita y GABRINETTI, Mariana. El Trabajo Social en diferentes campos de intervención profesional. La plata. Editorial de la Universidad de la Plata. Págs. 8-18
- GALVIS ORTIZ, Ligia. (2009). *La Convención de los Derechos del Niño veinte años después.* Pags. 587-619
- GIBERTI, Eva (2013). *Decir abuso sexual infantil es una simplificación que encubre al adulto*. Diario Z. Recuperado de http://www.diarioz.com.ar/#!/nota/decir-abuso-sexual-infantil-es-una-simplificacion-que-encubre-al-adulto-26067/
- GIBERTI, Eva (2015). *Abuso Sexual contra niñas, niños y adolescentes. Un daño horroroso que persiste al interior de las familias*. Noveduc, 1ª edición.

- GIRÓN SÁNCHEZ, Rosario. (2015). Abuso sexual en menores de edad, problema de salud pública. Editorial Unife. Págs. 61 a 71
- GONZÁLEZ, Alicia. El Informe Social, en Revista Utopías.
- Guía para el abordaje intersectorial. Violencia, abuso y maltrato.
- HELLER, Agnes (1972). Historia y vida cotidiana. Edición Grijalbo, México.
- IAMAMOTO, Marilda Villela (2003). *El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional*. São Pablo, Brasil. Corte Editora.
- JELIN, Elizabeth. (1994). "Familia: Crisis y después…", *en Wainerman, Catalina Vivir en familia*. Editorial Losada. Pags. 33-48
- LA NACIÓN (2018). Es ley: el abuso sexual infantil es un delito de acción pública. Recuperado de https://www.lanacion.com.ar/2180574-es-ley-abuso-sexual-infantil-es-delito/amp/2180574?__twitter_impression=true
- MATUS, Teresa. (2009). Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica. Editorial Espacio. 2° reimpresión. Argentina
- MINISTERIO DE SALUD (2011). *Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para Equipos de Salud.* Argentina
- MINISTERIO DE SALUD (2015). *Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud*. Argentina
- MÜLLER, María Beatríz (2015). *Abuso Sexual en la Infancia. Mitos, construcciones e injusticias: El éxito judicial del falso síndrome de alienación parental*. Ciudad Autónoma de Bs As. Maipue, 1ª edición.
- NIEVA, Bárbara Catherine (2018) Trabajo Final Seminario "Reconfigurando la protección infantil. Alcances y dilemas en torno al gobierno de la infancia en Argentina y Santa Fe".
- ORGANIZACIÓN DE LA SALUD MUNDIAL. *Maltrato Infantil*. Recuperado -el 3 de abril del 2018- de http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Carta de Ottawa para la promoción de la salud", Ginebra.

- PODESTÁ, Marta del Carmen; ROVEA, Ofelia Laura (2003). *Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar. Un abordaje desde el Trabajo Social*. Bs As. Espacio, 1ª edición.
- RODRIGUEZ CELY, L. A. (2013). *Intervención Interdisciplinaria en casos de Abuso Sexual Infantil*. Univ, Psychol. Bogotá, Colombia. Pags. 57-70
- ROVERE, Mario R (1999). *"Redes en Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad",* Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).
- SAUTU, Ruth. (2003). *"Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación".* Bs. As. Lumiere.
- SAVE THE CHILDREN (2001). *Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales.* Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
- STOLKINER, Alicia. (1987). *"De Interdisciplinas e Indisciplinas", en Elichiry, Nora (Comp) El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio.* Bs. As. Edición Nueva Visión. Pags. 313-315
- SUNKEL, Guillermo (2006). El papel de la familia en la protección social en América Latina
- TONON, Graciela (2001). *Abuso Sexual Infantil. Un abordaje desde el Trabajo Social*. Ciudad Autónoma de Bs As. Espacio, 1ª edición.
- TRAVI, Bibiana (2006). *La dimensión técnico instrumental en trabajo social.* Buenos Aires: Espacio Editorial.
- VITALITI, José María (2015). La niñez y sus derechos a lo largo de la historia. Didáctico Sistematizado.
- VOLNOVICH, Jorge R. (2010). Infancia, subjetividad y violencia: 200 años de historia. 1ª ed. Editorial Lumen. Buenos Aires.
- ZANDONA, Marcela. (2008). Tesina: *Renunciar al silencio, comenzar a defenderse… y después? Abuso Sexual Infantil e Intervención Profesional*. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Escuela de Trabajo Social, Rosario.

Leyes y declaraciones

- CÓDIGO PENAL DE LA NACIÓN (1995). TITULO III. Delitos contra la integridad sexual. Arts. 118 a 133.
- DECRETO 522/13 (2013). Salud Pública. Conceptos Básicos y Generales. Junta de Escalafonamiento. Santa Fe
- Ley N° 10.903 de Patronato de Menores (1919). Recuperada de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/775/legislacion/Ley%2010903_patronato.pdf
- Ley N° 12.967 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. En Boletín Oficial 17 de abril de 2009. Legislatura de la Provincia de Santa Fe.
- Ley N° 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar. En Información legislativa 7 de diciembre de 1994. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación.
- Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. En Boletín Oficial 21 de octubre de 2005. Congreso de la Nación Argentina.
- Ley N° 26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral. (2006).
- Naciones Unidas (1959). Declaración de los Derechos del Niño. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o%20Republica%20Dominicana.pdf
- UNICEF (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño.* Madrid.

ANEXO I: Guía de preguntas realizada para las entrevistas.

Profesión:

¿Cuándo se incorporó en el Centro de Salud?

1) ¿Cómo se identifica la problemática de abuso sexual infantil? ¿Qué se toma en cuenta para llegar a su comprensión y abordaje?

¿Cuáles son las bases teóricas en que se sustenta? ¿O qué herramientas utiliza?

2) ¿Trabajan interdisciplinariamente (profesionales) y en red con otras instituciones?

3) ¿Cuál es su función como profesional en situaciones de abuso sexual infantil?

4) ¿Existen criterios compartidos sobre la problemática y la pertinencia del abordaje desde el centro de salud? ¿Qué se privilegia para ello?

5) ¿Cuál es el abordaje de intervención en situaciones de abuso sexual? ¿Existe o se sustentan de un protocolo? ¿Cuentan con guías o criterios para tomar decisiones?

¿Cómo es el abordaje en los barrios por los efectores de salud?: ¿Ponen eje en el bienestar y si es necesario la protección, complementándose con el abordaje jurídico? ¿Qué es lo prioritario?

6) ¿Cómo participan los niños, niñas y adolescente del proceso? ¿Cuál es su reacción?

7) ¿Cuáles son los efectos o consecuencias que han detectado en los niños y en las niñas que han sufrido abuso?

8) ¿Qué entiende por revictimización? ¿Cuál es el abordaje interdisciplinario para evitar la revictimización de la niña, niño y adolescente?

9) ¿Cuáles son los obstáculos que se les presenta a la hora de planificar la intervención para modificar la situación de abuso sexual?

10) ¿En qué situaciones la intervención posibilitará/posibilitó una modificación o acotamiento de los efectos negativos?

11) ¿Existe algún criterio por parte del equipo para concluir con el seguimiento de la situación?

12) En la actualidad ¿hay avances en relación a hacer público las situaciones de abuso? Si la respuesta es SI: ¿Por qué crees que actualmente se habla más de ASI que anteriormente?

Y por último ¿Cómo profesional que le genera el tema de ASI?

Preguntas específicas al Trabajador Social:

¿Cómo es la intervención – especificidad profesional del rol del TS- con niños, niñas y adolescentes?

¿Cuáles son las técnicas e instrumentos que utilizas cotidianamente a la hora de intervenir en situaciones de abuso sexual en la infancia?

ANEXO II: Desgrabaciones de las entrevistas realizadas.

Entrevista a Licenciado en Trabajo Social (UNR).
Centro de Salud Tío Rolo.
Realizada el 24 de Julio de 2018

Profesión: Trabajador Social
¿Cuándo se incorporó en el CS?: Septiembre del 2017

1) ¿Cómo se identifica la problemática de abuso sexual infantil? ¿Qué se toma en cuenta para llegar a su comprensión y abordaje?

Desde la intervención, en general por lo menos lo que me paso a mi desde la experiencia siempre fue a partir de no directamente -en general en la mayoría de los casos- no directamente que me llegue el planteo a mí, sino que aparece en un consultorio de la médica, médico, pediatra o generalista, que ahí se plantea o a partir de que descubre la situación la médica o el médico o un planteo en general como la mayor cantidad de veces, los niños y las niñas van acompañados de la madre o de un adulto aparece "pasó esto…" y cuando aparece la situación oculta por la madre, en general es otro adulto -una tía- entonces aparece "me pareció tan cosa", la identificación viene desde un adulto, planteado en un consultorio médico del centro de salud, y a partir de ahí como parte de la forma de laburo es tomarlo con el equipo, convocar en este caso a la psicóloga y al trabajador social. Así es como aparece.

2) ¿Trabajan interdisciplinariamente y en red con otras instituciones?

Sí. En eso sí, intentamos trabajar interdisciplinariamente en el equipo con el aporte de cada una de las disciplinas, y después interinstitucionalmente con otras instituciones. Lo que pasa, con la salvedad que hay en el barrio, no hay muchas instituciones estatales y tampoco instituciones no gubernamentales. Tenemos además del centro de salud municipal, hay una escuela primaria, hay un jardín de infante y después hay un espacio que es los centros de día que trabajan con niñas, niños y adolescentes que también ahí, empezamos a tener un mejor vínculo y otras organizaciones que a lo mejor tenemos menos contacto, ya son como que muy específicas, centro comunitario que

elaboran comida y copa de leche, más de eso no hay, otra institución sería la policía, que no trabajamos en conjunto, una cosa muy puntual únicamente.

3) ¿Cuál es su función como profesional en situaciones de abuso sexual infantil?

En relación a esto aparece lo que te decía antes, me ha pasado que alguna situación me lo han planteado a mí, no en el centro de salud porque va a hacer un año que estoy pero por ahí en otros lugares la mayor parte de las veces sería como coprotagonista, tomar la situación a partir no de la derivación pero sí de ser convocado por otros miembros del equipo, intentar armar como una red de contención y de tomar esta situación del abuso con la familia o con los adultos que llegaron a hacer la denuncia, que a veces no es la familia y con la niña o el niño, que se puede trabajar.

4) ¿Existen criterios compartidos sobre la problemática y la pertinencia del abordaje desde el centro de salud? ¿Qué se privilegia para ello?

Digamos esto no es la experiencia que me pasó a mí, pero sí en el centro de salud como en general está compartido que todo el mundo rechaza el tema del abuso sexual infantil pero sí lo que aparece, que a lo mejor es un punto... porque cuando estamos hablando de abuso sexual infantil estamos hablando de niñas, niños de tres, cuatro, cinco años pero también once, doce años y que están en edad reproductiva, entonces ha pasado una situación donde una nena de doce años quedó embarazada y ahí se generó toda una discusión. Porque ahí no se compartían los mismos criterios de todos los integrantes del equipo, sobre cómo trabajar esta situación, donde aparece sobretodo esto que está en discusión ahora, de la irrupción voluntaria del embarazo que no es ley, ahí me parece que es la mayor dificultad. Después en relación a cómo laburar la contención, o cómo abordar el resto de lo que hay que tomar que no está tan protocolizado, pero en general está tomado por todos no aparecen mayores dificultades. Cuando pasa esta situación sí, después por lo menos desde la experiencia de laburo ahí y lo que han comentado de situaciones anteriores.

