

ABUSO SEXUAL INFANTIL. LAS MARCAS EN LA VIDA ADULTA

LIC. ELINA CARRIL BERRO

Psicóloga, Psicoanalista.

Prof. Titular en el Instituto Universitario de Posgrado de AUDEPP.

Ex Prof. Adjunta en el Instituto de Psicología de la Salud,

Ex Prof. Adjunta de Psicoanálisis, Facultad de Psicología (UDELAR).

Especializada en Violencia de Género.

Responsable de investigaciones
en Salud Reproductiva, Subjetividad y Género .

Cuenta con publicaciones en revistas
y en libros nacionales e internacionales.

Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article

Carril Berro E. (2016) Abuso sexual infantil. Las marcas en la vida adulta

Intercambio Psicoanalítico 5 (1), DOI: doi.org/10.60139/InterPsic/14.2.1/

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

ABUSO SEXUAL INFANTIL. LAS MARCAS EN LA VIDA ADULTA

Lic. Elina Carril Berro¹

¹Psicóloga, Psicoanalista. Prof. Titular en el Instituto Universitario de Posgrado de AUDEPP. Ex Prof. Adjunta en el Instituto de Psicología de la Salud, Ex Prof. Adjunta de Psicoanálisis, Facultad de Psicología (UDELAR). Especializada en Violencia de Género. Responsable de investigaciones en Salud Reproductiva, Subjetividad y Género. Cuenta con publicaciones en revistas y en libros nacionales e internacionales.

"No hay peor forma de conocer a alguien que transformarlo en un estereotipo"

Eliane Brume¹

Resumen

Este artículo trata sobre el abuso sexual en la infancia, sobre las niñas/os que fueron, y hoy andan por el mundo llevando consigo, como pueden -siempre mal- el acontecimiento que todavía le hace marca en el cuerpo. Pero sobre todo y como es inevitable, en el alma, aparato, psiquismo, subjetividad o como las teorías, escuelas o modas lo llamen aun sabiendo que no son ni quieren decir siempre lo mismo.

[PALABRAS CLAVE]

Introducción (1)

Cuando era todavía una novel psicoterapeuta atendí a Clara². Presentaba marcados rasgos y síntomas histéricos –conversivos- elementos depresivos, conflictos en su relación de pareja y severas dificultades para hacerse cargo emocionalmente de sus tres hijas. La relación con ambos padres era ambivalente, pero fundamentalmente estaba signada por el rencor y la queja. Nada podía esperar de ellos. Con el padre casi no se hablaba y cuando lo hacía se mezclaban la rabia y el rencor con algo más que no definía como amor, pero que se le colaba. El cuadro era cuasi perfecto para mis inicios: estaba delante de una histeria, era una neurótica. Habían pasado más de dos años de comenzado el tratamiento, cuando en una sesión y hablando de su padre, emerge con dificultad y mucha angustia el recuerdo de las escenas que tenían lugar en el escritorio de su padre: él la llamaba, ella acudía, él la tocaba y se masturbaba. Fin de la historia. Estos hechos sucedían desde que Clara tenía aproximadamente cinco años, hasta los nueve. Cuando llegó a la adolescencia, y siempre cargando con ese recuerdo ominoso, finalmente se lo contó a la madre y ésta no le creyó. La llevaron a consulta psicológica por fantasiosa, rebelde y mentirosa. Años después me lo contó a mí. Para mis adentros, yo tampoco le creí. Sostenida en que Clara relataba que ella no se negaba y que le parecía que algo disfrutaba, el cuadro se me presentaba sin fisuras: la escena de abuso era una clásica fantasía edípica.

Introducción (2)

Aproximadamente quince años atrás se emite por televisión un programa en el que se trataron públicamente por primera vez los abusos sexuales en la infancia. Yo trabajaba en esos momentos en una ONG dedicada a la asistencia jurídica y psicológica a mujeres, con especial énfasis en violencia doméstica. A partir de ese programa comenzamos a recibir en forma aluvional consultas provenientes de mujeres que referían

¹ Citada por Marcelo Viñar, 2011.

² Este nombre y los siguientes son ficticios. Se han alterado algunos datos personales que pudieran identificar a los protagonistas.

haber sido abusadas. Es interesante comentar que, en muchas de las entrevistas iniciales, las usuarias dijeron que cuando habían escuchado al Dr. X empezaron a recordar lo que hasta ese momento era una ausencia: sus experiencias de abuso. El desocultamiento y visibilidad social sacó al abuso del encapsulamiento ominoso de lo íntimo.

