

## **TRASTORNOS DISOCIATIVOS, APEGO DESORGANIZADO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL.**

### **Implicancias para las prácticas de intervención.**

**Sandra Baita\***

---

**Resumen:** El abuso sexual infantil es una de las formas de malos tratos que genera mayores controversias en cuanto a las prácticas de intervención diagnóstica, terapéutica y de protección. Algunas acciones suelen llevarse a cabo basándose en cuestiones del Derecho, y dejan de lado las consideraciones necesarias a la salud mental de las víctimas. Este artículo explora la relación entre trastornos disociativos, apego desorganizado y abuso sexual infantil, examinando una práctica de intervención concreta que se lleva a cabo con frecuencia en Argentina: la revinculación del progenitor abusivo con el niño víctima de abuso sexual. La revinculación o reunificación, tal como se la conoce en otros países, es el reanudamiento en un contexto terapéutico del contacto entre un padre acusado de abusar sexualmente de su hijo y este último.

**Palabras clave:** abuso sexual infantil, disociación, trastornos disociativos, apego desorganizado, revinculación.

### **El contexto de la intervención terapéutica en abuso sexual infantil.**

El contexto de intervención en abuso sexual infantil implica la consideración de variables que exceden el ámbito estrictamente clínico/terapéutico. En los casos de abuso sexual intrafamiliar, y por las características propias de la conducta y dinámica abusiva, la cercanía y dependencia del niño respecto de quien abusa de él hacen indispensable la puesta en marcha de prácticas de protección, cuya finalidad primera es la cesación de la conducta sexualmente abusiva y de cualquier otra acción que implique la revictimización emocional del niño, provenientes tanto del abusador como de otros miembros adultos de la familia que –por la razón que fuere- no respaldan el relato infantil. Es en este contexto que cobra importancia la intervención legal, ya que únicamente la puesta en marcha de medidas concretas de protección (tales como la separación o

desvinculación del niño de su progenitor abusivo) garantiza –en un principio- la inmediata cesación de la conducta abusiva. (Perrone & Nannini, 1997).

Aquí se hace necesario considerar la variable del contexto social y cultural en el que se desenvuelven las prácticas de protección de la infancia en general, y dentro de éstas, las prácticas de protección a los niños que sufren abuso sexual. La historia del abuso sexual en la sociedad occidental se ha caracterizado por ciclos de aparición y desaparición/supresión de su reconocimiento como problema a nivel social (Olafson, Corwin & Summit, 1997); estos ciclos marcaron no solamente los períodos de concientización y sensibilización social, sino también la importancia y el tratamiento que se le daba a la temática en los ámbitos social, científico y académico, así como en las políticas públicas.

Actualmente es posible decir que en la Argentina las prácticas de tratamiento psicoterapéutico a niños que han sufrido abuso sexual se ubican en el centro de tres grandes cuestiones:

- 1) La elección entre las modalidades de tratamiento ideales versus las posibles: el abuso sexual infantil requiere de un abordaje terapéutico multimodal (Fraenkel, True & Steinberg, 1996), es decir uno que incluya al niño víctima, a su grupo familiar extenso, haciendo especial hincapié en el adulto no ofensor, y al ofensor, por otro lado. Sin embargo, en países periféricos o en pequeñas ciudades, esta modalidad de tratamiento puede no estar disponible por falta de lugares que puedan atender la temática, ya sea por escasez de recursos humanos, o por falta de formación específica de los recursos humanos existentes. En consecuencia, entre lo ideal y lo posible, la realidad local puede determinar la oferta de tratamientos que sean inespecíficos o incompletos (en cuanto a abarcar al espectro completo del grupo familiar).
- 2) La discusión acerca de la conveniencia –o no- de un tratamiento especializado en la temática: cuando se piensa en la necesidad de tratamiento para un niño con un trastorno por déficit atencional, no surgen reparos en buscar la terapia adecuada y específicamente diseñada para el tratamiento de dicho cuadro. En el campo mismo del maltrato infantil no

existe controversia respecto de la necesidad de que un niño maltratado físicamente, por ejemplo, reciba un tratamiento psicoterapéutico específicamente orientado al maltrato sufrido. Sin embargo esta controversia sí está presente en el tratamiento psicoterapéutico del abuso sexual infantil en la Argentina. Esta controversia es especialmente fuerte cuando quedan aún cuestiones judiciales por resolver, ya sea en el ámbito de la Justicia Penal (determinar si hubo delito y qué sanción corresponde) como en el ámbito de la Justicia de Familia (determinar si las medidas de protección deben continuar o no, y en este último caso, de qué forma se reanudará el contacto entre el niño víctima y el padre acusado del abuso). Existe la creencia de que los tratamientos especializados se dedican a repetir los alegatos del abuso, (y en consecuencia implantan y consolidan en la mente del niño un suceso que –desde la perspectiva del ofensor y su defensa legal- no sucedió). En la realidad dichos tratamientos colocan su foco en las consecuencias postraumáticas no solo de la conducta sufrida sino de la intervención posterior al develamiento. En algunos casos las intervenciones en la Justicia Penal pueden ser demasiado prolongados (esta autora ha atendido casos que llegaron a la instancia de juicio oral hasta 6 y 8 años después de realizada la denuncia). Desde el punto de vista clínico/terapéutico y desde el punto de vista de la protección infantil, carece de todo fundamento el privar a un niño de la atención que necesita para recuperarse de la situación sufrida, y para sobrellevar los angustiosos pasos de la intervención tendiente a que el abuso se detenga. En algunas situaciones de la casuística de esta autora las decisiones judiciales llegaron al extremo de prohibir los tratamientos psicológicos individuales de cualquier tipo, no solo los llamados especializados.