5) ¿Cuál es el abordaje de intervención en situaciones de abuso sexual? ¿Existe o se sustentan de un protocolo? ¿Cuentan con guías y criterios para tomar decisiones?

No, lo que nosotros vimos que también pasó así en general que había distintas formas de abordar, había un protocolo que se llevó durante un tiempo, que después se modificó y era de tomar la situación y ahí mismo comunicarlo al hospital de niños, en este caso al hospital "Víctor. J. Vilela" que sería de la red. Sobre todo, estamos hablando cuando el abuso sexual -porque hay distintos niveles de abuso sexual, desde el manoseo a la niña y niño, y cuando se llega a una violación o penetración o de acceso carnal que hace que necesite una evaluación sin revictimizar, y en eso hay esto de que sea derivado y acompañado a que pueda estar evaluado en este caso por pediatra de guardia probablemente depende si es una nena, una ginecóloga de guardia. Y a partir de ahí, derivar como la denuncia a la fiscalía que aborda los delitos sexuales. Pero como que son de distintos grados, cuando aparece esta instancia hay una medida más urgente de esto, involucrar a la guardia del hospital de niños y en otros casos intentar hacer un trabajo de equipo, por ahí se toma no de gravedad y urgencia, no es que no se agrave, pero en relación al caso de acceso carnal aparece como mayor gravedad. En esto sí hay un acuerdo en los equipos. Independientemente de que podamos estar de acuerdo o no.

6) ¿Cómo participan los niños, niñas y adolescente del proceso? ¿Cuál es su reacción?

En general sí aparece, también de acuerdo de las edades, los caso en el tío rolo de los que yo estuve trabajando, una niña de once años donde no hubo una comprobación de acceso carnal y una nena más chiquita de siete años que sí, entonces ahí aparecen todos los miedos y también depende mucho de los adultos que acompañan esa situación, es decir, si son los padres o familiares directos. Sobre todo, aparece este tema que si la madre acompaña se toma de una manera, que si bien están los temores, dudas, cuestión que se genere, no es la mismo cuando aparece un encubrimiento básicamente de la madre o de un familiar directo y ahí se complica. En una situación que tenemos en el centro de salud, que yo no aborde en el momento del abuso, pero sí, que esta nena por ejemplo estaba detenido el abusador, hubo acceso carnal, tenían comprobaciones de médicos forenses. El tema es que la madre todo el tiempo diciendo que "esto no es tan así", que "ella mentía", como que no lo quería inculpar. Y no pudieron hacer la cámara Gesell, esta situación hizo que el abusador ahora este con prisión domiciliaria, que en otro caso no hubiese pasado, entonces ahí va a depender mucho del acompañamiento de cómo llegue el niño, si está acompañado de familiares directos, puntualmente en el caso de la

madre si está encubriendo o acompañando para que se haga algo. El proceso del niño o de la niña es distinto.

7) ¿Cuáles son los efectos o consecuencias que han detectado en los niños y en las niñas que han sufrido abuso?

Va a depender mucho de edad, sí hay cambios de comportamientos, de la personalidad. Hay modificaciones que incluso hacen que cuando sea un abuso que no está vinculado, que no es una violación directa haces sospechar a partir de estos cambios de comportamientos, cuando aparece una violación es más traumático por lo tanto hace que sí, aparecen otros síntomas que tienen que ver con otras sensaciones, además de estar acompañado por el cambio de comportamiento, de agresividad en los casos de niñas y niños más chiquitos, o a veces retraimiento, ocultarse. Entonces por ahí esto hace hacía la sospecha de lo que está más vinculado directamente, aparece esto. La verdad es intentar esto, hablar, no particularmente conmigo lo trabajan a esto de poder contar alguna cuestión, pero sobre todo en el área de salud mental, cuesta laburar, pero va a depender todo de la edad de ellos. No es lo mismo un niño, una niña o un adolescente. Y me parece que en los adolescentes aparece más como culpabilizarse, de las situaciones que yo vi.

8) ¿Qué entiende por revictimización? ¿Cuál es el abordaje interdisciplinario para evitar la revictimización de la niña, niño y adolescente?

Y eso es más complicado porque en realidad por ahí aparece la familia directa o indirecta de la situación, de la víctima y el planteo es "bueno, hay que revisar para ver si aparece algo" y en realidad como eso no va a tener ... sino cómo que te despeja algún malestar que se le genera a la familia directa, en relación a sí pasó algo, que tiene que ver más con el acceso carnal como primer sospecha, sino hay una marca o nada, es posible trabajar otras cosas en su momento. Lo que me parece es que la revictimización, cuando aparece esa demanda de revisarlo, ver que le género y después hay una… digamos como una nueva revisión por una nueva médica o médico forense, es muy difícil de sostener, por ahí muchas veces el planteo es decir "que sea una sola vez", que pase por ese proceso - digamos lo que tiene que ver con contar la situación, contar lo que paso, que pueda estar alguien abordando que pueda contener eso (psicóloga, psicólogo)

y cuando necesite llegado el caso, evaluar como un control más de tipo de médico forense que sea una sola vez para que justamente no esté reviviendo la situación, primero con el médico que la atiende, con el médico forense, volver a hacerlo en otro momento. Eso se intenta. Lo que pasa que a veces también está la presión de la familia y después bueno también aparece… yo me estoy acordando de que hace poco una de las pediatras hablando con una madre de un hijo de ella, que ahora debe tener cerca de veinte años, hablando de cuando era más chico, así como de la peor manera planteando "sí, lo que pasa es que a este cuando era chico le rompieron…", literal. "Fue una situación con un familiar, pero bueno, eso ya paso hace mucho" y a veces la victimización viene no sólo de los equipos de salud sino también de propia familia, porque era la madre, fue bastante duro cuando lo contó y cuando lo escucho la médica ni hablar.

9) ¿Cuáles son los obstáculos que se les presenta a la hora de planificar la intervención para modificar la situación de abuso sexual?

Por ahí en relación a lo que yo decía antes como está acompañada la situación, si la familia acompaña o si la familia oculta digamos el delito, la acción de abuso, porque también la dificultad tiene que ver muchas veces con las restricciones que tiene que ver sobre un abusador pero en general como es un vínculo familiar o cercano y también tiene que ver con las condiciones de vida, si un niño o niña abusado por un familiar directo también es difícil sostener como no… salvo que esté detenido, cuando eso no pasa que no siga en ese lugar conviviendo o si es un vecino, que no vuelva a tener contacto. Creo que esa es una de las dificultades, más allá de a veces la lentitud de la justicia o por el tema de no darle crédito a lo que plantea la víctima, hace que sea más lento todo. Y sobre todo el encubrimiento y ocultamiento de la familia.

10) ¿En qué situaciones la intervención posibilitará/posibilitó una modificación o acotamiento de los efectos negativos?

Y ahí, cuando hay un trabajo de distintas áreas… Por ejemplo, estoy pensando en una nena que en realidad ella llegó al barrio después de, o sea es una chica que tiene tres nenas con una pareja, y estaba conviviendo con otra pareja de la cual tiene un nene más chiquito. El papá de este chiquito fue quien abusó de una de las nenas, que en ese momento tenía siete años me parece y que la posibilidad fue, primero que llegará al Tío

Rolo, porque era de otro barrio, el papá de las nenas le habilitó la posibilidad de acceder a un terreno, después nosotros trabajamos la cuestión de mejorar la vivienda, incluso la posibilidad de cercar la vivienda porque cuando a la ex pareja de ella, que hace la denuncia, la echan del barrio los familiares, le queman la casa, ella termina en Tío Rolo con la ayuda del papá de las nenas, y él que queda preso ahí lo que se hizo… la atención del centro de salud fue posterior, ya había actuado fiscalía, el Ministerio de la Acusación, entonces ahí hubo un acompañamiento, una posibilidad de hacer una mejora de la vivienda porque también estaban circulando los familiares que se podían meter a la casa, mejorar por ejemplo un tejido para que no accedan a la casa, hay posibilidades pero como que necesitas que intervengan otras instituciones como el Ministerio Público de la Acusación que también te puede hacer un informe para sustentar un pedido de ayuda material para esa casa y acompañar desde el ámbito de salud mental, darle una atención a esa nena, a la mamá de esa nena, ahí es entre comilla exitoso cuando aparece un laburo de distintas instituciones, como que hay algunas cuestiones en común que se ponen.

11) ¿Existe algún criterio por parte del equipo para concluir con el seguimiento de la situación?

No, claro en general el tema es que yo digo en el centro de salud al estar en un territorio así delimitado y la gente lo toma como referencia al lugar, no es lo mismo si nosotros estuviéramos trabajando con la fiscalía o en el hospital, término, se dio el alta. Salvo que venga algún tratamiento o seguimiento, no lo ves más y en la fiscalía termina y queda detenido el agresor o la agresora, y ya está se cierra el expediente y se guarda. En el centro de salud, si bien uno cierra con esa situación, el vínculo con la familia existe porque uno está trabajando otras cosas, si bien uno cierra esa atención… estoy pensando en una nena que hubo una denuncia, que después se logró que pudiera acceder a un terreno con una casita, que se logró con ayuda del SAC, Servicio de Atención Ciudadana de Desarrollo Social de la Municipalidad, bueno ella sigue atendiéndose en el centro de salud, entonces hay un acompañamiento en otro orden, ya no se está trabajando la cuestión que fue del abuso - sin acceso carnal, de un vecino muy pegado a la casa- pero bueno, poniendo el ojo en qué, se cierra la situación pero que puede aparecer más adelante, porque era una nena de entre once, doce años que hoy tiene trece años y ya en plena adolescencia empiezan a aparecer otras cuestiones, temor a que pueda volver a pasar. Es difícil decir bueno lo cortamos acá.

En relación a esa pregunta, en cuanto al abuso, no hay una cuestión que diga "bueno, hasta acá llegamos", ¿siempre se trata de seguir…?

Y eso lo evalúa el equipo y de acuerdo a las posibilidades, lo que estaba pensando otras de las formas que haga que se cierre la situación es que se vayan del barrio, es lo mismo que le pasaría a la fiscalía o al hospital cuando termina su contacto, en el territorio lo que te define eso es que no estén más en el barrio, vos cortas la situación esa pero eso vuelve en algún momento en las intervenciones. Aunque no esté dicho. Me parece que está sobrevolando. Porque en realidad te lo plantearon a vos, a cualquiera de los profesionales, y ya está. Si bien eso generó como una confianza, y cómo es algo muy complejo esa situación, porque si fuera mira el nene, la nena tuvo una desnutrición, el pibe supero eso, se sigue atendiendo, igual siempre aparece algunas cuestiones "este chico que estaba desnutrido", pero en relación con esto con más razón porque son situaciones más complejas. Volverá el padrastro, intentará estar con la madre o volverá este vecino cerca de esta nena, el abuelo. Y así cada una de las situaciones. Es difícil de cortarlo por más que uno intente seguir haciendo otras cosas, siempre está latente.