Introducción (3)

Felicia consultó por estar angustiada, tener problemas con su pareja, básicamente descritos por ella como celos e inseguridad respecto a su fidelidad, pérdida de la confianza, miedo a andar sola por la noche, grandes dificultades para poder estudiar y problemas de relacionamiento en el trabajo. Había iniciado un par de años atrás una carrera universitaria, la que abandonó por no “entender” (sic) de lo que se hablaba. En el momento de la consulta, había iniciado otra que también le ofrecía dificultades: nuevamente no entendía, no podía concentrarse, daba los exámenes y los perdía. Su primera historia familiar delataba una infancia sumamente difícil: poco después que sus padres se separaran, Felicia es llevada por su padre a casa de los abuelos paternos para preservarla – supuestamente- de la locura de su madre a quien durante años vio muy poco. (La madre salía y entraba del psiquiátrico). Vivió con ellos desde los cuatro hasta los dieciocho años. La angustia de Felicia parecía interminable y se expresaba a través de un llanto sostenido y quedó durante las sesiones. Felicia lloró todas las sesiones (esto sucedió los dos primeros meses) mientras relataba sus dificultades con el estudio, su pareja o con los compañeros de trabajo. Hasta que un día me dijo que había algo de lo quería hablar, pero le costaba demasiado. Y yo le pregunté “¿te da vergüenza?”. “Sí”, me dijo. Y ahí dio comienzo al relato acerca de los abusos de todo tipo que había sufrido desde que llegó a la casa de sus abuelos. El primero de la serie, su propio abuelo. Le creí, claro, pero antes de eso ya tenía –casi- la certeza de que había sido abusada.

En la literatura psicoanalítica actual, la referencia a casos de pacientes que fueron objeto de abuso sexual en la infancia es cada vez más frecuente. Ya como centro, ya como dato de la historia de algún caso clínico. Como si de pronto, y más de ciento veinte años después de lo que Freud encontró y luego parcialmente dejó de lado, volviera por sus fueros reclamando un sitio: la verdad histórica, el trauma sexual real sufrido por niñas y niños en manos de adultos sí podía ser el desencadenante del conflicto psíquico y el sufrimiento. Y digo desencadenante porque al niño no es lo único que le pasa. Este hecho era sobre el que insistía Ferenczi: que el trauma real experimentado y vivido por los pacientes no es el trauma de las primeras comunicaciones freudianas. Para Freud el hecho en sí –el atentado sexual de la infancia- no era patógeno, se convertía en tal por el enlace con otro y era el propio sujeto quien, al recuperar el recuerdo, le confería al primero su causalidad traumática. El recuerdo es lo que le daba la energía traumatizante (Laplanche, 1987).

Para Ferenczi (1933) el suceso real –en este caso el abuso– era traumático ya que determinaba las vivencias infantiles, los destrozos y aniquilamientos, las sucesivas construcciones defensivas, el clivaje del yo, las negaciones, la sobrevivencia de ese yo clivado sobre las cenizas de una catástrofe psíquica.

En el campo del abuso sexual infantil las opiniones desde la perspectiva psicoanalítica no son unívocas, tanto acerca de sus efectos como de su abordaje y aún, su frecuencia. Para el psicoanálisis anglosajón (incluyo acá los teóricos de las relaciones objetales, el psicoanálisis intersubjetivo, el psicoanálisis relacional) y el psicoanálisis con perspectiva de género, el abuso sexual infantil tiene una frecuencia significativa, las consecuencias en los niños/as y adultos es grave y los psicoanalistas deben tener una posición tomada al respecto. De alguna manera el centro de las teorizaciones está en la cuestión traumática y la incidencia de la realidad externa en el psiquismo. El medio psicoanalítico francés, sin desestimar su frecuencia y consecuencias, se ha puesto en alerta frente al despliegue de dispositivos tanto en el sistema de salud como en el educativo, tendientes a detectar el abuso sexual en la infancia ante el más mínimo indicio de un funcionamiento “anormal” en el niño. Se sospecha de una avalancha paranoide, que como un movimiento resistencial y regresivo vuelve a ubicar a la sexualidad infantil en el desván de las cosas inútiles, tirando la revolución freudiana a la basura. Detrás de esto, estarían las siempre presentes fuerzas sociales conservadoras (fundamentalmente en los Estados Unidos) que han infiltrado a la psicología y a la psiquiatría actuales, logrando que éstas patologicen los más anodinos juegos sexuales infantiles. Estos pueden convertirse entonces, en la única prueba de la seducción adulta. (Tyesabaert, 2002).