- 3) Las prácticas de revinculación o reunificación: a lo largo de las dos últimas décadas en la Argentina se ha presentado un aumento considerable de intervenciones tendientes a reunificar al padre acusado

de abuso con el hijo que sufrió la conducta, y del cual inicialmente había sido separado como medida de protección para con el niño. Estas intervenciones son ordenadas por la Justicia de Familia; la mayoría de las veces se dan sin planificación previa, impulsadas por la presión del padre acusado, y a veces incluso cuando aún se está llevando a cabo la investigación criminal sobre el hecho. Estas prácticas se llevan a cabo sin seguir ningún tipo de guía o procedimiento, y son desarrolladas en los hechos tanto por terapeutas como por asistentes sociales o duplas combinadas de ambos profesionales; en la gran mayoría de las situaciones estas revinculaciones se llevan a cabo ya sea como meras prácticas de acercamiento progresivo de los niños con sus padres, o bien como sesiones donde se observa la interacción y se informa sobre ella, sin realizar ningún tipo concreto de intervención. Basándose en el derecho de las personas acusadas de un delito a no declarar en su propia contra, el abuso sexual no es en ningún momento un tema de discusión en estas prácticas, ni siquiera considerando que fue el motivo por el cual se dictó la misma medida (prohibición del contacto) que se está revocando con la revinculación (Baita & Visir, 2005).

El presente artículo discute la incidencia de las prácticas de reunificación o revinculación en la salud mental de los niños víctimas de abusos sexuales, a partir de la relación entre abuso sexual, apego desorganizado y desarrollo de trastornos disociativos.

### **La relación entre abuso sexual, apego desorganizado y trastornos disociativos.**

El desarrollo de trastornos disociativos como consecuencia de la vivencia de situaciones de malos tratos severos y crónicos y de abuso sexual en la infancia en particular, está ampliamente documentado. (Baita, S., 2004; Coons, P.M., 1994; Frey Richardson, L., 1998; Gold, S.N. & Seifer, R.E, 2004; ISST-D, 2004; Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth S.L., 2001; Peterson, G., 1991)

Desde la década del 80 en adelante se ha desarrollado intensamente el campo de conceptualizaciones de la disociación, incluyendo los múltiples aportes de la neurobiología. Si bien no es el objetivo de este artículo describir los modelos explicativos de la disociación, es importante señalar que existe consenso en plantear que tanto la traumatización como determinados patrones de apego, tienen entidad en la etiología de los trastornos disociativos. (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008).

Si bien algunos académicos del apego han planteado que el apego desorganizado sin trauma es en sí mismo un factor etiológico en el desarrollo de manifestaciones disociativas (Lyons- Ruth, 2005), en opinión de esta autora muchas formas de malos tratos, y el abuso sexual en especial, incluyen ambos componentes: la traumatización y el apego desorganizado. Esta observación se apoya además en la evidencia científica del estudio de Carlson y colaboradores (1989) según el cual más del 80% de los niños maltratados presentan un patrón de apego desorganizado (Carlson, Chichetti, Barnett y Braunwald, 1989). Es importante aclarar que esto no significa que exista una correlación única entre apego desorganizado y maltrato, sino que la conducta maltratante, y como se explicará a continuación, la conducta sexualmente abusiva en especial, son claramente desorganizadoras.

A continuación se detallarán brevemente las características del apego desorganizado, para pasar luego a explicar su relación con la conducta sexualmente abusiva y el desarrollo de trastornos disociativos.

El apego desorganizado/desorientado (o apego tipo D) fue la última categoría descrita luego de las categorías de apego seguro, inseguro evitativo e inseguro ambivalente. Una de las funciones más importantes que cumple el sistema de apego está relacionada con la respuesta a situaciones de stress, tensión o peligro. Ante una situación en que la tensión se eleva, el niño busca a su figura primaria de cuidado con el objetivo de volver a sentirse seguro. Cuando la respuesta del adulto es de cuidado, confort y consuelo, se produce una reducción en la tensión aumentada, y el niño puede entonces volver a separarse del adulto para continuar con su juego. Esta es una descripción sencilla del

apego seguro. La respuesta del adulto moldea, en la interacción con el niño, el patrón de apego que ese niño desarrollará. Es esperable que un patrón de apego seguro facilite la integración de las distintas experiencias que el niño vaya adquiriendo a medida que va creciendo, garantizando un sentido de sí mismo cohesionado y sentando las bases para una adecuada regulación emocional y un estilo de afrontamiento ajustado.

En el apego tipo D, se observó que los niños despliegan conductas contradictorias de acercamiento a sus madres. Estas conductas están caracterizadas por respuestas de congelamiento ante la presencia de la madre, despliegue simultáneo o secuencial de conductas contradictorias tales como búsqueda intensa de contacto junto con o seguidas de evitación del mismo, señales importantes de tensión y ansiedad en presencia de la figura de apego, entre otras. En contrapartida los investigadores encontraron una respuesta atemorizada o atemorizante por parte de la figura de apego (Main & Hesse, 1990). Entre las conductas parentales identificadas en el desarrollo del apego tipo D – y relacionadas concretamente con patrones maltratantes y abusivos en la relación parento-filial- se encontraron: falta de respuesta ante la tensión infantil (como se da en la negligencia emocional), conductas verbales negativas e intrusivas (como se da en el maltrato emocional), conductas físicas intrusivas (como se da en el maltrato físico), y sexualización (como se da en el abuso sexual) (Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi, 2006).

Lo que la conducta de apego desorganizado pone en evidencia es el dilema que el niño enfrenta en las situaciones de estrés intenso cuando la figura de apego es simultáneamente la fuente de origen de ese estrés intenso y a la vez una figura de protección y cuidado (Harari, Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2007).