En relación a la pregunta de cuándo es dependiendo de la edad por ejemplo los nenes de tres o cuatro años y cuando era más difícil llegar a un acuerdo en los once, doce años- ¿Pensas que es una cuestión de prejuicios que hay sobre el abuso?

No, me parece con las consecuencias. No hay dificultades, en realidad nunca llegamos a esas discusiones más profundas. Hay como visiones de la familia, hay quienes piensan que la familia es papá, mamá, nena y nene, o sea eso es esquemático, que tienen esa lógica de pensamiento y no consideran que hay otras familias unipersonales, una madre con todos los pibes, incluso hasta que lo vean o lo hayan atendido, incluso que haya dos mujeres o dos tipos, entonces como hay todos estos prejuicios dando vuelta, pero sobre todo aparece más que prejuicios como lo que piensa puntualmente. Cuando es un embarazo de una violación en una menor de edad, ahí es más complejo porque ya depende de una cuestión más ideológica, de quién tiene la decisión del cuerpo de esa nena y bueno, aparece como el Estado haciéndose cargo, ahí dejan de ser liberales, porque están protegiendo una vida que en realidad no es vida todavía, pero bueno. Es una discusión más ideológica que ni siquiera, va para mí no pasa por lo moral ni por lo

religioso que incluye todo eso, pero en relación a lo otro sí, por ahí hay gente que está de acuerdo con esto, con la irrupción voluntaria de embarazo, que le está dando la posibilidad… Y de ahí como las familias tipo, que el padre trabaja y la madre hace las cosas de la casa, hay gente que piensa que va incluso de su propia existencia, porque trabaja la mujer, trabaja el hombre e incluso lo sigue pensando. Estamos, así como en no más como un retroceso, sino que nunca se salió de esa mirada. Pero bueno, cuando uno pone en discusión y en términos no fundamentalistas, sino en negociar cosas sí, se puede laburar. Si uno arranca con los tapones de punta "no, esto yo no" es más difícil, con el paso del tiempo te das cuenta que hay que resolver una situación, bueno, sentémonos, hablemos, pero no demos muchas vueltas. Y además preguntémosle qué quiere la familia, la decisión está en ellos.

En instituciones intervinientes, nombraste a la policía y al Ministerio de la Acusación, ¿Hay alguna otra institución a parte que no sea del barrio?

Sí, el hospital de niños que lo dije. En este caso es el Vilela, también está el hospital Zona Norte, pero que nosotros no trabajamos porque ni siquiera estamos en esa zona. Me parece que otra institución no hay. Puede ser sí, el Centro Territorial de Denuncia, que en este caso como es algo bastante nuevo la gente no llega. A veces llega la policía. Nosotros lo tenemos en cuenta, pero no. En los casos que trabajamos no apareció.

La justicia popular dice que es culpable y actúa sin juicio previo, o sea es instantáneo. Es lo que pasa como en las puebladas, en general es más violento cuando son niños y hay un acusado, va la gente y le rompe toda la casa, algunos aprovechan y llevan las cosas, es más con romper, al mismo tiempo lo linchan, si la policía se lo llevó a la comisaría, le rompen toda la comisaría. Eso ha pasado en muchos pueblos: Santa Fe, Buenos Aires, Córdoba, sale cada tanto en los medios. Y sobre todo cuando son niños, si aparece una situación con una mujer, en general, no es que no pase, pero pasa menos, cuando es menor de edad es justicia popular, no es justicia por mano propia, te hacen pelota la casa. Y si es en un barrio, te afanan todo, le desarman la casa, y si es en otra zona por ahí te hacen pelota la casa, aprovechan, se llevan las cosas, pero la turba lo que quieren es romperle todo, cuando hay juicio y es culpable, no tenes la posibilidad de defensa.

Y después lo que está latente, es por ejemplo en una nena que cuando yo llegue al centro de salud ya había actuado la justicia, está con prisión domiciliaria, es la pareja de la madre y la madre hizo todo lo posible para que la nena no haga nada, no denuncie, y está el abuelo junto con su mujer están a cargo de la nena, no sólo de la nena sino también de la hija de ellos, que tiene un bebé con la pareja quién abusó de la nena en la casa de ellos, ellos intentaron ocultarlo porque era contraproducente. Llegó un momento que no tenía donde ir, y le habilitaron la casa, ahora vos hablas con el tipo, y está con la idea fija de donde lo cruce a este tipo, que ellos piensan que están preso, "sino lo hago yo, lo hago matar", también aparece ese tipo de justicia que está dando vuelta.

... otro caso que ya estaba tomado por el Ministerio Público de la Acusación, cuando ella llega al Tío Rolo, yo estaba trabajando en el CIC, esto fue a fines del 2015, y a nena la atendía una residente de tercer año, en el final de una entrevista es que me dijo que tenía que completar unos papeles del Ministerio Público de la Acusación, pero nunca uso esa situación, sino que al final me dijo, y ahí pensé por qué no había empezado por ahí. Y quizá eso ayudo un poco. ....

Continúa entrevista realizada al trabajador social del Centro de salud Tío Rolo. El día 15 de Agosto del 2018.

¿Cómo se realiza -en general- la intervención del trabajo social con niños, niñas y adolescentes?

En realidad, en relación a niños y niñas vienen mediados por un adulto. Con adolescentes por ahí es distinto porque si bien pueden venir con un adulto, hay una posibilidad de mayor diálogo en la entrevista, en general tiene que ver con estar buscando resolver alguna situación, a veces de documentación, o un trámite muy puntual de alguna beca, subsidio, alguna cuestión de ese tipo. Y en general casi siempre, por un adulto. Que son entrevistas y también podes pensar otras alternativas. Digo, con adolescentes está más la posibilidad de que ellos estén planteando la situación: una beca para la escuela, un espacio como el Nueva Oportunidad. Ahí tenes chicos entre 16 y 18 años que puedan ingresar al Nueva Oportunidad y lo podes orientar desde lo que hay o en su momento, era también por el Progresar. En cambio, los niños y niñas -salvo alguna otra cuestión, algún espacio más recreativo que pueda estar funcionando en el lugar y orientarlo: teatro, telar, etc. Pero en general lo de niños y niñas viene acompañado por

algún adulto, incluso a veces puede ser otro profesional: pediatra, generalista para intervenir, o algún otro equipo pensando, por ejemplo, ahora hay un equipo del Centro de Día que funciona en Tío Rolo, que labura con niños entre seis y 12 años, estábamos intentando coordinar con ellos y por ahí aparece una cuestión más grupal con algún profesional del equipo. Pero lo puntual, en relación al trabajo social es si hay alguna intervención ya con esa familia, como se puede complementar con el laburo que vienen haciendo ellos, que tiene que ver más con habitus, costumbres cotidianas y vínculos no violentos entre sí, que están laburando eso. Y a lo mejor, lo que se busca es un conocimiento desde esa familia como para tener alguna idea de por qué ellos están trabajando con estos pibes, algún dato más que le permita eso.

Se corta la entrevista y el audio porque estaba siendo grabada en el horario de descanso e ingresan los demás médicos

****Se retoma la entrevista****

Bueno, como un repaso era que con niños, niñas y adolescentes que yo decía que con los niños y niñas era una cuestión mediada por los adultos y con los adolescentes había como planteos más directos, sobre todo los mayores de 16 años y en cuestiones que tienen que ver con intereses propios, bueno todo tiene que ver con intereses propios, pero búsqueda de alguna respuesta en relación a becas, subsidios, capacitación pero que en relación a esto es, mediado por adultos o profesionales.

Vos me decías de las herramientas…

Sí, instrumentos… que se utilizan en la cotidianidad del trabajo social

Instrumentos básicos podríamos tomar los que tienen que ver más en el espacio institucional que es la entrevista, que me parece que aparece como que las preguntas son más orientativas, básicamente la idea es escuchar cual es el planteo y a partir, depende la situación, a partir con las preguntas llegar un poco más a fondo de por qué viene el planteo, por qué vienen a hablar, por qué vienen a plantear una situación cuando es por primera vez, después las entrevistas se van profundizando por el conocimiento de la situación, a partir de tener ya un registro mínimo que puede ser un registro escrito como

la historia clínica o también en la memoria, que funciona como "que te vuelve la situación" para indagar y profundizar sobre la historia del planteo , y su historia, su vida cotidiana.

Como otro instrumento para profundizar ese conocimiento, para intervenir si aparece la visita domiciliaria, que por sí sola puede existir para reconocimiento del lugar, ubicar en terreno por primera vez donde viven, después por lo general viene agregado con la entrevista y también la observación donde hay cuestiones que por ser obvias se pueden preguntar y otras que no, por ejemplo preguntar ¿quiénes son los integrantes del grupo familiar? y a lo mejor están todos, pero vos no sabes si son o no son, quienes son los que viven, pero siempre para mi tiene que estar orientada no a hacer… lo que me parece que uno por el tema de acotar los tiempos tratas de averiguar todo de una sola vez y eso es imposible, me parece que uno a partir de una situación puede ir tomando como registros y observaciones que pueden ir sumando otras cuestiones, no es posible indagar todo de una sola vez porque eso no existe, por lo menos en la intervención más territorial porque te permite una llegada más cercana. Porque a lo mejor vos estás en otro lugar, un hospital, hablando de salud, y vos tenes que maximizar la posibilidad de la visita, de los tiempos, la posibilidad de una modalidad que te lleve al lugar, entonces ahí intentas de indagar todo de una sola vez cosas que al estar vos más en el ámbito territorial, barrial tenes como otra posibilidades de volver al lugar donde vive ese grupo familiar, o esa intervención que uno quiere hacer y además también esto de poder indagar en otras instituciones que pueden haber tenido otras intervenciones con esas familias. Que si bien en el barrio no hay muchas instituciones si tenes básicamente cuando hablamos de niños, niñas y adolescentes una escuela, que es la escuela primaria, y algunos grupos -que yo también contaba antes- que trabajan con adolescentes y jóvenes y otros con niños y niñas. Esto de poder articular alguna intervención y también alguna indagación.

(…).

***Se corta audio porque necesitan la computadora del consultorio donde nos encontrábamos* Se retoma el 1 de Noviembre en una conversación informal, por lo tanto, no se encuentra grabada. Pero que utilizamos el dialogo como aporte para culminar la idea.**

Entrevista a Psicóloga (UNR).
Centro de Salud Tío Rolo.
Realizada el 15 de Agosto de 2018

Profesión: Psicóloga
¿Cuándo se incorporó en el CS?: Agosto del 2009

1) ¿Cómo se identifica la problemática de abuso sexual infantil? ¿Qué se toma en cuenta para llegar a su comprensión y abordaje?