No puedo menos que discrepar con estas afirmaciones tomadas in totum, porque reniegan (niegan dos veces) una realidad que rompe los ojos. Los cientos de denuncias contra sacerdotes católicos, por años silenciadas y finalmente aceptadas, dan cuenta en parte del fenómeno. También las miles de mujeres que en todas partes del mundo padecieron a sus padres, abuelos/tíos/vecinos pedófilos.

Sin embargo, si le bajamos el aumento al lente con que analizan estos fenómenos estamos de acuerdo en que seducción no es abuso, siempre que se llame a las cosas por su nombre. Es decir: el abuso existe cuando hay intencionalidad consciente y asimetría. Es abuso cuando el procedimiento, el acto violento, se asienta en un desequilibrio de poder, se despliega en el cuerpo y la subjetividad del otro produciendo algún tipo de daño. Hay asimetría entonces de poder y de saber. Mostrarse los genitales entre chicos de cuatro o cinco años no es abuso y no están repitiendo entre ellos lo que uno de ellos debió haber padecido forzosamente. Pero que un muchacho de 18 o 20 años le muestre el pene a un niño/a de cinco y lo/a obligue a practicarle sexo oral, sí.

Datos de estudios retrospectivos informan que alrededor de un 40% de las mujeres ha experimentado contacto sexual con un adulto durante su niñez, y sugieren que solamente el 2% de los abusos intrafamiliares y el 6% de los extrafamiliares son reportados a los servicios de protección infantil (Green, 1997) Estos datos permiten aproximarse a la prevalencia de este fenómeno.

Son numerosos los estudios que, desde la psicología, la psiquiatría y la investigación empírica en psicoanálisis predicen que el abuso sexual infantil puede acarrear consecuencias devastadoras para el funcionamiento psicológico de los niños. Contribuye a las conductas violentas, actos delictivos y desórdenes mentales en la adolescencia y la vida adulta, así como al desarrollo de EPT, conductas autoagresivas y de riesgo y al embarazo en la adolescencia. Algunos autores sostienen que las secuelas son menos frecuentes que las consecuencias iniciales, sin embargo, el abuso sexual infantil constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta (Flitter, Elhai y Gold, 2003; Etcheburúa, Corral, 2006).

Los efectos y/o secuelas del Abuso Sexual Infantil (ASI) en personas adultas por otra parte, han sido ampliamente reportados. Una revisión llevada a cabo por Pereda (2010) puede sintetizarse en: dificultades para la adaptación social general, aislamiento social, problemas de pareja y trastornos en la esfera sexual. A su vez, las quejas somáticas, los trastornos afectivos, el abuso de alcohol o drogas y los comportamientos antisociales suelen ser muchos más frecuentes que en las muestras de control. En los casos más graves pueden llegar a realizar conductas autodestructivas o autolesivas así como a tentativas de suicidio. Se han realizado estudios que buscan relacionar el abuso sexual infantil con los trastornos border (Levine et al, 1990; Fonagy, 2000; Vitriol, G. 2005; Mearak, M. R., Martínez, M. L., Sánchez Herrera, A. E., & Lozano, J. E. 2010) El abuso sexual infantil en las mujeres está asociado a diversas patologías posteriores, por ejemplo, se conoce su alta frecuencia en los trastornos de alimentación (Dio Bleichmar, 2000) en los trastornos límite de la personalidad (Bateman y Fonagy, 2007) y en la historia de las mujeres que quedan atrapadas en relaciones de violencia de género. Como sostiene Díaz-Benjumea (2011):

El abuso sexual en la infancia de la mujer, cuando es grave, especialmente cuando el abusador es un integrante de la familia y además se perpetua en el tiempo, puede dejar secuelas gravísimas en la forma de comportamientos autodestructivos que no sólo se dan a nivel intrasubjetivo, sino que pueden pasar a ser intersubjetivos conllevando entonces la tendencia a vincularse con otro que maltrata psíquica o físicamente (Bateman y Fonagy, 2007, Davies y Frawley, 1994).