En los casos de abuso sexual infantil, a lo largo del desarrollo de la conducta abusiva, el niño se encuentra completamente solo y aislado en tal dinámica a partir de la coerción misma del progenitor abusivo y la presión por mantener en secreto la conducta, bajo la amenaza de terribles consecuencias para el niño si decidiera hablar, consecuencias mayormente emocionales tales como “no te van

a creer”, “mamá se va a enojar”, “yo me voy a morir de tristeza”, y a veces físicas, tales como el uso concreto de la violencia física o la amenaza de uso de la misma e incluso la amenaza de muerte para el niño, u otro ser querido. De esta manera el niño no solo queda sometido a la relación sexualmente abusiva con una figura de cuidado, sino que muchas veces queda aislado de la posibilidad de acceder a una figura de cuidado alternativa, como puede ser la madre. Otras veces, lamentablemente, la figura de cuidado alternativa es tan desorganizadora en su conducta de apego para con el niño como lo es el progenitor abusivo (por ejemplo, porque también ejerce alguna forma de maltrato).

Paradojalmente, la relación del niño con el progenitor abusivo también suele incluir experiencias positivas, y de cuidado, que se dan por fuera de la interacción sexualmente abusiva. En consecuencia, al observar la relación global entre el progenitor sexualmente abusivo y su hijo, las experiencias que el niño incorpora de dicha relación son múltiples y contradictorias entre sí (Liotti, 1999): el niño se relaciona con un padre que abusa, lastima, presiona, ruega, juega, enseña, y que puede pasar de un rol a otro sin transición alguna, de manera completamente abrupta, como si se tratara de diferentes padres en la misma persona física. Según Liotti (1999) el niño con apego tipo D puede construir e incorporar internamente y de manera simultánea estructuras de significado que se corresponden con las diversas experiencias –múltiples y contradictorias– vividas en esa relación de apego: soy malo y responsable por lo que me está pasando - soy bueno y querido – mi papá es malo y tengo que cuidarme de él – si hablo soy malo, tengo que cuidar (a mi papá para que no vaya a la cárcel, a mi mamá para que no se ponga triste). Estas múltiples representaciones internas, según el autor, no pueden ser integradas en una única memoria y estructura de significado cohesiva, por lo cual, permanecen disociadas. En consecuencia, plantea, frente a experiencias de estas características pareciera ser que grados extremos de disociación son un resultado esperable de semejante interacción, no por razones defensivas, sino porque es imposible

organizar información tan contradictoria en una estructura cohesiva, coherente e integrada de significado.

Cada una de estas representaciones disociadas que el niño tiene de sí mismo, tendrá patrones de apego diferentes a las representaciones abusivas y no abusivas del padre (Blizard, 1997).

Una de las más terribles paradojas que ofrecen estas situaciones –y que muchas veces se torna intolerable para los operadores que intervienen en estos casos- está dada precisamente cuando el niño manifiesta una fuerte adherencia a su cuidador abusivo (Blizard, op.cit). Esta adherencia es una de las manifestaciones de los patrones de apego desorganizado descritos anteriormente, y sirve a los propósitos de poder conservar una relación de apego que se sigue percibiendo como necesaria, como toda relación de apego; de ahí entonces lo que anteriormente se planteaba en términos de dilema.

En términos de intervenciones, ya sea terapéuticas, ya sea de protección, es fundamental comprender que la relación positiva que el niño puede declamar hacia su padre no implica que el niño no fue dañado por el abuso, no invalida su ocurrencia ni garantiza que el abuso no se pueda volver a repetir en el futuro.

La relación entre abuso sexual, apego desorganizado y disociación (Barach, P., 1991; Liotti, 1999; Lyons-Ruth, K., 2005) permite explicar muchos de los fenómenos que se observan en esas relaciones, y que son asiduamente utilizados para sustentar decisiones de revinculación o reunificación. Por ejemplo, si el niño pide ver al padre, o si en un encuentro con éste se muestra afectuoso o cariñoso, ésto puede ser tomado como una señal de que la relación es inocua, (en algunos casos, incluso, hasta de la inexistencia del abuso o de su escaso o nulo daño sobre el niño), privilegiando en consecuencia una relación de parentesco por sobre los efectos nocivos que el patrón de apego propio de esa particular relación de parentesco ha tenido sobre el niño. Así se opera una disociación del sistema (Waters, Potgieter Marks & Baita, 2005), que también elige colocar su foco atencional sobre una parte de la realidad, haciendo de cuenta que la otra parte, simplemente, no existe.



### **Dificultades en el diagnóstico de los trastornos disociativos en la infancia.**

A pesar de que los trastornos disociativos del espectro más severo encuentran su origen en la infancia (Kluft, R.P., 1990; Peterson, G., 1990; Putnam, F.W., 1997; Silberg & Dallam, 2009; van der Hart et al., 2008) -ya sea por las vivencias infantiles traumáticas crónicas y de inicio temprano, como por ejemplo, de malos tratos o abuso sexual, ya sea que se originen en los patrones desorganizados o desorientados de apego a la principal figura de cuidado (Liotti, op. cit.; Lyons Ruth, 2003)- la cantidad de literatura e investigaciones ha sido siempre superior en lo que respecta a población adulta que en lo referente a población infantil (ISSTD Task Force on Children and Adolescents, 2004; Klein, H., Mann, D. & Goodwin, J., 1994; Silberg, J. 1998; Silberg & Dallam, op.cit.) colaborando de esta forma al desconocimiento del cuadro y a los errores diagnósticos en la clínica infantil. De hecho los criterios propuestos en su momento para la inclusión del diagnóstico de un trastorno disociativo en la infancia no fueron aceptados por el Field Trial del DSM-IV (Peterson & Putnam, 1994).

El clínico no siempre logra reconocer la disociación en sus manifestaciones más comprometidas o severas, y esto no solo lleva a errores diagnósticos, sino también a la falta de una comprensión alternativa para varias de las conductas que estos niños desarrollan en el contexto de las prácticas de revinculación en las que son involucrados.