¿Cómo llegan por ejemplo…

Claro, las situaciones al centro de Salud

Bueno, los casos que han llegado en algunas situaciones han venido luego de judicializarse, luego que los abusos - hay distintos abusos- que han sucedido dentro de las familias, hay situaciones que han llegado luego de que se denunció el hecho. Se me viene a la cabeza dos o tres situaciones que ha venido la mamá con la niña para plantear que ha pasado una situación de abuso, en algunos casos con el padrastro, en otros casos con conocidos también de la familia, que han hecho la denuncia y que le han recomendado que comiencen un espacio terapéutico. En esas situaciones, que se vienen dos o tres se ha comenzado un trabajo con la mamá, y después con la niña en cuestión y bueno, en algunos casos no se sostiene el trabajo en el tiempo, se suspende y en otros casos se han continuado. Hay un caso que continuamos ya hace más de un año que se encuentra conmigo en el espacio de tratamiento.

Ya que salió el tema, te pregunto ¿Qué obstáculo, o que puede pasar para que no se sostenga ese espacio?

Yo pienso, porque en estos dos casos que fueron así, que ya habían hecho la denuncia, y que le recomiendan que la niña comience un espacio de trabajo con psicólogos, en ambos casos las niñas no querían venir al psicólogo, si bien en un caso me acuerdo que lo trabajamos con la mamá, la nena tenía que estar tranquila que no era un espacio para que ella hable sobre lo que le sucedió sino que era un espacio que íbamos a hablar de lo que ella querría. Porque muchas veces está el miedo ese de las chicas que han pasado esta situación, miedo de este fantasma de tener que contar y no querer contar lo que le paso, o que le pregunten sobre eso, así que en esos casos se trabajó con la mamá. Pero sin embargo, no querían venir, no quisieron venir. Vinieron dos o tres veces pero no quisieron continuar.

¿Cuáles son las bases teóricas en que se sustenta? ¿O qué herramientas utilizas?

Bueno, yo trabajo desde el psicoanálisis. Es la teoría en la cual yo me apoyo y es la teoría con la que trabajo cualquier situación, desde ese marco para cualquier situación no hay un marco específico para estas cuestiones.

¿Teniendo en cuenta las leyes?

Sí, teniendo en cuenta después el trabajo interdisciplinario, porque hay otras cuestiones que por ejemplo en este caso que, si se continúa, hay cuestiones legales, que me ha pedido la fiscal por ejemplo reuniones, porque hay cuestiones donde la niña tiene que declarar, me consultan a mí, por si la niña está preparada o no para una consulta, para declarar. Y aparte cuando hay situaciones, por ejemplo, en la última que nos tocó donde todavía no está hecho este proceso de la denuncia y demás, si tenemos que saber cómo orientar a la persona, qué es lo que tiene que hacer, a dónde dirigirse, entonces eso sí, más o menos.
En un momento hubo un protocolo, se armó una especie de protocolo, pero en general eso no quedó bien armado, entonces más o menos yo trabajo con el trabajador social, llamando a veces al área de la mujer -por ahí en cuestiones más de grandes-. Y vamos armando un poco en el momento los pasos a seguir en cada situación, medio que se hace artesanalmente. Sabiendo las cuestiones legales.

¿Antes el protocolo que había…

Sí, había un protocolo que lo habían armado entre salud y niñez, pero nunca, es como que quedo para seguir construyendo. Quedo medio así indefinido.

¿Se trataba de que llegara una situación y hace una derivación al hospital de niños?

Si, claro claro. Lo tendría que buscar por que puede ser que lo tenga en algún lado, después te lo paso. (El protocolo no lo encuentra, pero me facilita una guía para el abordaje intersectorial de toda situación de sobre de violencia, abuso y/o maltrato) del que fueran víctimas no sólo niñas, niños y adolescentes sino también mujeres, adultos/as mayores, tomando como marco normativo la normativa vigente y los principios rectores que sustentan el accionar profesional).

Sí trabajan interdisciplinariamente ya me contestaste: ¿trabajan en red con otras instituciones? o ¿cuáles son las otras instituciones con las que trabajan en estas situaciones?

Muchas veces la fiscalía de delitos sexuales, el Ministerio de la Acusación, con esto en general quedamos en contacto y tenemos que articular algunas cosas, en conjunto. Y en otras ocasiones también se incluyen muchas veces la Dirección Provincial de Niñez que también han participado...

¿Cuál es su función como profesional en situaciones de abuso sexual infantil? Un poco me dijiste esto desde la mirada del psicoanálisis, ¿qué se tiene en cuenta?

Es algo que, el niño o la niña viven una situación traumática, entonces lo que se trata desde la clínica es poder habilitar que ese sujeto pueda reelaborar lo traumático, para que lo traumático deje de tener todos estos efectos, que a veces llegan a crisis de angustia, a dificultades en el sueño, todo lo que provoca los hechos traumáticos, desde la clínica cuando la persona puede elaborar sobre todo un niño que lo elabora jugando más que nada, puede empezar a elaborar con eso que se le paso, eso alivia un poco esos efectos traumático que les están pasando.

¿Esas podrían ser algunas consecuencias que deja el abuso sexual en el niño?

Sí, esas son las más agudas, pero después hay otras: la dificultad de relacionarse con los otros, cuestiones fóbicas, también, muchas veces. Depende cada situación. Otras veces cuestiones de violencia, de agresividad, no poder manejar... Muchas veces hay un enojo que lo vuelcan en los otros, generalmente sobre la familia, lo manifiesta en la escuela, de relacionarse de manera violenta con sus compañeros. No hay siempre el mismo síntoma, siempre va a variar de acuerdo a la persona, y de acuerdo a lo que pasó. Si hay una familia que lo acompañó, sino hubo una familia que lo acompañó tanto. Todo depende como va, no solamente el hecho sino también lo que va pasando después, alrededor del hecho.

¿Qué entiende por revictimización? ¿Cuál es el abordaje interdisciplinario para evitar la revictimización de la niña, niño y adolescente?

Bueno, la revictimización lo pienso como volver a la situación de objeto de ese niño, y muchas veces tener por ejemplo que contar muchas veces lo que le paso, porque cada vez que cuenta eso es revivir lo que le paso y eso es muy angustiante y muchas veces se ve obligado a tener que contar. Lo tiene que contar una vez para poder, tratamos de que sea una decisión del niño contarlo, y por qué contarlo, eso también hay que trabajarlo un poquito también. Y después poder contarlo no más de una vez, porque es volver sobre lo mismo y ponerse en ese mismo lugar, y después tratar esto de que pueda decidir el niño y no que estemos todos decidiendo por él, sin consultarlo, o sin tener en cuenta lo que quiere, lo que prefiere. -Niño, niña-.

¿En qué situaciones la intervención posibilitará/posibilitó una modificación o acotamiento de los efectos negativos?

¿Cómo?

¿En qué situaciones la intervención del equipo realizó una modificación o se acotaron los efectos negativos que le haya sucedido al niño?

Y yo creo que en todas las intervenciones se apunta a … no sé si se puede observar, pero por ejemplo en el último caso que estamos trabajando, que ya hace bastante, por ahí necesitamos tiempo para ver los efectos, hay una mejoría en toda la posición subjetiva de una niña por ejemplo, en la cual mejoró la relación con nosotros, le sirvió haber hecho todo ese proceso más de tratamiento psicológico, y también sin dejar de lado cuando pueden hacer ese proceso judicial, porque las dos cosas creo que van juntas, cuando pueden denunciar el hecho, porque eso tiene una consecuencia también a resguardo porque esa persona en general se retira de su círculo, termina preso, cambian todas las circunstancias que venía padeciendo, y a parte el tratamiento psicológico donde puede empezar a … O sea primero la denuncia, que ya hay un acto que marca la diferencia, y que permite que esa niña o niño esté protegido, como ya te dije más si es acompañada por la familia, y más si esa persona puede hacer un tratamiento que eso en algunos casos me parece que está bien que también decidan las niñas, porque a lo mejor no es su momento, a lo mejor con el tiempo deciden re-trabajar esto que les pasó, y en el caso que se trabajó mayor tiempo hubo esto de la mejoría en la relación con los otros, la mejoría en general. No sólo por el tratamiento psicológico sino también porque pudo denunciar, pudo ser acompañada en esto de la denuncia por una familia que la contuvo, y pudo hacer un trabajo psicológico.

¿Existe algún criterio por parte del equipo para concluir o que no se siga con el seguimiento de la situación? Una de la respuesta es esta de que las niñas se nieguen a continuar con el tratamiento…

Sí, que, en ese caso, ahora me estoy acordando un ejemplo, en estos casos de esta niña que no quiso continuar con el tratamiento, le habíamos ofrecido un espacio grupal que nosotros tenemos acá de niños en el CIC, que si bien no es un espacio terapéutico, si bien es un espacio de juego no sólo es eso, hay una psicóloga, hay una docente, donde se trabajan un montón de cosas también, en relación a la subjetividad de los niños de manera grupal, pero en este caso para esta niña fue más fácil acceder, si bien hay cosas que ella no va a trabajar como la trabajaría individualmente, pero pudo incluirse en un espacio grupal por lo menos, no quedo en la nada total.
Y bueno la otra situación que no ha querido continuar es un caso de una niña un poco más grande, de 15 años, que se respetó su decisión de no continuar, y quedamos a la espera en el caso de que cuando ella lo decida… quedó así.

Consideras que en la actualidad ¿hay avances en relación a hacer público las situaciones de abuso?

Sí… Nosotros lo que más se escucha son estos abusos intrafamiliares. Hay veces que los niños no lo pueden contar, tardan mucho en contarlo. No sé si esto de que se haga público repercute en que los niños puedan contar, eso no sabría decirlo. Sí para las chicas más grandes que se animan a denunciar, pero para los niños es más complicada la situación, a veces no se animan a decirlo.

Claro, yo me acuerdo del año pasado (2017) que había sucedido una situación de abuso, donde los vecinos salen a manifestarse, o sea le prenden fuego la casa, en ese sentido… Por ejemplo, si la madre no acompaña, sale una tía a denunciar...

Sí, sí tenes razón. Antes cada familia se hacía cargo, ahora es como que la sociedad se implica más, vecinos, otros familiares.

Claro, a mí me parecía de lo que vengo leyendo que antes se consideraba como una forma de educar mediante la violencia, el maltrato, que parte de una sociedad patriarcal donde el padre tiene poder sobre los niños, niñas y de las mujeres.

Y estaba más naturalizado. No se cuestionaba. Sí, es verdad hay chicos que también han llegado a contarlo a una maestra, a un docente…

Bueno, por último… ¿Como profesional que te genera este tema del abuso sexual infantil?

... como profesional son situaciones dificiles de trabajar, donde me genera muchas veces en lo personal cuestiones que a veces tengo que yo re-trabajar con otro profesional porque es muy difícil cuando un niño ha sido abusado, te genera dolor, cuestiones que uno tiene que correrse para poder trabajar con ese niño. En mi caso es difícil, no se otro psicólogo… En general tengo que supervisar mucho el trabajo que realizó con los niños. Estas situaciones me sensibilizan mucho.