Estas secuelas son observables también en varones abusados, con la particularidad de que algunos estudios empíricos señalan, que estos varones se convierten muchas veces en abusadores en la vida adulta.³

Algunas inquietudes clínicas

Clara, Felicia, Valeria, Gustavo y otros muchos han sido algunos de mis pacientes que han sufrido abuso sexual durante la infancia. Y son bien diferentes entre sí. Como diferentes han sido sus historias, sus primeros objetos significativos y la circulación de los acontecimientos de abuso en el grupo familiar.

Si Felicia y Valeria se angustiaban cuando volvían sobre esa parte de su historia en los primeros tiempos (años) del trabajo analítico, Rosario decía reiteradas veces que su medio hermano era un hijo de puta (y no agregaba más nada) “¿Cómo es un hijo de puta?” le preguntaba, “y eso” decía Rosario “un hijo de puta”. “Por acá vamos mal”, pensé, al tiempo que se me hacía cada vez más evidente que algo terrible había pasado y que tenía que esperar y encontrar la manera de que la historia saliera a la luz. Si ella no había hablado nunca, ni en sesión ni con sus amigos, era porque cuando lo hizo –con su madre– ésta no le creyó. La angustia asociada al recuerdo del hecho se transformó en ira, en odio hacia el hermano y hacia su madre. Gustavo, luego de un tiempo –largo– relata su historia familiar. Una familia construida por y en torno a un padre arbitrario, despótico y violento. Una cultura familiar violenta en la que el padre y todos los hermanos –varones– eran los más machos de los hipermachos. Y las hermanas mujeres, abusadas por éstos. Entre esta historia, aparece otra, también de machos. “Mi hermano X me violó. ¿Qué edad tenías? “Y... 7..., pero no sé... no fue tan grave...” Otro de sus hermanos, lo llamaba al baño y le mostraba su pene al tiempo que le decía “viste que lindo chupetín”. Gustavo justificaba su homosexualidad, basado en estas escenas, en lo que disfrutaba con ellas... No podía asociar su compulsión a mantener vínculos de sometimiento, a colocarse siempre en una posición de víctima, a su búsqueda obsesiva de penes “grandes” en los partenaires que encontraba en sitios de internet, con su historia (contada en los primeros tiempos de análisis de forma banal) y la incidencia de los abusos.

Lo que María no entendía era cómo su abuelo podía ser alternativamente su objeto de apego y sostén de lo autoconservativo y a su vez el violador de su intimidad. No entendía cómo podía quererlo, si le había hecho esas cosas. Esta no comprensión se traducía en la no comprensión de otros textos. Pero era su texto el que se había convertido en algo indecifrabable.

3 El ASI en varones está menos reportado que en mujeres. Mi hipótesis es que aquellos varones que han significado el atentado sexual infantil como una lesión a su narcisismo de género (masculino y tradicional), tienen más dificultades para integrar ese suceso a su vida.

Valeria había consultado por violencia doméstica. Durante su proceso terapéutico, logró separarse de su marido y encarar su vida con sus hijos y dio por terminado el tratamiento. Nunca mencionó el abuso. Años después volvió a consultar. Y fue en ese momento que empezó a hablar del abuso sexual del que fue víctima cuando tenía 8 años. Siempre lo tenía presente, pero no podía hablar:

Yo no me olvidé. Yo hice de cuenta que eso no había pasado, sabiendo que había pasado. Me decía "no pasó, no pasó". Lo dejé para un costado ¿me entendés? Pero sabiendo que estaba ahí. Mi madre y mi padre, me decían, bueno ahora te tenés que olvidar.

Misma secuencia (no de la sesión, pero de un momento del tratamiento en el que una y otra vez, se volvía sobre el abuso): *"Ahora recién empiezo a decirme: esto te sucedió a ti, forma parte de tu vida. (...) Nadie puede ponerse en mi lugar, nadie puede entender lo que me pasó."*

Estos sucesos fueron traumáticos porque como decía S. Bleichmar (2014), pusieron en riesgo la forma en la que el yo se representa la conservación de la vida. Hay situaciones en la que el niño/a es sometido a un exceso de estímulos que no logran ser evacuados, por lo tanto ¿qué hace? Tiene que protegerse de ellos o ligarlos para que no se produzca una ruptura que signifique una desorganización psíquica (Calvi (2006). La clínica con pacientes abusados/as en la infancia tiene sus particularidades. Me voy a detener en tres aspectos que creo se presentan con bastante frecuencia.