De la misma manera que sucede con los pacientes adultos que sufren trastornos disociativos y recibieron varios diagnósticos previos, y en consecuencia varios tratamientos que no dieron resultado, la confusión diagnóstica y la dificultad para reconocer la co-morbilidad con otros trastornos, es también frecuente en los trastornos del espectro disociativo en niños (Klein et al,op.cit). En este sentido resulta ilustrativo el caso de Mark, presentado por Waters (2003), un niño de 11 años severamente traumatizado, que, previo a recibir el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático y trastorno disociativo de origen no especificado, había recibido otros cuatro diagnósticos: trastorno por déficit atencional con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno bipolar y sociopatía. En la experiencia personal de esta autora, algunos de los pacientes atendidos y

diagnosticados con un trastorno disociativo, venían de tratamientos previos en los que habían sido diagnosticados con Trastorno por déficit atencional y en un caso como psicótico (Baita, 2005). La presentación fluctuante propia del cuadro también ayuda a la confusión.

Estas dificultades se suman a las dificultades intrínsecas a los diagnósticos de abuso sexual. La discusión sobre la credibilidad en el testimonio infantil versus la sugestibilidad, la consideración acerca del niño como un testigo confiable en causas penales, el particular desafío que implica evaluar a niños de corta edad y la situación de los casos en los que el diagnóstico no es lo suficientemente concluyente para validar la ocurrencia del abuso, pero tampoco para descartar de plano la sospecha de que éste haya ocurrido, son algunos de los obstáculos que deben sortear los profesionales que realizan las evaluaciones.

Otro factor en la dificultad de establecer un diagnóstico de trastorno disociativo, radica en la falta de información sobre el mismo en el ámbito académico profesional, y de la mayor preponderancia de determinadas categorías diagnósticas –más conocidas y habituales en el diagnóstico en salud mental- en detrimento de otras.

En consecuencia, a muchos niños tratados por haber padecido situaciones de abuso sexual, no se los evalúa para determinar un posible diagnóstico de trastorno disociativo, lo cual produce que algunas o muchas de las manifestaciones sintomáticas y conductuales no sean correctamente interpretadas como manifestaciones de partes disociadas, como respuestas postraumáticas, como reexperimentaciones, y el cuadro no mejore o solo lo haga temporaria o levemente.

La tercera situación con la que se debe lidiar en estos casos es la respuesta familiar. La cesación de toda situación de abuso o victimización sobre el niño es una de las condiciones *sine qua non* para el tratamiento (ISSTD, op.cit.). Cualquiera sea el formato de atención que se provea (individual, grupal, familiar, etc.) o el modelo terapéutico elegido, el tratamiento de pacientes severamente traumatizados de todas las edades se debe realizar en tres etapas: la primera etapa es la de seguridad y estabilización de los síntomas, la segunda etapa es la

del trabajo con los recuerdos traumáticos propiamente dicho, y la tercera es la de integración y establecimiento de nuevos estilos de afrontamiento (Herman, 1997; Stien & Kendall, 2004; van der Hart et al., 2008). En el caso de los niños víctimas de malos tratos en el seno familiar la primera etapa del tratamiento es crítica ya que se trata de promover una realidad concreta de seguridad en el mundo externo, sin la cual es imposible lograr ningún sentido subjetivo de seguridad.

En los casos de abuso sexual la seguridad real en el mundo externo estará dada en primer lugar por la protección contra la continuidad del abuso, e inmediatamente en la certeza de que el adulto no involucrado en la ofensa sexual, actuará en pos de la protección del niño y no del abusador. Cuando el abuso se da dentro del seno familiar, la respuesta del adulto cuidador no ofensor, -en la mayoría de los casos, la madre cuando es el padre o padrastro quien abusa-, es crucial a la hora de proteger al niño de la posterior revictimización emocional que se da como consecuencia de las acciones derivadas directamente del develamiento y la intervención (por ejemplo, perder la casa, disminuir los ingresos económicos por ser el ofensor la fuente de ingresos única o mayoritaria, ser culpabilizado por los hermanos de la pérdida del padre, solo para nombrar algunas).

La revictimización emocional se da a partir de acciones de reproche por la denuncia, presión para retractarse de los dichos iniciales, descreimiento y responsabilización del niño por las consecuencias de su relato (ya sea responsabilizarlo por la conducta abusiva o por las consecuencias posteriores a la intervención, mencionadas en el párrafo anterior).

Cuando el adulto no ofensor constituye un soporte adecuado, el trabajo con el mismo sigue siendo tan importante como la atención de las consecuencias en el niño. Una de las mayores preocupaciones que presentan las madres es que sus hijos queden “marcados” para siempre por el abuso sexual; la homosexualidad, por ejemplo, ocupa un lugar importante en las preguntas familiares sobre el futuro de los hijos varones abusados sexualmente por otro varón; en las hijas mujeres, la preocupación es si van a poder tener relaciones sanas a futuro; para

varones y niñas en general, la pregunta habitual es si alguna vez se van a poder recuperar.

Los trastornos disociativos más severos están acompañados por manifestaciones tales como automutilaciones o autoagresiones, trastornos alimentarios severos, conductas antisociales, conductas regresivas, cambios bruscos en la conducta o los hábitos, una sensación vivenciada por los niños de división interna, que se reproduce en actitudes o conductas que llevan a las madres a describirlos como “es otra niña”, “es como si no fuera mi hijo”, “me resultaba un niño totalmente desconocido”. En consecuencia algunas de las consultas pueden presentarse en el momento más álgido de los síntomas, pero –dado el carácter típicamente oscilante de estas manifestaciones inherentes a la misma dinámica de la disociación- la urgencia o preocupación de la consulta puede que disminuya o directamente desaparezca cuando el niño vuelve a la “normalidad” esperada por la madre y la familia. Esto contribuye también a calmar el malestar lógicamente provocado por el descubrimiento del abuso y, posteriormente, por las consecuencias de un proceso de intervención que se sabe cuándo comienza, pero se desconoce cuándo y cómo termina.