Me parece que pasa en general, … la mezcla de lo personal y profesional. Y es como decir, lo re-trabajas con otra persona…

Sí, bueno yo tengo hijos, y eso me pasa. En realidad, no está bien ni mal tampoco. Lo tengo que trabajar porque me genera un montón de resistencias, a veces se me mezcla pensar en mis hijos, cuando aparecen todas estas cuestiones…

Me quedo una pregunta, si ¿Existen criterios compartidos sobre la problemática desde el centro de salud? Por ejemplo, en otra entrevista salió esto de la discusión de "la legalización del aborto", en estos casos el aborto punible, que en Rosario se garantiza… Depende de la edad, ¿Quién decide sobre el cuerpo de la niña/adolescente? Lo que ella decidiría, o lo que la madre quiere. Si comparten criterios con el equipo

Sí, no hemos tenido una situación en donde haya sucedido esta cuestión de embarazo, después de un abuso. Que yo recuerde, por lo menos que lo hayamos trabajado entre todos. Pero el equipo es bastante amplio, trabajando las situaciones nos podemos poner de acuerdo, a pesar de algunas diferencias podemos ponernos de acuerdo, trabajando la situación, charlando, entendiendo.

Me quedo esto, teniendo en cuenta las últimas situaciones ponen el eje en la denuncia, en el ámbito jurídico antes que el acompañamiento y la protección, ¿o eso depende de cada situación?

La última situación que tuvimos fue primero lo de la denuncia, y al mismo tiempo fuimos acompañándolo desde lo subjetivo para hacer todo esto, y a la vez… Como primer paso fuimos a la parte judicial, porque no estaba hecho. Otras veces vienen y eso está hecho. Al mismo tiempo ofreciendo un trabajo desde lo psicológico, pero necesitamos eso por la cuestión de la profilaxis. Ahí nos acompañó la médica, porque hubo una revisión médica, y eso hay que hacerlo lo más rápido posible.

Entrevista a Médica Generalista (UNR).
Centro de Salud Tío Rolo.
Realizada el 22 de Agosto de 2018

Profesión: Médica Generalista
¿Cuándo se incorporó en el CS?: 2015

¿Cómo se identifica la problemática de abuso sexual infantil? ¿Qué se toma en cuenta para llegar a su comprensión y abordaje?

¿Eso sería como llega la situación?

Sí. ¿Cómo llegan al centro de salud?

Y en general es por un familiar, es raro que un niño, incluso ya casi un adolescente pueda digamos llegar solo. A veces es inmediato, y a veces después de un abuso más crónico también suele suceder. ¿Qué se toma en cuenta para llegar a su comprensión y abordaje? En realidad, a veces, o por lo menos lo que me suele pasar a mi es que viste que la situación no es tan clara, entonces bueno cómo despejar algunas cosas, siempre teniendo en cuenta la voz del niño o del adolescente y ver si en ese momento está esto, la posibilidad de hacer una denuncia, si está en peligro, si fue una situación pasada, si es actual.

Claro, y eso depende la manera de cómo seguir trabajándolo

Claro, claro

¿Cuáles son las bases teóricas en que se sustenta? ¿O qué herramientas utilizas?

Bases teóricas… En relación a protocolos de abusos están, bah qué sé yo, el que es de violencia sexual hacia la mujer, que tiene un apartado que tiene sobre niños, sobre todo en relación a la medicación y a la aplicación de profilaxis

¿Es nacional?

Sí, es nacional. Después sé que hay algunos protocolos provinciales, provincial seguro hay uno. Y en relación a leyes sobre todo el Derecho del Paciente, que, si vos me preguntas específicamente artículos, es como que uno lo hace más empíricamente, o sea de haberlo leído.

¿Trabajan interdisciplinariamente y en red con otras instituciones?

Sí, eso sí. En general cuando llega alguna situación es raro que se aborde con un solo profesional. En general interviene la psicóloga, el trabajador social, si es necesario

algún otro médico o el jefe que es el odontólogo. Eso se ve en cada caso, no es que hay un equipo estable de abordaje. Si en general es un médico, la psicóloga y el trabajador social. Y después con otras instituciones, muchas veces sí, con la escuela se ha trabajado o con el CCB también, las chicas del CIC, que más o menos conocemos la misma población, con ellas se puede trabajar bastante. Y después otras instituciones no, la escuela más que nada. Casos particulares si, en algún momento no fue una paciente mía, pero fue una situación del equipo, trabajaron mucho con una ONG que hay acá cerca, que es Fénix, también se trabajó con ellos.

¿Instituciones fuera del barrio que se trabajen en situaciones de abuso?

Instituciones fuera del barrio… Sí, en realidad cuando se le da un marco más legal el recorrido último que nosotros hicimos, que fue insoportable, es ir a hacer la denuncia al distrito, del distrito a la fiscalía, de la fiscalía ir a hacer el examen físico a la comisaría de la mujer, de la comisaría de la mujer ir al hospital a buscar la profilaxis, o sea eso fue una de las situaciones, no siempre es así. En este caso es una chica, adolescente. Donde para mí no es que se trabaja mal en cada uno de los espacios, sino que en realidad lo que sucede es que no hay un sólo lugar donde poder abordar toda la situación. ¿Bueno, en este caso creo que lo habíamos comentado con vos a esto o no?

Sí, Toco me comentó algo de esta situación…

Ah bueno. Estuvimos de las diez de la mañana a las siete de la tarde haciendo todo ese circuito, que aparte un gasto económico que a veces si la gente está sola no lo puede hacer digamos. Entonces como que una institución que aborde toda la problemática más en conjunto la verdad que yo no conozco.

Bueno, ahora engancho esta pregunta si ¿ponen el eje en el bienestar y en la protección y/o si se complementa con el abordaje jurídico, considerándolo a este como prioritario?

No, en realidad lo principal es la protección. Muchas veces pasa que no se puede denunciar o que no quieren denunciar o que no están dadas las condiciones, o que fue previamente. Yo creo que lo principal se pone en el bienestar. Después muchas veces está la posibilidad de hacerlo por vía jurídica, creo que aporta a la situación o a otras posteriores situaciones, digamos iguales. Pero bueno, sí si hay un abuso sexual que es más agudo lo que se trata es de no hacer un examen físico en el centro de salud para que después tengan que volver a hacer otro examen físico desde la parte más legal, lo que tratamos de hacer obviamente con el paciente es que lo revise una sola persona. Nos pasó con esta última chica que en realidad la acompañamos nosotros para que pudiera hacer todo ese circuito que era imposible, pero a su vez porque ella no se quería dejar revisar por otro médico que no sea quién ella ya conociera, entonces por ahí hacemos ese acompañamiento. Pero tratamos de eso, de no revictimizar constantemente.

¿Y cómo es el abordaje interdisciplinario para evitar la revictimización? El acompañamiento…

Sí, acá interdisciplinario porque aparte necesitas de otro, de otras miradas para poder hacer un trabajo en conjunto. Por ejemplo, en este último caso principalmente fue la psicóloga la que tuvo la entrevista con la paciente y yo que soy médica no es que volví a indagar sobre eso, cómo que mi función fue más acompañarla y estar presente en el examen físico, y esas cosas. A lo mejor si yo hubiese estado en el momento en que ella llegó podríamos hacer una entrevista conjunta o no, todo depende de la función de ese paciente con el profesional que esté en ese momento.

¿Si llega una situación de abuso acá, vos no es que podés revisar o lo tiene que hacer un médico forense?

Lo que pasa es que si llega una situación acá, a no ser que sea algo no sé, que este con un sangrado, que tenga una lesión, cosas así, si fuera algo así como muy traumático sí, pero si en realidad que si es algo que el paciente viene a contar y en ese momento se va hacer una denuncia, nosotros ya sabemos que lo que nosotros escribimos por ahí no tiene la legalidad que corresponde a la situación, entonces sabemos que sí vamos a ir a hacer la denuncia, la van a volver a revisar, entonces para no hacer eso lo que hacemos es eso, por lo menos lo que hicimos la última vez fue acompañarla, quizás estar presente, si lo necesita el paciente. Pero hacer el examen físico una sola vez, que lo hace un médico de policía.

Bueno, ahí ya me contestas cómo es tu función como profesional en situaciones de abuso…

Ah, está bien. Lo que digo es porque para nosotros lo principal no es si vemos una lesión o no, no es que… Si alguien viene y nos cuenta que tuvo esta situación, no es que nosotros lo queremos corroborar físicamente, eso ya es parte de la justicia, o sea si vienen a contar un problema de salud, que en ese momento pudo haber sido un abuso sexual, nosotros tomamos lo que el paciente o la familia del paciente dice y tratamos de acompañar esa situación, pero no es función nuestra saber si es verdad o no es verdad. Entonces en ese caso, a no ser ya te digo que tenga una lesión, que tenga un sagrado, que alguien esté preocupado, o con mucho dolor es como que no tiene tanto sentido desde el punto de vista legal. En realidad, nosotros no vamos a decir si es verdad o no es verdad lo que le paso, sino que bueno obviamente alguien viene, cuenta eso, nosotros confiamos, creemos y acompañamos esa situación…

Claro… ¿Cómo participan los niños, niñas y adolescente del proceso? ¿Cuál es su reacción?

Y eso me parece que depende de cada individualidad, me parece. Algunos pueden contar más, otros pueden contar menos, algunos pueden hablar, me parece que depende de cada uno…

¿Cuáles son los efectos o consecuencias que han detectado en los niños y en las niñas que han sufrido abuso?

Y… como consecuencias físicas, no sé si te puedo redactar algunas. Si obviamente tiene que ver mucho con lo subjetivo, con su sexualidad posterior, con el placer, y obviamente con las relaciones familiares. Con todo, con su independencia, con el desarrollo para su vida, los miedos, o sea mucho y hay muchas cosas que por ahí se ven, viste esto que te decía quizás yo no tuve muchas situaciones donde abordar en el momento pero sí a lo mejor vemos pacientes que han tenido historias de abuso sexual y ahí quizás vemos más las consecuencias…

Claro. ¿Cuáles son los obstáculos que se les presenta a la hora de planificar la intervención para modificar la situación de abuso sexual?

¿Para modificar la situación como prevención o como una cuestión de esto que te decía todo este embrollo que es para llegar al abordaje?

Sí, ambos pueden ser.

Sí, una de las dificultades tiene que ver con eso, me parece que no hay una institución que pueda hacer el seguimiento principal de esa situación, es como que hay distintos momentos por los cuales hay que pasar, pero el seguimiento en conjunto o el abordaje en conjunto en esa situación es medio complicado.

¿Puede ser porque no existe un protocolo de cómo intervenir?

Puede ser, yo creo que hay protocolo. Pero también, o sea estos protocolos tienen que estar adaptados un poco a las situaciones, entonces a lo mejor sí, puede ser...

¿En qué situaciones la intervención posibilitará o posibilitó una modificación o acotamiento de los efectos negativos?

Y me parece que, en esto de revictimizar, creo que es importante. El acompañar, el ayudar que todo ese tránsito no sea tan complejo, poder tratar de brindar algunas herramientas así más como de las instituciones. Me parece que eso.

¿Existe algún criterio por parte del equipo para concluir con el seguimiento de la situación?

… No, así como criterio fijo como para terminar una situación no. Creo que no

Y que haya pasado que llegue una situación y que se deja de trabajar, o sea por qué pasaría eso o no pasó quizás…

Me parece que no, que yo recuerde no.