a) Las formas de detectar, diferenciar en y con los pacientes la verdad histórica de la construcción fantasmática; b) La variabilidad de las modalidades de sufrimiento a través de distintas sintomatologías y su articulación con las vicisitudes del proceso de subjetivación en la singularidad de cada caso; c) La complejidad de la articulación del hecho traumático exógeno con el traumatismo inevitable del advenimiento de la sexualidad infantil a través del otro.

a) Verdad histórica versus realidad fantasmática: una oposición que no es tal.

¿Cómo detectarla? ¿Cómo separar las trampas de la memoria (la producida por represión y otros tantos mecanismos a los que apela el yo para contener, transformar, desplazar a la angustia que sobreviene frente a la representación de lo deseado/intolerable/prohibido) de la desmemoria del abuso?

¿Cuáles son los signos, a veces sutiles, que me disparan la sospecha de que algo "huele mal"? Sin pretensiones de realizar una lista exhaustiva de indicadores - que por otra parte no siempre se presentan juntos- la experiencia clínica me ha permitido identificar los siguientes:

- El tipo de silencios que van evocando que hay algo del orden de lo innombrable diferente a los reflexivos, los hoscos, los resistentes o los del vacío.

- Un relato que se escapa y que introduce –como yo estas ideas- una vez, luego otra y luego otra, pero sobre el que no se profundiza. La cadena asociativa se corta. Y el discurso pasa a tópicos alejados del relato inicial.⁴

- La dificultad de expresar no solamente la historia, el suceso, sino lo que ahora sienten acerca de lo que sintieron. Las palabras parecen serles esquivas y desprovistas de cualidad como para dar cuenta de la densidad del sufrimiento.

- El tipo de sueños. Cómo se describen en el estrés post traumático: sueños recurrentes que más que tales, son evocaciones, escenas directas, vívidas, detalladas, sin la transformación que el trabajo del sueño le imprime al material inconsciente. No hay sustitución: el sueño es la/s escena/s. El pasado aparece como un material en bruto.

- La vergüenza y la culpa. Estos son sentimientos universales pero diferentes en su origen. Estos pacientes sienten vergüenza actual por lo pasado y de lo que no fueron responsables. Y culpa actual por no haber impedido lo que sucedió, porque quizás hicieron algo que precipitó el acto del otro, porque sus cuerpos son (fueron) responsables, o no hablaron, o se olvidaron o no opusieron la suficiente resistencia...La vergüenza no está ligada sólo a una conducta enjuiciada por un superyó severo, sino que siempre está relacionada al otro, es intersubjetiva. Es otro el que puede ver o escuchar aquello que es vivido como un oprobio y que, para el sujeto, es prueba de la falla, la debilidad, la carencia del self: es una herida narcisista. Esta es una de las razones por las que el hecho se silencia. La culpa es intrasubjetiva: en algunos casos puede ser la expresión de un conflicto entre el (los) deseo(s) y el mandato prohibidor, en otros la convicción de estar transgrediendo una idea (Bleichmar, H. 1998)

Quien fue objeto de experiencias aterradoras y que, como efecto de las mismas, se le ha perturbado severamente la función simbólica y la construcción de significados, difiere de aquel que reprimió algo desagradable pero que ha podido mantener intacta la capacidad de atribuir sentidos a la experiencia. (Bleichmar, H. 2005) En este caso, el contenido representacional (el recuerdo) y la palabra que le estuvo asociada, es afectado por represión. En lo que llamo la desmemoria del abuso, el yo muchas veces apela a la desmentida y se escinde: una parte sabe de la existencia del abuso, pero se actúa como si se desconociera. Como sostiene Ferenczi(1933) esta desmentida se ve reforzada por la desmentida impuesta por los otros (cuando están al tanto del suceso) que tienen el poder y la capacidad de significar las experiencias. El primero de los cuales es el abusador mismo. Se fuerza a la escisión “narcisista del yo”, dice este autor, con la consiguiente fragmentación o atomización, pérdida del sentimiento de sí mismo e incapacidad de discriminar entre percepción y proyección.