También es necesario considerar el impacto de estas situaciones en madres que a su vez han padecido situaciones de abuso sexual en su infancia; la forma en la que ellas mismas hayan podido –o no- procesar estas experiencias propias tendrá influencia en su respuesta al abuso de sus hijas. Este punto excede los propósitos del artículo y se sugiere la lectura de material bibliográfico específico.

### **Abuso sexual, trastornos disociativos y la disociación del sistema.**

En los últimos años previos a este escrito la autora participó de la atención, evaluación o interconsulta en seis casos de niños que habían sido víctimas de abuso sexual y presentaban un diagnóstico de trastorno disociativo. En todos los casos, e independientemente del estado de las causas penales, los Tribunales de Familia habían resuelto levantar la medida de prohibición de contacto del padre acusado con su/s hijo/s, acompañando esta resolución con una indicación de terapia de revinculación y/o de reanudamiento del régimen de visitas. En

todos los casos, ambas medidas se habían tomado basándose en dos tipos de argumentos: el paso del tiempo y la imperiosidad de restaurar el vínculo parento-filial. En ningún caso se consultó previamente con profesionales de la salud mental acerca de la conveniencia de dichas medidas o el eventual impacto que las mismas podrían tener en los niños. En todos los casos las medidas fueron precedidas por una fuerte presión por parte de los progenitores acusados.

Tomando de Waters (Waters et al, 2005) la noción de disociación del sistema, se entiende que ésta se da cuando la respuesta de parte o todo el conjunto del sistema de intervenciones es una respuesta disociada. Para una mejor comprensión dice Goodwin (1985):

“(…) Debemos preguntarnos hasta qué punto el descreimiento familiar y profesional acerca del abuso sexual favorece el desarrollo de mecanismos disociativos en el niño (...) Parte de la función de alterar la personalidad, o de reprimir de alguna otra forma un evento traumático, es hacerle más fácil al niño su participación en el mito familiar de que nada ocurrió. **Cuando los profesionales se unen a la familia en insistir que nada pasó, las defensas disociativas se ven reforzadas**” (Goodwin, 1985; la traducción y el destacado pertenecen a esta autora).

Familia, terapeutas y Justicia son las tres piezas fundamentales de este sistema de intervenciones. Así, la familia puede responder de manera disociada cuando no quiere ver el abuso o la gravedad de lo que sucedió y sus efectos; los terapeutas pueden responder de manera disociada porque les resulta intolerable y anteponen sus propias defensas ante el horror, o bien, porque funcionan de manera operativa al sistema judicial y actúan en cumplimiento de una orden emanada de un Juez. Finalmente el sistema judicial da una respuesta disociada cuando impone prácticas basadas en el derecho parental, desestimando lo que el niño ha experimentado en la totalidad de la relación con su progenitor. Si por lo menos alguna de las tres partes de este sistema opera dando una respuesta disociada, es altamente probable que el niño responda de la misma manera o que profundice su propia disociación pre-existente.

A continuación se ilustran algunas de las particularidades señaladas con los casos clínicos a los que se hacía referencia.

De los 6 casos atendidos, 5 eran niñas y 1 varón. Las edades oscilaban entre los 5 y los 10 años; 4 de ellos fueron diagnosticados por esta autora con trastorno disociativo no especificado, y dos de ellos con trastorno disociativo de la identidad.

En todos los casos, menos uno, los niños habían recibido tratamiento individual previo a ser derivados a la consulta con esta autora; en uno de los casos la autora fue la tercera terapeuta en un lapso de 5 años. Ninguno de estos niños había llegado con un diagnóstico psicopatológico presuntivo; el motivo de la consulta había sido el padecimiento de una situación de abuso sexual infantil perpetrado por el padre biológico.

En todos los casos se había llegado a un diagnóstico positivo de abuso sexual (dos de ellos con evidencias físicas), y los niños no habían estado en contacto con el progenitor abusivo por períodos que oscilaban entre pocos meses y los 3 años.

En todos los casos menos uno la Justicia de Familia había ordenado la revinculación paterno-filial: en uno de los casos ésta se encontraba suspendida tras el pedido de informes del tratamiento psicoterapéutico y supeditada a una nueva evaluación diagnóstica; en otro de los casos se había suspendido por tiempo indeterminado luego de que se realizaran revinculaciones en por lo menos dos oportunidades previas, cada una de ellas con resultados traumáticos para la niña víctima quien presentó conductas regresivas previas y posteriores al encuentro, y episodios serios de autolesiones. En un tercer caso la revinculación se había suspendido porque el padre vivía en el interior del país y viajaba poco a la ciudad donde vivía su hija. Tanto en este caso como en el anterior los tratamientos fueron interrumpidos por las mismas madres, en un caso cuando recrudecieron las conductas disociativas de la hija, y en el otro cuando las conductas más preocupantes habían desaparecido, cuando no se había cumplido siquiera un mes de tratamiento.

Siguiendo con el análisis de los casos, en dos de ellos se sostuvo inapelable la decisión de revinculación: en uno la Justicia de Familia reivindicó el derecho del padre a tener contacto con sus hijos, mientras que en paralelo la Justicia Penal ordenaba una restricción del acercamiento del mismo a la casa donde éstos vivían; en el otro, la Justicia de Familia no solo ordenó la revinculación sino que además prohibió que la niña tuviera un tratamiento individual por considerar que los tratamientos individuales estarían sesgados hacia el tema del abuso; además, ordenó que el nuevo objetivo de trabajo fuera exclusivamente la reunificación de esta niña con su padre, quien no solo había abusado de ella sexualmente sino también física y emocionalmente. En dicho caso, el terapeuta a cargo, desestimó cada intento de la niña por hablar del abuso sexual.