¿En la actualidad crees que hay avances en hacer públicas las situaciones de abuso?

Sí, yo creo que es más en relación de la mujer el avance. No sé cómo es en relación a los niños, cómo que eso yo no lo pensé. Sí en relación a la violencia en la mujer, así física como sexual sí, en los niños no sé si se ha avanzado tanto en hacerlo público.

Claro, sí. Yo cuando pensaba la pregunto me acordé de una situación que pasó el año pasado, donde salieron los vecinos a prenderle fuego la casa… Y quizás eso antes...

Sí, eso a veces está. Sisi. En general, entre la gente eso genera mucha impotencia, entonces si alguien sabe en general la gente reacciona. Eso sí. Después creo que debe haber muchas más situaciones de las que nosotros no estamos viendo, cómo que a veces uno ve que es más habitual de lo que creemos. Eso me pasa a mí, que también tiene que ver con las condiciones en las que se vive, pero me parece que capaz es más habitual de lo que pensamos.

Bueno, y por último ¿cómo profesional que te genera esto del abuso sexual infantil?

.... Y es un poco indignante obviamente, eso sería más desde el punto de vista personal también. No sé si como profesional me genera otra cosa que como cualquier otra persona. O sea, ver a un niño tan violentado, que es algo que va a marcar toda su vida creo que le produce a cualquier persona, no sé si hay una mirada profesional desde ese lugar, sino más bien como persona…

Si, como profesional a mí se me daba la idea de bueno, seguir formándose, o sea en ese sentido, pero siempre se mezcla esto de lo personal-profesional…

Sí, sí. En eso sí, yo creo que se necesita capaz incluso un trabajo más interno también, para poder tener más herramientas desde el punto de vista más organizativo, legal. Como que también nosotros el trabajo lo hacemos empíricamente, no creo que lo hagamos mal pero bueno, algunas cosas por ahí se podrían reforzar. Y después sí me parece que tiene que haber algo más general, que pueda abordarlo más integralmente.

Entrevista a Pediatra (UNR).
Centro de Salud Tío Rolo.
Realizada el 22 de Agosto de 2018

Profesión: Pediatría
¿Cuándo se incorporó en el CS?: Junio del 2012

¿Cómo llega la problemática de abuso sexual infantil al centro de salud?

Y en general llegan acompañados por algún familiar, que la mayoría de las veces es la mamá. A mí me ha tocado pocas veces, pero en general a veces son dudas que tienen los padres con respeto a algunas cuestiones, pero por lo general acá llegan con la mamá, a mí me ha pasado eso, no con otra persona. Pero no sé, nunca vienen los niños solos o acompañados por otro familiar que no sea la mamá, por lo menos en mi experiencia.

¿Y te ha llegado acá en el consultorio de pediatría?

Sí, claro sí.

Bueno, ¿cuáles son las bases teóricas en que se sustenta? ¿O qué herramientas utilizas?

Y las bases teóricas, digamos uno lo que es clínica medica digamos, vos tenes lo que es los estigmas físicos o que te pueden hacer sospechar de que el niño sufre algún abuso físico, que pueden ser accidentes repetidos, que la explicación no está muy clara y te hace sospechar que el mecanismo del traumatismo no fue tan como lo cuentan, después con alguna fractura vieja, o varias, yo en este tuve más experiencia cuando trabajaba en el hospital digamos que acá, que los niños quedaban internados para evaluarlos por otra cosa e iban apareciendo estas lecciones digamos, digamos dudas o planteando algún tipo de abuso de ese estilo, pero el abuso no solamente es físico, sino también que es emocional y puede tener otras manifestaciones, trastornos en la conducta, en la alimentación, trastorno en el sueño, entonces uno tiene que ir haciendo una investigación si lo sospecha. Muchas veces las familias no vienen planteando que le pegaron o que abusaron sexualmente, sino que vienen entrando por otra puerta, y uno tiene que investigar un poco más para llegar a eso. Son muy pocos los que vienen y te dicen "mi marido le pega", en general es algo que está oculto, y uno por ahí lo puede ir investigando por otro lado. Pero en el caso que vienen, que te lo plantean así, bueno vos tenes el examen físico para ver, puntualmente bases teóricas un montón, no es que sacas de un libro información, sino que son muchas cosas distintas.

Y en cuanto a tu intervención, ¿si llega una situación de abuso como se trabaja?, ¿trabajan interdisciplinariamente?

Sí, bueno nosotros acá contamos con la psicóloga que en general las situaciones se manejan en conjunto con ellas, y el área de trabajo social. Antes de que tengamos un trabajador social lo trabajamos mucho con el equipo del CCB, que nos ayudaba en todo esto. Y después tenes el área de niñez, lo que antes era vulnerabilidad, que planteabas los casos y nos daba pautas como para seguir.

¿Cuál es el abordaje de intervención en situación de abuso? ¿Existe o se sustentan de un protocolo o cuentan con guías y/o criterios para tomar decisiones?

No, digamos es muy depende del caso. A veces se necesita que ese niño y su mamá salgan del hogar porque el agresor está dentro de su casa, a veces es un familiar, pero no vive con ellos entonces no se necesita sacar al niño del hogar, a veces la madre quiere ir a hacer la denuncia, a veces no, entonces son distintas… Protocolo, la verdad que yo no conozco, si hay no lo conozco, que te diga "ante tal cosa hace esto", no. Lo que nos ha pasado es que una vez que vos consultas a niñez, o al juzgado de familia, así se van determinando distintas cosas digamos. Yo ahora actualmente tengo una situación que están con juzgado de familia y no con niñez todavía, se está manejando por ese lado, porque la madre fue separada del hogar donde vivía con la niña y con los abuelos, entonces bueno eso está en otro ámbito, por eso cada caso es diferente, y no hay algo que se manejen todos los casos de la misma manera.

¿Y consideras que se pone el eje en el bienestar y en la protección o se complementa también con el abordaje jurídico cuando llega una situación de abuso?

No, si se tiene que complementar. El tema que muchas veces no se hace la denuncia formal de parte de la familia, pero sí obviamente que se busca el bienestar del niño en este caso. Pero ya te digo siempre es distinto, a veces se separa la madre, dependiendo de quién es el agresor digamos.

¿Cómo participan los niños, niñas y adolescentes del proceso? ¿Cuál es su reacción?

Yo por lo menos en lo particular siempre trato de relacionarme ya sea desde un control de salud o una consulta por cualquier enfermedad con el niño y ver qué es lo que puede relatar también. Pero teniendo en cuenta que no puede estar rememorando eso todo el tiempo, entonces se trata de hablar primero la situación con el adulto solo sin que esté el niño, y después ver si se puede charlar, si el niño manifiesta algo, pero no insistirle, si no quiere contar en ese momento no. Después hemos tenido casos que cuando van, cuando están ya en la parte jurídica, hace dos años más o menos, una nena de doce años que fue a cámara Gesell, toda una serie de cosas. Pero es como que los chicos están bastante expuestos en todo esto de volver a contar lo mismo varias veces.

Eso que decís que primero se habla con la madre y después con el niño. ¿Nunca se atiende al niño solo?

En general no, creo que el niño hasta los doce años el niño tiene que estar acompañado, después de los doce sí, pueden venir solos si es su elección, doce o trece, no estoy segura ahora. Pero en general ya te digo yo trato de hablar siempre con ellos, qué le gusta comer, dónde duermen, todas las cosas que le preguntamos más con la mamá. Pero hay estilos, no todos los pediatras somos iguales, algunos tienen el estilo de hablar solamente con el cuidador, con la persona que lo trae, y el chico está ahí. Hay distintos estilos. Yo a partir de los tres años que ya hablan clarito, bien ya siempre hablo con ellos, pero las preguntas concretas se las hago: "¿vas solito al baño?, ¿te vestís solo?, ¿a qué te gusta jugar?, ¿con quién estás la mayor parte del día? y ahí podes sacar más información que te da la mamá.

¿Cuáles son los efectos o consecuencias que se han detectado en los niños y niñas que han sufrido abuso?

Y más que nada del orden de lo emocional, una paciente ya te digo era una nena re alegre, que siempre venía a la consulta, te contaba cosas y después que le paso esto es como que fue una madurez inmediata, a parte ella cambió su manera de manejarse también. Y después si son niños pequeños lo que se ve es dificultad en el desarrollo normal, dificultad en el lenguaje, en el aprendizaje, dificultades escolares que sirven también, se empieza a indagar por ahí hay violencia hacia ellos o entre los padres, o situaciones de abuso de sustancia, alcoholismo, eso también, el alcoholismo también es un foco importante que hace que los niños estén expuestos a situaciones más violentas.

Bueno, ¿qué entiende por revictimización? y ¿cuál es el abordaje interdisciplinario para evitar la revictimización en el niño, niña o adolescente?

Claro, eso es este hecho de revivir esa situación traumática o violenta a través de repetir el relato por estar en distintas instancias, primero con el médico, después con el trabajador social o en niñez, o en el juzgado. Entonces como que hay que ir repitiendo siempre lo mismo, entonces estaría bueno que ante una situación de abuso exista un lugar donde esté un equipo interdisciplinario y escuche a ese niño por única vez, que se tome registro de vídeos, de audios, de lo que sea y que ya está con eso. Obviamente quizás necesiten más adelante otra declaración, pero tendría que ser la menor cantidad de veces posibles.

Claro, porque por ahí llegan acá, lo cuentan acá…

Lo cuentan acá porque es un lugar de confianza, de gente que conocen y después cuando van a otro lugar que es gente nueva, que por ahí no tiene el mismo modo de tratarlos, o está intimidad que tiene uno con su paciente, ahí la cosa ya se complica y más si son niños más pequeños, que tienden a ser más retraídos con los extraños, entonces bueno, es un tema que al sentirse observados, o con alguien… vos no le vas a contar algo a cualquiera, los chicos tampoco. Entonces por ahí eso es una traba que sean tantas instancias hasta que se llegue a algo.

¿Cuáles son los obstáculos que se presentan a la hora de planificar la intervención para modificar una situación de abuso? O sea, qué dificultades aparecen que haga que no se pueda seguir con la intervención…

Y muchas veces, como es tan burocrático que hay que hacer tantos pasos digamos, por ahí la familia se retira de todo eso, y muchas veces el abusador amenaza a la familia y al niño y esto también hace que se retiren las denuncias. Después lo otro es que a veces el abusador es una persona que vive en la casa, y esa niña o niño no tiene donde ir, entonces eso también obstaculiza mucho. Muchas veces es difícil a no tener pruebas retirar a esa persona del hogar, es muy complejo. Pero más que nada por tantos pasos que hay que hacer es como que la familia desiste, porque no es algo fácil que vaya rápido.

¿En qué situaciones la intervención posibilitará o posibilitó una modificación o acotamiento de los efectos negativos?