4 No desconozco que ésta es una situación frecuente en la clínica, pero en estos casos el diferencial está pautado por la reiteración y el tono afectivo –distante- que los acompaña.

El valor patógeno del abuso sexual está ligado a la falta de significantes de lo que fue traumático y no solo, como dice S. Bleichmar (2000), por el intenso trabajo defensivo que pone en marcha el sujeto, sino por lo inédito, por la falta de elementos previos de simbolización para poder operar sobre esos significantes. Y esto es lo que dispara la alerta en la clínica (debería disparar). Aunque parezca una obviedad hay que señalarlo: no solamente en los abusos sexuales encontramos ausencia de significación.

El acontecimiento ¿queda por insuficiencia de simbolización aislado y ajeno a los factores internos (la fantasía) que van incidiendo en los diferentes momentos del desarrollo y la existencia del sujeto? En los casos de abuso ¿hay que oponer verdad histórica a la realidad fantasmática? No sé si ésta es una pregunta pertinente, no se trata de oponer nada en realidad. Pero hay momentos en que es vital para el paciente recuperar y situar el hecho real, el acto material como tal, sobre todo cuando ha operado sobre ella desmentida. Como dice la psicoanalista Susana García: *"la verdad histórica es una verdad construida y esa construcción es del sujeto, pero también del entorno y de la transgeneración con desmentidas incluidas. Pero al mismo tiempo que siempre construida también histórica, fechable"*. (cp)

b) Siempre no quiere decir igual.

El acontecimiento traumático (el abuso) y la escena que arma el abusador se repite. Tal parecería que las acciones fuesen calcos unas de otras: mostrar, tocar, masturbarse, pedir sexo oral, practicarles sexo oral, etcétera. Les dicen siempre lo mismo "esto te va a gustar, no hay nada malo porque yo te quiero, pero no le digas a nadie porque me voy a enojar mucho..." La descripción fenomenológica es bastante estereotipada por lo general, clásica de la necesidad que tiene el perverso de que el cliché no se cambie, que nada se saque del escenario porque el deseo no viene o el orgasmo se desvanece.

Pero, pesar de los pronósticos y la comprobación empírica de que los efectos del abuso provocan siempre daño psíquico, en cada caso las personas fueron anudando la experiencia como pudieron y como van pudiendo.

¿Todas las experiencias de abuso sexual sufridas por las niñas/os en la infancia determinan los mismos síntomas, definen las mismas personalidades, desembocan en los mismos trastornos psíquicos en la vida adulta? Esta es casi (o debería serlo) para nosotros, una pregunta retórica. Sabemos la respuesta: no siempre.

Decía más arriba que cada uno va anudando como pudo y cómo va pudiendo tanto las experiencias como las vivencias de esas experiencias. Eso es lo que nos da nuestra personal e intransferible manera de estar en el mundo y también la personal e intransferible modalidad en que se expresa el sufrimiento psíquico. No hay verdad histórica, por más cruenta que sea, que no se presente en el psiquismo recortada y sin anudarse en una trama fantasmática singular y de marca registrada. Pero eso no

permite eliminar de un plumazo las categorías psicopatológicas, en todo caso sí revisarlas y complejizarlas y partir de la idea de que todo conflicto psíquico (en plural) no tiene un único origen que daría lugar entonces a una única forma de fobia, a un mismo trastorno narcisista o idéntica depresión. Despojarlas de la tendencia (demasiado frecuente en nuestra disciplina) de explicar con dos o tres fórmulas la complejidad de la formación de síntomas, desembocando como dice H. Bleichmar (1989) en intervenciones clínicas monocordes y estereotipadas. Entonces ¿toda niña que se creyó la historia de que en verdad era la princesa de papá se convertirá sin más en una histérica? No necesariamente. Bleichmar sostiene que las series complementarias han sufrido una reducción conceptual y por lo tanto en su aplicación, ya que se las sigue entendiendo como lo que sucede únicamente en el proceso evolutivo de cada quien y no como un fenómeno que también ocurre en la sincronía, en la articulación de varias dimensiones (Bleichmar, H. 1989).