Finalmente en el único caso en el que no se ordenó una revinculación, la Justicia de Familia estableció que la niña debía hacer tratamiento psicológico con un profesional que fuera consensuado por ambos padres (uno de los cuales había abusado de la niña); el padre se negó a que su hija hiciera un tratamiento individual, e intentó hacer valer su voluntad de que la niña realizara exclusivamente tratamiento familiar con una terapeuta por él elegida, quien, tras leer los informes previos, y sin haber visto jamás a la niña, concluyó que ésta no había sido abusada sexualmente. El padre, además, violó la prohibición de contacto vigente, lo que suscitó en la pequeña una crisis que apenas pudo ser contenida en pocas entrevistas ya que los progenitores no habían logrado consensuar quién sería el terapeuta. La violación de la prohibición de contacto que había ordenado la Justicia de Familia, jamás fue sancionada.

Es usual que cuando estos procesos se llevan a cabo los terapeutas a cargo sostengan que su objetivo no es hablar del abuso ni tratarlo, sino llegar a revincular al niño abusado con su padre. Esta autora ha participado (a través de atención directa o de supervisión a otros profesionales) de casos en los cuales el mismo terapeuta se había encargado de informar a niños de 7 y 9 años que él debía cumplir con una orden de un Juez y que ellos (los niños) debían obedecerla, aunque fuera necesario cargarlos en brazos o llevarlos por la fuerza. En otro caso, la terapeuta asignada a la revinculación por orden del Juez de

Familia, arrastró a una niña de 10 años que se había escondido debajo de su cama y se negaba a ver a su papá, ante la mirada impasible de la trabajadora social que la acompañaba, y la desesperación de la madre por lo que estaba sucediendo con su hija. Posteriormente ambas profesionales informaron que la madre se había mostrado poco cooperadora con el proceso, negándose a convencer a su hija de lo que debía hacer.

De acuerdo con Waters (2005), “en los niños severamente traumatizados los síntomas y procesos disociativos juegan un rol significativo en la regulación del afecto, la conducta, la identidad y la percepción del mundo que los rodea”. Cuando estos procesos y sus manifestaciones no son correctamente reconocidos, comprendidos y considerados en el contexto del tratamiento (y de la intervención toda) “esta falta de validación solo podrá reforzar en el niño su confusión acerca de su identidad, su sensación de fracaso y su impotencia” (Waters, 2005, op.cit). La imposibilidad de integrar tales experiencias contradictorias, reforzada ya no solo en la relación con el progenitor abusivo, sino en la relación del niño con otros adultos que debieran contribuir a su protección y no a la perpetuación del abuso, continúa y además se perpetúa. En consecuencia, la disociación persistirá y es esperable un agravamiento de los cuadros pre existentes.

### **Conclusión.**

Según Putnam (1997):

“El fracaso en apreciar los aspectos únicos del trauma infantil es el resultado de un número de factores, pero el principal problema sigue siendo la renuencia de la sociedad a reconocer la traumatización de los niños. Esta ceguera- que por momentos toma la forma de una romantización alucinógena de la infancia- le niega legitimidad y recursos a aquellos que buscan entender y tratar a los niños traumatizados”.

Si bien quedan aquí incluidas todas las formas de traumatización y todas las consecuencias posibles, la traumatización a manos de la propia familia sigue siendo la más intolerable y la que provoca respuestas más conflictivas por parte de la sociedad en general y del sistema de intervenciones en particular.



Las teorizaciones presentadas sobre el apego desorganizado dan cuenta de la formación de múltiples y contradictorias estructuras internas de significado que se corresponden con las múltiples y contradictorias experiencias del niño con la figura de apego en cuestión. Tales representaciones se activarán en presencia de los mismos elementos contenidos en la experiencia. Así, el miedo aparecerá seguramente en presencia del padre cuando abusa de él, y estará ausente en presencia del padre cuando éste no abusa. La revinculación es un proceso que se da en presencia de un tercero, mientras que el abuso ocurre en el campo interpersonal de a dos que involucra al niño y su padre. En consecuencia, es lógico pensar que en los procesos revinculatorios el niño manifieste el aspecto positivo de la vinculación a su papá, repitiendo la modalidad de relación que mantenía con éste en aquellas situaciones que no facilitaban o anticipaban la conducta abusiva (por ejemplo, situaciones sociales o en presencia de otras personas). El sistema de respuestas de supervivencia le señalará al niño el momento indicado –si lo hay- en que pueda mostrar las emociones o pensamientos asociados a la faceta negativa de la vinculación a su padre (la faceta del vínculo abusivo). Mientras tanto, el niño seguirá funcionando de la manera a la que se acostumbró a lo largo de años. Si en ese espacio además, la premisa es no hablar de lo que sucedió, esto no hace más que confirmar que el abuso es algo que pasa exclusivamente en determinadas circunstancias en las que prevalece lo que el adulto quiere y dice, en detrimento de lo que el niño necesita. Cuantos más adultos se unan a la práctica de desestimar el abuso, más quedará el recuerdo del mismo disociado en la memoria, la experiencia y la identidad del niño. Disociado no significa suprimido: significa no integrado a la experiencia. Una experiencia traumática disociada (no integrada), permanece como si aún estuviera ocurriendo, y se activa en presencia de estímulos que por algún elemento se conecten a dicha experiencia. Y esto se agrava con cada repetición concreta de la misma situación de abuso. Para entender las consecuencias de esta cronificación solo es necesario observar los resultados de investigaciones realizadas con pacientes adultos. El abuso sexual fue el segundo evento adverso sufrido en la infancia reportado con mayor prevalencia

en el estudio epidemiológico conocido por sus siglas en inglés *ACE Study* o Estudio de las Experiencias Adversas en la Infancia, (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss & Marks, 1998), que señaló la relación entre exposición a múltiples eventos adversos en la infancia y diversos problemas de salud en la edad adulta.