Y yo pienso siempre que la contención digamos de la familia, que la familia del niño lo contenga y además en lo profesional la contención de un psicólogo que maneje estos temas haría que los efectos a largo plazo sean menores. El tema que muchas veces es difícil que la familia acceda a un tratamiento o a una intervención de un psicólogo, estamos en el 2018 pero es como que todavía el psicólogo está de la mano con el loco, o sea entonces eso también es difícil. Por ahí en el momento más agudo inician las entrevistas y todo, pero cuando está todo más calmo es como que eso no se puede sostener en el tiempo, y los tratamientos, entrevistas psicológicos como quieras decirle necesitan tiempo obviamente, meses, y muchas veces eso no se puede sostener en el tiempo. Entonces como que cae.

Bueno, ahí más o menos contestaste si hay algún criterio para concluir o terminar con un seguimiento de la situación, cuando decís esto de que la familia se cansa y deja…

Claro, uno trata de intervenir en eso como para motivar para que el chico no quede expuesto y eso se visibilice como un problema, porque si uno no hace nada ante una situación de abuso con un niño, lo que va a pasar es que lo tome como algo que no tiene importancia, como algo natural. Entonces bueno se trata de que la familia entienda eso, pero hay que tener en cuenta todas esas cosas, las amenazas, la estigmatización del niño en el barrio como: "la abusada, el abusado, o a la chica que le pasó tal cosa o tal otra" entonces hay que cuidar todos esos aspectos, pero es algo muy difícil, tan complejo que siempre alguno se entera. Acá lo que ha pasado eso, es muchas el boca a boca del barrio, que por ahí la familia se retire de los lugares donde frecuentaba que puede ser el centro de salud, por una cuestión de estar marcado como: "el que le pasó tal cosa o tal otra", bueno, después otra de las consecuencias esto que vos decías, los trastornos de aprendizaje y de dejar la escuela también, porque están como por este tema, se empiezan a enterar todos, y después le pueden hacer bullying en la escuela por ese tema y muchas veces dejan, o se aíslan también por esto que decía, una de las consecuencias puede ser

esto de lo emocional, la depresión, entonces los chicos se aíslan de los lugares que frecuentan normalmente. Por eso es tan importante la contención en lo psicológico, yendo uno a uno con el terapeuta o en grupo con adolescentes que se charlen estos temas, bueno también un chico que pasa por esto necesitaría hacer cosas que les guste, incorporarlo en algún tipo de actividad para que deje de pensar en eso todo el día, y más que nada apoyar a la familia para que lo pueda contener. Porque es un evento muy traumático para el niño y mientras más chico, peor. Porque un niño ya de doce años que tiene su psique armada, su aparato psíquico ya desarrollado o en vía de terminar de desarrollarse no es lo mismo que un nene de tres o cuatro años que le pasa esto y puede marcar todo el resto de su desarrollo de ahí en adelante. Ni hablar de los más chiquititos, más de bebes hay distintas situaciones, más pequeños yo vi en el hospital, bebés con fractura de fémur por caerse de la cuna, que no tiene nada que ver, vos empezás a investigar y empiezan a saltar las cosas. O enfermedades de transmisión sexual en niños pequeños con la madre que tenía todos los laboratorios normales, entonces bueno ahí sí, en esa época, ahora se trata de no dejarlos en el hospital, antes estas situaciones, cuando había una situación de abuso se los internaba para hacer todas las intervenciones, para que estén separados del hogar, que estén con la persona que los cuida, ahora como que se trata que no, que no estén dentro del hospital, pero bueno hay niños que se quedaban porque por ejemplo el de la fractura de fémur, se tenía que quedar, entonces uno empieza a hacer la investigación desde ahí, pero es un tema muy complejo.

¿En qué hospital?

En el Vilela. Antes había un grupo que era el Gami, un grupo interdisciplinario, que ahora está, tiene otro nombre, y tratan estas situaciones complejas. El abuso sexual es un tema muy complejo, y bueno la última pregunta creo que era que, si había cambiado algo en este tiempo, yo creo que no. Está subdiagnosticado para mí, y muchas veces esto que vos decías que la familia todavía no es algo que se busca ayuda enseguida, como que hay que hacer más educación al respeto, porque yo creo que hay un montón de situaciones que no las estamos viendo. Y además porque en los niños más pequeños consultan mucho por enfermedad o controles de salud, las vacunas, entonces si hay una situación la podes tomar más fácilmente, pero los adolescentes que ya no vienen tanto, y si vienen regularmente a sus controles una vez al año, los controles son más complicados darle cuenta por la evolución, por ahí los padres traen alguna problemática como de alimentación, o de la escuela. Entonces uno por ahí si investiga un poco, algún caso podes encontrar. Pero no es una problemática que la gente viene a consulta, inclusive muchas veces ha pasado que vienen y dicen "sí, porque el tío la manoseo, la toqueteo" y vos le decís para hablar de esto, y después no vienen más. Y cuando vos le volves a tomar el tema te dicen "que no, que había sido una confusión", como que queda en la nada. Más que nada esto de los manoseos, que no deja ninguna huella física digamos, ha pasado que han venido en el primer embrión, en el momento, en caliente digamos. Eso yo creo que es lo más frecuente esas situaciones.

Bueno, y por último ¿cómo profesional/personal que te genera esto del abuso sexual?

Bueno, para mí el abuso sexual infantil parte de un adulto cuya infancia no fue fácil tampoco, el abusar de un niño hace que el adulto que lo hace no tenga ningún tipo de freno en sus acciones, una persona que la está pasando mal también. Entonces para mí la apuesta es mejorar las infancias para que esto no siga ocurriendo. Muchas veces cuando se habla de abuso sexual, la mayoría, uno piensa en varones, pero también hay muchas mujeres que maltratan a sus hijos y que esos hijos son los que después van a maltratar en un futuro. El adulto que abusa de un niño es sus primeros años no recibe todo -en mi opinión- es una persona que no está bien, porque obviamente que uno tiene sus límites, los limites se adquieren desde que uno es bebé, entonces bueno, yo pienso que este tema no es para tratarlo en los adultos, sino en los niños que son ahora. Muchas veces ... el que abusó de un niño ha sido abusado él, o su hermana, o alguien cercano, es como que en la familia hay historias de abuso que se van repitiendo, y por ahí hay mujeres que sí lo sufrieron de chicas están más atentas a sus hijos, hasta por ahí paranoicas que no lo dejan salir, no lo dejan estar con nadie, entonces bueno, es una cuestión que deja huellas muy profundas y que la persona que lo hace tiene un problema en su salud mental y si lo hizo una vez, lo va a volver a hacer. Es muy complicado. Lo mismo que abusan de mujeres adultas también, tienen un problema más del orden de lo emocional de lo conductual, entonces para mi hay que mejorar las infancias para que en un futuro esto mejore.

Entrevista al Jefe del Centro de Salud, Odontología (UNR).
Centro de Salud Tío Rolo.
Realizada el 22 de Agosto de 2018

Profesión: Odontólogo
¿Cuándo se incorporó en el CS?

Yo estoy acá desde el 2007/2008, primero como pasante o becario del Programa Médicos Comunitarios, que es un programa que llegamos como insumo acá, donde no había odontología, y empezamos como parte de un programa de un posgrado de salud social y comunitaria que dependía de la Nación y después finalizó ese posgrado, rendí concurso en la municipalidad, gané el concurso y quedé como odontólogo desde el 2009, y como jefe estoy desde el 2014, hará cuatro años más o menos. Estuve acompañando la gestión primero y, después quedé como jefe.

Bueno, ¿cómo se identifica la problemática de abuso sexual infantil? ¿Qué se toma en cuenta para llegar a su comprensión y abordaje? En cómo se identifica sería como llega la situación…

Normalmente son temas muy complejos de manejar, nosotros normalmente lo que nos enteramos es porque la madre o algún familiar cercano nos relata lo ocurrido, lo que ha pasado con los chicos. Hemos tenido algún caso de abuso que ha quedado inclusive con personas presas. Puntualmente lo que más me acuerdo es que era una chica que tiene 10 años más o menos y un retraso madurativo, y que la pareja de la madre la manoseaba y bueno, nunca nos enteramos del todo bien si hubo penetración o no, pero bueno, llegamos al caso porque en este caso los abuelos nos cuentan la situación y ahí empezamos a tratar de desarmar un poco la historia, acompañando a la nena primero y bueno a la familia en general. Pero son muy complejos, siempre.

Sí... ¿cuáles son las bases teóricas en que se sustenta? ¿O qué herramientas utilizas?

En realidad, más que bases teóricas, lo que nos manejamos mucho es con el diagnóstico clínico y con el relato de la paciente. Generalmente son situaciones que tomamos desde salud mental junto con el pediatra y yo como jefe acompañando la situación y acompañando al equipo en general, de las medidas que se toman o de cómo se encaran los procesos, ayudó desde la colaboración, los saberes técnicos más específicos son llevados por quién está guiando un poco todo, generalmente de salud mental.

Bueno, esta era de las otras preguntas ¿cuál es la función como profesional -en este caso como jefe- en las situaciones de abuso?

Sí, en el caso puntual de lo que yo hago es acompañar al equipo y acompañar a la víctima, normalmente acompañamos a hacer la denuncia en caso de que haya que

hacer y damos parte en el caso de los niños a la Dirección Provincial de Niñez, presentamos el caso como institución y después vamos teniendo generalmente reuniones periódicas para poder ir sosteniendo.
(entra una enfermera se corta el audio)
A parte de las situaciones, que uno la presenta se va haciendo un seguimiento del caso y vamos sosteniendo las reuniones, por un lado, con las instituciones que nos dan un poco de marco de matricial, y bueno después acompañando las familias desde acá.

Otra de las preguntas era si ¿trabajan interdisciplinariamente, qué profesionales abordan estas situaciones y si trabajan en red con otras instituciones?

Nosotros generalmente trabajamos con una dependencia municipal, que es lo que antes era vulnerabilidad que ahora no sé cómo se llama, pero es una instancia del municipio el cual trabaja con niños, generalmente son niños o familias que estén necesitando un acompañamiento en la cual los derechos del niño estén siendo vulnerados, sea por abuso, sea por malos tratos, sea por abandono, y eso en la dependencia municipal. Y después, cuando ya tenemos un caso de abuso confirmado por un lado vamos a la Dirección Provincial de Niñez, que ahí se trabaja con abogados, trabajadores sociales y psicólogos, a la par de nuestro acompañamiento de salud mental desde acá, junto con… generalmente son las pediatras, junto con Laura Peña que es nuestra psicóloga.

Bueno, ¿cuál es el abordaje de intervención en situaciones de abuso sexual infantil? ¿Existe o se sustentan de un protocolo o cuentan con guías, criterios para tomar decisiones?