¿Con qué solemos encontrarnos? Con representaciones yoicas pobres, contenidos y mandatos superyoicos implacables, percepción amenazadora del mundo y defensas paranoicas frente a la angustia, conflictos en el área de la sexualidad que pueden abarcar desde la ausencia de vida sexual, hasta una actividad sexual compulsiva. Personas que tienen dificultad para controlar los impulsos y con tendencia a establecer vínculos de sometimiento y maltrato. En algunos casos son personalidades de tipo borderline, en otros más neuróticos, con marcados rasgos y conflictos que parecen definir alguna de las series de la histeria. La lista no es exhaustiva, pero, más allá de los patrones que muestran las investigaciones clínicas (y que deberíamos tomar en cuenta), siempre nos encontramos con que hay algo único y particular en cada caso.

c) Sexualidad y abuso sexual

¿Cómo se intrinca el natural y esperable proceso de eroginización con el atentado que irrumpe violentando los límites corporales y conlleva el arrasamiento psíquico?

En primer lugar, hay que situar la etapa: no es lo mismo la primera infancia, que el abuso en el o la adolescente. No es lo mismo un episodio de violación que la repetición constante, aunque siempre sean hechos traumatizantes.⁵ En la situación que Laplanche nombra como “situación antropológica fundamental” la cría humana está desde que llega al mundo, intentando responderse y procurando significar todo lo que le viene de fuera (y de adentro...) Entre tanto ruido: la sexualidad del otro. Nacemos “sexuados” pero no sexuales. El niño/a: se confronta con una sexualidad ante la cual no tiene la respuesta adecuada, entre otras razones ahí radica su prematuridad. Es una

⁵Por razones de espacio, no me detendré en cómo el concepto de trauma psíquico se ha ido modificando y complejizando en la teoría psicoanalítica, desde Freud hasta nuestros días.

sexualidad opaca para quien la implanta (porque es inconsciente) y enigmática para quien la recibe. Por eso es traumática. La sexualidad infantil no surge de manera endógena, hay otro que la introduce a través de mensajes, mensaje verbales y no verbales, que se cuelan y se implantan (Laplanche, 1989, 2007)

Así, cuando los niños/as fueron abusadas/os no contaban con las posibilidades de darle significación a la experiencia y no había palabras para traducir e inscribir en el psiquismo las marcas en el cuerpo en esas zonas de intercambio, punto de focalización de los cuidados de la madre /el padre, (Laplanche, 1989). Siempre se trata de traducir y autoteorizar luego (hacer teoría, darle un sentido, buscar un significado) eso que viene del otro/s. Pero acunar y bañar amorosamente y de paso y sin saberlo, implantar sexualidad, no es lo mismo que toquetear, mostrar y al límite, violar.

Entonces, me parece importante ir investigando cómo lo pulsional (los deseos sexuales infantiles) se han ido particularizando y en cada caso, cómo se han ido diversificando y articulando con las necesidades de apego. Cómo y cuáles las defensas que el yo (en muchos casos inmaduro) ha podido poner en marcha para evitar la angustia y/ o el efecto de los estímulos agresivos. Cómo se ha ido entretejiendo el proceso de sexuación con la construcción psíquica del género.

Conclusiones

La verdad histórica, el trauma sexual real sufrido por niñas y niños por parte de los adultos ocupa un lugar importante en la consulta actual. No tenemos evidencia de que haya más abusos (escenas de seducción, Freud dixit) que un siglo atrás, sí sabemos que la violencia sexual, el ASI, el maltrato de todo tipo sostenido en asimetrías de poder no cuenta con la indiferencia y/o la complicidad de la sociedad.

Los efectos que el atentado sexual en la infancia deja en la subjetividad de quienes lo han padecido, han sido ampliamente descriptos por la psicología y la psiquiatría: trastornos depresivos y bipolares; síntomas y trastornos de ansiedad, destacando por su elevada frecuencia el trastorno por estrés postraumático; el trastorno límite de la personalidad; las conductas auto-destructivas (negligencia en las obligaciones, conductas de riesgo, ausencia de autoprotección, entre otras); las conductas autolesivas; ideas suicidas e intentos de suicidio.