Los pacientes psiquiátricos adultos que fueron víctimas de malos tratos físicos o sexuales durante su infancia, tienen un primer ingreso psiquiátrico más temprano, suelen tener más hospitalizaciones, éstas suelen ser más prolongadas, reciben más medicación y tienen una mayor tendencia a autolesionarse y al suicidio que los pacientes psiquiátricos sin historia de maltrato infantil (Read, Goodman, Morrison, Ross & Aderhold, 2006; Schäfer, Ross & Read, 2008).

El abuso sexual y el maltrato emocional son las formas de maltrato que mejor predicen el desarrollo de disociación y trastornos disociativos, en especial (en relación al abuso sexual) si éste ha ocurrido entre los 3 y 5 años de edad y los 9 y 10 años de edad (Teicher, 2010). La exposición temprana y prolongada a elevados montos de estrés reprograma la respuesta de alarma ante el peligro, haciéndola más prolongada, más exagerada y más desajustada; esto, a su vez, produce cambios estructurales en el desarrollo del cerebro, alterando las trayectorias evolutivas (Teicher, op.cit; Perry, 2006).

Claramente, el abuso sexual, al igual que todas las demás formas de maltrato, constituye un problema de salud pública.

Las intervenciones en abuso sexual infantil no deben ser pensadas exclusivamente en términos de la privación o el reanudamiento del contacto entre el padre que abusa y su hijo, sino que deben tener en cuenta, en primer lugar, cuáles son las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la conducta maltratante a la cual el niño fue sometido, y cuáles son las consecuencias posibles de cualquier práctica que se implemente en relación al abuso sufrido, y en relación al vínculo entre este padre y su hijo. Existe suficiente evidencia científica en el mundo acerca de tales consecuencias. Asimismo existen guías desarrolladas por asociaciones profesionales con

sugerencias para llevar a cabo los procesos de reunificación parental de una manera que ponga por delante el respeto hacia quien se encuentra en estado de mayor vulnerabilidad en la relación: la niña (CAPSAC, 1993; Baita y Visir, 2006). En cuanto a los trastornos disociativos, se necesita mayor formación en el tema a profesionales de la salud mental, y mayor investigación referida al desarrollo de los mismos en población infantil. Este artículo propone algunas líneas especulativas de investigación que pueden colaborar en el diseño de prácticas y estrategias de intervención terapéuticas. ¿Es la revinculación un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno disociativo en niños que no disocian? ¿Cuál es el impacto de las prácticas de revinculación que se llevan a cabo en la actualidad en niños que presentan un trastorno disociativo? ¿Hay otros factores asociados tales como presencia de trastorno disociativo en el padre acusado, y/o en la madre, co ocurrencia con otras formas de malos tratos, utilización de violencia física en paralelo con el abuso, por ejemplo? Estas y muchas más preguntas pueden facilitar intervenciones basadas en evidencias antes que en ideologías o necesidades sociales, en las cuales el restablecimiento de los vínculos familiares –sin revisión ni modificación- constituya el único objetivo.

Señala acertadamente van der Kolk (2009):

“En la era del proyecto genoma y de altamente evolucionados métodos epidemiológicos y técnicas de neuroimágenes, el tratamiento de individuos crónicamente traumatizados continúa agotándose fundamentalmente en un nivel aldeano de tradiciones orales y anécdotas”.

Los profesionales que intervienen en el terreno del abuso sexual infantil, ya sea desde lo clínico/terapéutico, ya sea desde lo forense/legal, cuentan hoy con un desarrollo científico y académico que ha aumentado considerablemente en las últimas dos décadas.

Informar las propias prácticas con dichos avances, es un ejercicio de responsabilidad profesional.

\*\*

## BIBLIOGRAFIA

Baita, S. (2004). Defensa disociativa en niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual infantil, *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, Vol. III, No. 1, (pgs. 34-40).

Baita, S. (2005). Dissociation in Argentina, *ISSTD News*, Vol. 23, No. 5.

Baita, S. y Visir, P. (2006): Controversias de la revinculación en casos de abuso sexual y sus consecuencias para el psiquismo infantil, en Volnovich, J. (comp.) *“Abuso sexual infantil II. Campo de análisis e intervención.”*, (pgs. 141-165). Buenos Aires: Lumen Humanitas,

Barach, P. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder, *Dissociation*, Vol. IV, No. 3, 1991, (pgs. 117-123).

Blizard, R. (1997). Therapeutic alliance with abuser alters in DID: The paradox of attachment to the abuser, *Dissociation*, Vol. X No.4, (pgs. 246-254).

Carlson, V., Cicchetti, S., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, (pgs.525-531).

CAPSAC – California Professional Society on the Abuse of Children. (1993). Monitored Visitation Guidelines.

Coons, P.M. (1994). Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, (pgs. 461-464).

Felitti, R., Anda, V., Nordenberg, R., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), (pgs.245-258).

Fraenkel, P., Sheinberg, M. & True, F. (1996). *Making Families safe for children. Handbook for a Family- Centered Approach to Intrafamilial Child Sexual Abuse*, New York: Ackerman Institute for Family Therapy.

Frey Richardson, L. (1998). Psychogenic Dissociation in Childhood: The Role of the Counseling Psychologist, *The Counseling Psychologist*, Vol. 26, No. 1, pgs. (69-100).