... Hay protocolos en los cuales más que una receta estricta es tratar de no victimizar la víctima. Más allá de la función de un protocolo escrito, que está en algún lado lo que se trata es de acompañar a la víctima, de no revictimizarlo, de en caso de que tengamos que hacer algún tipo de constatación de lesiones nosotros no lo hacemos acá, sino que nosotros acompañamos a que lo haga un perito, y que conste en la declaración. O sea, nosotros, cuando por ahí vos tenes un caso, acá le hacemos una revisión y nosotros constatamos algún tipo de lesiones, cuando eso se vuelca a una denuncia no tiene el mismo valor que si lo hace un perito y constata las mismas lesiones que hay, sobre todo cuando son cosas más sutiles, o no son a simple vista. Si hay golpes, esas cosas sí. Y, por otro lado, cuando nosotros tomamos cartas en el asunto de enterarnos de la situación lo que hacemos es la denuncia institucional si se quiere, es decir, damos cuenta a una fiscalía o a la Dirección Provincial de Niñez. Hay protocolo de acción, pero todos buscan esto, por ejemplo, la Dirección Provincial de Niñez tiene un número de guardia, en el cual si vos constatas un abuso o algo que pasa así vos podes llamar a un número y desde la guardia te dicen "bueno tenes que venir tal día", "tenes que ir a tal lugar", ellos te van ordenando un poco, como si fuera un protocolo de qué acciones tenes que tener, Y ahí apuntamos.

Eso que decías recién en cuanto a las denuncia ¿es si la familia quiere, o ustedes como institución tienen que denunciar?

No, si nosotros tenemos… Acá hay que diferenciar los niños de los adultos. Un caso de violencia, si nosotros la violencia la vemos y constatamos que es en el adulto no podemos hacer la denuncia en nombre de la víctima, suponete violencia de género. Pero en el caso de que haya agresiones físicas, abuso sexual o algún tipo de agresiones sobre un niño nuestra función como Estado es garantizar por la integridad de ese chico, entonces nosotros quiera o no quiera la familia damos aviso a las autoridades digamos, en este caso es generalmente la Dirección Provincial de Niñez, o en este caso si es algo no tan urgente, o algo más leve, o si nosotros vemos que no puede llegar a tener problemas hacia adelante actuamos precozmente hablando con vulnerabilidad, que activa otra red de contención de la familia, se hacen intervenciones más localizadas o focalizadas de quién tiene que hacer la intervención, y nosotros acompañamos. La idea es correrlos del lugar, de somos nosotros quienes te acusamos del lugar "a tu hijo le pasó tal cosa", por eso se hace institucionalmente y no a nombre, mío del jefe, ni de la médica tratante, pero sí se hace una denuncia por haber tomado parte en el asunto.

Claro. Me nombraste algo de la revictimización, qué es una de las preguntas ¿qué entendes por esto? y ¿cuál es el abordaje para evitar la revictimización?

Y si, nosotros hacemos eso generalmente cuando tomamos carta, viene un familiar y nos cuenta a fulanito le pasó tal cosa, bueno lo que tratamos de hacer es que todo lo que sea volver a la situación, que es la revictimización del chico, en este caso sea lo menos traumático posible y sea si el chico tiene ganas, o sea por ahí hemos tenido casos que los chicos te cuentan, entonces lo que hacemos es contenemos a los chicos, que cuenten todo y hacemos un informe, lo ampliamos sobre la denuncia que llegado el caso puede haber. Si por ahí, el chico no quiere hablar y no tiene ganas de tocar el tema y no se lo tocamos, acompañamos dando el apoyo que haya alguien conocido o cercano a él, como puede ser la médica, pediatra, o la psicóloga. Acompañamos la denuncia y en el caso de los que hacen las preguntas de rigor tratamos que sea una solo vez, igual que la revisión física, declaratoria, presencia de testigo o alguna cosa que va de la mano de lo jurídico, de un fiscal que instruye, bueno obviamente estamos a disposición. Pero a nosotros lo que nos interesa es el bienestar de la persona. Después, de hecho, hemos acompañado situaciones que sabíamos que no íbamos a llegar a ningún lado en lo jurídico ni que iba a haber ni condena, ni siquiera la prisión preventiva, hemos acompañado igual sabiendo que era una vía muerta, nosotros acompañamos, pero hacemos foco en la víctima.

¿Y cuáles son los obstáculos que se presentan a la hora de planificar la intervención para modificar una situación de abuso?

… Y el entorno familiar es un factor que te juega muchas veces muy en contra, o sea si no hay una familia que esté tomando carta obviamente de lo que pasó y aislando

al agresor, generalmente lo que nosotros hemos visto que la gran mayoría de las veces son dentro del mismo núcleo familiar digamos, o muchas veces conocidos, o la pareja o el padrastro, la madrastra. Siempre una persona cercana al núcleo familiar, que, si la familia no se pone firme y no trata de evitar ese contacto y de evitar nuevas situaciones, vuelve a pasar. El contexto social y socioeconómico en la que están nuestras familias acá, la verdad que tampoco ayuda. Porque cuando vos le decís "bueno, tenes que irte de tu casa", "¿y donde me voy a ir? no tengo un familiar, no tengo plata, no tengo donde irme", nos pasa no sólo en el caso del abuso sexual sino también en la violencia en las mujeres y en los niños, "ándate de tu casa", "no tengo a donde irme", "bueno, no lo dejes entrar, échalo de tu casa", "no puedo, porque no tengo plata, me mantiene, me sostiene", bueno esa es una historia que realmente hace mucho daño, y aparte de eso la entrada burocrática que en sí tenes que enfrentar cuando vos queres llevar a cabo una denuncia. Muchas veces tribunales te pone una barrera que no acompaña a la víctima, muchas veces los mismos lugares, la comisaría de la mujer o lugares donde vos tenes que ir a hacer la denuncia si no estás en el centro de salud o si te agarra un fin de semana, la verdad que muchas veces son barreras que no colaboran en nada. Esas yo creo que son las dos cosas principales.

¿En qué situaciones la intervención posibilitará o posibilitó una modificación o acotamiento de los efectos negativos?

Las posibilidades yo creo que la contención del chico, nosotros desde acá hemos tenido casos de abuso en los cuales las niñas puntualmente, porque han sido chicas, se sienten acompañadas. Después la situación se va procesando y trabajando en función de elaborar la situación en sí desde la salud mental, sobre todo, y desde el acompañamiento del grupo que tiene más afinidad en el centro de salud, llámese la enfermera, o la médica que pueda acompañar esa acción, por un lado y, por otro lado, tratando de fortalecer a la familia para que siga avanzando en volver a su casa con la mayor normalidad posible, tratando de alejar al agresor. Esa es la parte más difícil también, porque vos tenes que ir contra… digamos muchas madres no entienden la gravedad de la situación, nosotros puntualmente tenemos una madre que la pareja, la llevaba a la hija a visitarlo a piñero a la cárcel, y la hija fue abusada por él mismo, o sea una cosa muy loca pero bueno, eso pasa.

Y en relación al abuso, ¿consideras que hubo un avance en hacer públicas las situaciones o no?

Sí, yo creo que sí. Yo creo que se ve más, o sea nosotros vemos más situaciones, no sé si que antes no estaban o ahora aumentaron. Yo creo que no llegaban, igual ahora hay una red de contención distinta, y la gente se siente más cercano y sabe que puede centro de salud, o a los centros territoriales de denuncias. Yo creo que hay otra contención, en algo se ha avanzado. Pasa que después lo que realmente muchas veces no se puede evitar es que el abusador realmente quede preso, para mi esa es otra traba, porque necesitas muchos pasos para realmente comprobar y corroborar los hechos, y la

justicia muchas veces no va de la mano. Me parece en mi humilde entender, muchas veces la justicia no está a la altura y las condenas son mínimas, o ni se dan, o te faltan juntar las pruebas para que realmente se lleve a cabo y la persona quede condenada, hay muchos obstáculos en el medio. Nosotros tratamos de acompañar a la víctima siempre.

¿Y hay algún criterio por parte del equipo, acá del centro de salud, para concluir con el seguimiento de una situación, dejar de acompañar?

La verdad que no. No hemos tenido. Por ahí te gana por cansancio porque vos sabes que podes llegar hasta un punto, y que hiciste todo lo posible para mantener protegidos a esos chicos y sin embargo la familia sigue violando los acuerdos, llegado a un protocolo de acción en caso de que aparezca el tipo y no lo cumplen, te cansa pero la situación no la abandonas, seguís estando.

Depende también del acompañamiento de la familia

Claro, generalmente lo que hacemos es, damos aviso a la Dirección Provincial y generalmente cómo termina, cuando se hace una, dos, tres instancias y el chico queda aislado, se lo saca del lugar donde está y termina en alguna dependencia institucional o a lo mejor con alguna familia ampliada, pero se lo saca del lugar. Nosotros la verdad que situaciones no abandonamos nunca.

Bueno, me quedo ¿cómo participan los niños, niñas y adolescentes del proceso? ¿Cuál es su reacción, las consecuencias que se pueden llegar a ver o los efectos que produce?

La verdad que eso te lo tendría que explicar mejor la psicóloga, que es la más lo va llevando a cabo. Yo creo que los chicos lo sufren y cuando vos le das la contención y pueden largarse a contar lo que les paso, me parece a mí que siempre hay como una sensación de alivio, de que bueno alguien los escuchó, alguien prestó atención en lo que decían. Me parece que viene por ahí la cosa

Bueno, por último ¿qué te genera como profesional, como jefe del centro que te genera esto del abuso sexual infantil?

Que se pueda publicar no se puede decir nada, pero en realidad te genera, a mí me genera mucho dolor, mucha bronca, mucha impotencia. porque por ahí hay situaciones que vos decis realmente no se puede estar produciendo eso, y no puede ser que el abusador teniendo una denuncia, dos denuncias, o restricción del hogar, siga viniendo y la justicia falle, y no haya forma de comprobarlo y terminan siendo víctimas los chicos que la verdad el daño que se les hace es enorme. A veces me queda la sensación de siempre ir para atrás, a lo que se pueda avanzar, más allá de la contención que le podamos dar, es volverlo a exponer a un riesgo casi permanente, desde lo que el Estado puede ofrecer. La verdad que lo que nosotros podemos ofrecer es poco, más allá de la escucha, más allá de la contención y de acompañar la situación, si vos no podes

cambiarle la forma de vida y no podes alejarlo de lo que le pudo llegar a poner riesgo su vida y su integridad, tarde o temprano va a volver, eso es, a mí me da mucho enojo porque hay cosas que no termino de entender, cómo puede ser que las leyes no sean lo suficientemente duras, que muchas veces el entorno familiar no tome real dimensión de lo que está pasando, muchas veces no tienen idea de lo que están pasando, la sensación de "no, no es tan malo"

Si, o que está naturalizado

*Sí, se naturaliza y se naturaliza en función de, a lo mejor no solamente el abuso sexual, va más allá, situaciones de violencia, de maltrato psicológico, de maltrato físico, de gritos permanentes, y vos decis... chicos que a lo mejor tienen dos o cuatros años y ven que los padres se agarran a puñetes todos los días, o que el padre viene borracho y le pega, y que bueno, que las condiciones de vida son malísimas. Y que bueno, vos decis "che, pero tenemos otras opciones para hacer, por qué no probas por este lado, y si prueban son dos, tres meses y después no lo pueden sostener, se cae, vuelven a lo mismo", y eso y la verdad que eso frustra un poco, bah *se ríe* frustra bastante pero bueno, no hay que bajar los brazos en ese sentido. Por lo menos nosotros tratamos seguir apuntando en fortalecer y seguir acompañando a los chicos que son los únicos inocentes en todo esto.*