Pero estas son configuraciones que no tienen una única matriz generativa. Y es en este punto cuando la teoría y la clínica psicoanalítica pueden hacer un aporte sustantivo tanto a la comprensión del fenómeno (las marcas) como a las formas de intervención y abordaje. Los psicoanalistas hemos aprendido que hay que escuchar sin juzgar, que no tenemos que tomar partido, que hay tantas verdades como versiones y que en algún punto todas son válidas. Pero estos fenómenos (como otros) nos han obligado a poner bajo caución ciertas reglas que parecían *sacro sanctas*. Por ejemplo, ¿hasta dónde es posible sostener la neutralidad. Pero ¿cuáles son los peligros? La pérdida de distancia óptima para poder escuchar o en el otro polo, la distancia extrema como defensa reactiva o el peligro de preguntar más por "saber",

motivado más por la curiosidad infantil pulsional propia, que por conocer y facilitar que se despliegue el relato con los tiempos que el paciente precisa. Pero también nos encontramos frente a otro riesgo: si no se pregunta se puede mantener el silencio y el ocultamiento sobre el hecho y el silencio y el ocultamiento mantienen y cronifican el daño. Definir nuestra posición, es una cuestión ética.

Bibliografía

- Bleichmar, H. (2005) "Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo" en *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*. N° 021 [online] www.aperturas.org
- Bleichmar, H. (1998) *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, S. (2014) *Las teorías sexuales en psicoanálisis. Qué permanece de ellas en la práctica actual*. Buenos Aires, Paidós.
- Bleichmar, S. (2000) "Traumatismo y simbolización: los modos del sufrimiento infantil", Seminario Año 2000. Disponible en http://www.silvialeichmar.com/sem_clases/semi2000.htm
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2007) *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*, Oxford: University Press.
- Calvi, B. (2006) *Abuso sexual en la infancia. Efectos psíquicos*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Díaz- Benjumea, M^aD (2011) "Mecanismos psíquicos implicados en la tolerancia de las mujeres al maltrato. Un enfoque de subtipos de mujeres maltratadas" en *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis* n° 037 [online]. www.aperturas.org
- Díaz Curiel, J. (2001) "Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad" en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. n.78 [citado 2016-03-30], pp. 51-7 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000200004&lng=es&nrm=iso.
- Dio Bleichmar, E. (2000) "Anorexia- Bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular Transformacional", en *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*. N°4. [online] www.aperturas.org
- Echeburúa, E.; De Corral, P. (2006) "Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia". En: *Cuaderno de Medicina Forense*, 2006, 12, p.76.
- Ferenczi, S. (1932) (1984) "La confusión de lenguas entre los adultos y el niño". En: *Psicoanálisis*, Madrid: Espasa-Calpe.
- Flitter, J. M. K., Elhai, J. D. y Gold, S. N. (2003). "MMPI- 2 F Scale elevations in adult victims of child sexual abuse". En: *Journal of Traumatic Stress*, 16 (3), 269-274,
- Fonagy, P. (2000). *Apegos patológicos y acción terapéutica*. *Aperturas psicoanalíticas: Revista Internacional de psicoanálisis*, (4), 4. [online]. www.aperturas.org
- García, S. (2010) *Comunicación personal*
- Green AH. (1997) "The impact of Physical, Sexual and Emotional Abuse" En: Noshpitz JD. *Handbook of Children and Adolescent Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons; pp. 202-212.
- Laplanche, J. (1987/ 1989) *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. La seducción originaria*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Laplanche, J. (2007) "Sexualité et attachement" En *Sexual. La sexualité élargie à Freud*. 2000 -2006. Paris. Quadrige/Puf
- Levine, H. (Ed) (1990. 2da. Reimpresión 2012) *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse*. New York. Routledge
- Mebarak, M. R., Martínez, M. L., Sánchez Herrera, A. E., & Lozano, J. E. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*.
- Pereda Beltrán, N. (2010) "Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil" en *Papeles del Psicólogo*, vol. 31, núm. 2, mayo-agosto, pp. 191-201. [online] <http://www.cop.es/papeles>
- Tysebaert, E. Pascale, R. (2002) "La sexualité infantile mise sous séquestre", en *Revue Française de Psychanalyse*, V. 66, n° 3. P. 935-953. Presses Universitaires de France (PUF)
- Sarasúa, B.; Zubizarreta, I.; Corral, P. de y Echeburúa, E. "Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo". *Anal. Psicol.* [online]. 2013, vol.29, n.1 [citado 2016-03-30], pp. 29-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0212- 9728. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>.
- Viñar, M. (2006) "A propósito de recordar, repetir y elaborar. Una fenomenología de la memoria, en clave freudiana." Trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica de Córdoba (Arg.) Inédito.
- Vitriol, G. (2005). "Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil." En *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 83-87.