Gold, S.N. y Seifer, R.E. (2004). Disociación y adicción/ compulsividad sexual: un abordaje contextual a su conceptualización y tratamiento, *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, Vol. III, No. 1, (pgs. 20-33).

Goodwin, J. (1985). Credibility problems in multiple personality disorder patients and abused children, en Kluft, R.P. (ed) *Childhood antecedents of Multiple Personality*, pgs. 2-19, Washington DC: American Psychiatric Press.

Harari, D., Bakermans-Kranenburg, M. & Van Ijzendoorn, M. (2007). Attachment, Disorganization and Dissociation. En Vermetten, E., Dorahy, M. y Spiegel, D. (editores) *Traumatic Dissociation. Neurobiology and Treatment*. (pgs. 31-54). Washington: American Psychiatric Publishing.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation, Task Force on Children and Adolescents (2004). Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents. *Journal of Trauma and Dissociation*, Vol. 5, No. 3, (pgs. 119-150).

Klein, H., Mann, D. R. & Goodwin, J.M. (1994). Obstacles to the recognition of sexual abuse and dissociative disorders in child and adolescent males, *Dissociation*, Vol. VII, No. 3.

Kluft, R.P. (1990). Thoughts on childhood MPD, *Dissociation*, Vol. 3, No.1. (pgs. 1-2).

Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model of understanding dissociative psychopathology. En J. Solomon y C. George (Eds.). *Attachment disorganization*. (p. 291-317). New York: Guilford.

Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, (pgs.883-911).

Lyons-Ruth, K. (2005). *Dialogue and dissociation: Clinical implications of longitudinal research*, Disertación plenaria en la 22a. Conferencia Annual Internacional de la ISST-D, Noviembre, Toronto, Canadá.

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. & Bianchi, I. (2006). From Infant Attachment Disorganization to Adult Dissociation: Relational Adaptations or Traumatic Experiences?, *Psychiatric Clinics of North America*, 29, pgs. 63-86.

Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S.L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children, *Development and Psychopathology*, 13, (pgs. 233-254).

Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' Unresolved Traumatic Experiences Are Related to Infant Disorganized Attachment Status: Is Frightened and/or Frightening Parental Behavior the Linking Mechanism? En Greenberg, M.T., Cicchetti, D. y Mark Cummings, E. (editores) *Attachment in the Preschool Years. Theory, Research and Intervention*. (pgs. 161-182). Chicago: The University of Chicago Press.

Olafson, E., Corwin, D. & Summit, R. (1993). Modern history of child sexual abuse awareness: cycles of discovery and suppression, *Child Abuse and Neglect*, 17 (1), (pgs. 7-24).

Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*, Buenos Aires: Paidós.

Perry, B. & Szalavitz, M. (2006). *The boy who was raised as a dog*. New York: Basic Books.

Peterson, G. (1990). Diagnosis of childhood multiple personality disorder, *Dissociation*, Vol. 3, No.1, (pgs. 3-9).

Peterson, G. (1991). Children coping with trauma: Diagnosis of "dissociative identity disorder", *Dissociation*, 4, (pgs.152-164).

Peterson, G., Putnam, F. (1994). Preliminary Results of the Field Trial of Proposed Criteria for Dissociative Disorder of Childhood, *Dissociation*, Vol. VII, No.4, (pgs.212-220).

Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents. A developmental perspective*, New York: The Guilford Press.

Read, J., Goodman, L., Morrison, A., Ross, C. y Aderhold, V. (2006). Trauma infantil, pérdida y estrés. En Read, J. , Mosher, L, y Bentall, R. (editores) *Modelos de locura* (pgs. 271-305). Barcelona: Editorial Herder.

Schäfer, I., Ross, C. & Read, J. (2008). Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders. En Moskowitz, A., Schäfer, I. y Dorahy, M. (editores). *Psychosis, Trauma and Dissociation. Emerging perspectives on severe psychopathology.* (pgs. 137-150). United Kingdom: Wiley –Blackwell.

Silberg, J. (1998). *The Dissociative Child. Diagnosis, Treatment and Management*, 2<sup>nd</sup>. Ed. Maryland: The Sidran Press.

Silberg, J. & Dallam, S. (2009). Dissociation in Children and Adolescents: At the Crossroads. En P.F.Dell y O’Neil J.A. *Dissociation and the Dissociative Disorders. DSM-V and Beyond*, (p. 67-81). New York: Routledge.

Stien, P.T. & Kendall, J. (2004). Psychological Trauma and the Developing Brain. Neurologically based interventios for troubled children. New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.

Teicher, M. (2010). *Does Child Abuse permanently alter the human brain?*. Pierre Janet Memorial Lecture dictada en la 27a. Conferencia Anual Internacional de la ISST-D, Octubre, Atlanta, Estados Unidos.

van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. y Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la disociación crónica.* España: Editorial Desclée de Brouwer.

van der Kolk, B. (2009). Afterword. En Courtois, C. y Ford, J. (editores) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders.* (pgs.455-466). New York: The Guilford Press.

Waters, F. (2003). *Spectrum of childhood dissociation: From the obscure to the obvious*, Workshop dictado en la 20a. Conferencia Annual Internacional de la ISST-D, Noviembre, Chicago, Estados Unidos.

Waters, F. (2005). When treatment fails with traumatized children... Why?, *Journal of Trauma and Dissociation*, Vol. 6, No.1, (pgs. 1-8).

Waters, F., Potgieter Marks, R. & Baita, S. (2005): *An international perspective on recognition of childhood dissociation*, disertación ofrecida en la 22a. Conferencia Anual Internacional de la ISST-D, Noviembre, Toronto, Canadá.



## Notas

---

\* Sandra Baita es psicóloga clínica graduada de la Universidad Nacional de Buenos Aires, y miembro del Comité de Niños y Adolescentes de la International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISST-D). Para correspondencia dirigirse a sbaita68@gmail.com.