



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

Facultad de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de
Derecho y Facultad de Medicina.

Maestría en Derechos de la Infancia y Políticas Públicas

TESIS FINAL

Cohorte 2009

**El amparo en centros residenciales: la respuesta de protección
a las situaciones de abuso sexual en la primera infancia.**

Maestranda: Lic. T.S. Alejandra Saravia

Tutor: Prof. Adj. Dr. Daniel Fagundez D'Anello

Índice

Agradecimientos	3
Resumen	4
Introducción	5
1. Diseño de la investigación	7
1.1. Problema.....	7
1.2. Hipótesis, preguntas orientadoras y objetivos	10
2. El método de investigación	11
2.1. Técnica de investigación	12
2.2. Informantes calificados.....	12
2.2. Consideraciones éticas	14
3. Mapeo de antecedentes	15
4. Aproximación al problema de investigación	18
4.1. Violencia sexual infantil	18
4.2. Niños y niñas internados en hogares residenciales de amparo 24 h	21
4.3. Normativa nacional e internacional que regula la respuesta de protección.....	22
4.3.1. La Ley N.º 19.747	23
5. Fundamentación conceptual del problema.....	25
5.1. Definiciones y conceptualización	25
5.2. Dinámicas y relaciones en el abuso sexual	28
5.3. El abuso sexual en las familias y grupos de convivencia.....	30
5.4. La conceptualización del daño desde el enfoque de la psicotraumatología.....	31
5.5. La instalación del trauma en los seres humanos y su sintomatología.....	34
5.6. El trauma infantil.....	36
5.7. Apego.....	37
5.8. Trauma complejo del desarrollo	39
5.9. Contención y reparación de situaciones traumáticas en niños y niñas	41

6. Análisis de resultados	44
6.1. Procedimiento del sistema de protección en la respuesta a situaciones de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual	44
6.2. Aportes teóricos y conceptuales de la psicotraumatología al campo del abuso sexual infantil	47
6.3. Aportes teóricos y conceptuales del campo de la psicotraumatología: internaciones prolongadas en centros residenciales	50
6.4. Características emocionales y fisiológicas de los niños y niñas que han vivido situaciones de abuso sexual	51
6.5. Características de la respuesta brindada por los hogares residenciales 24 horas en cuanto al acceso a los derechos establecidos en la Ley N.º 19.747	53
6.6. Información complementaria	54
7. Hallazgos teóricos y empíricos que aportan a la discusión	60
7.1. La respuesta del sistema de protección a situaciones de violencia sexual infantil	60
7.2. El daño en las situaciones de abuso sexual infantil	62
7.3. El daño en las situaciones de internación prolongada	66
8. Consideraciones finales	69
Referencias Bibliográficas	73
Anexos	77
Anexo 1: Ley N.º 19.747.....	77
Anexo 2: Pautas de entrevista.....	89

Agradecimientos

Agradezco a quienes me acompañaron en este proceso. Empiezo por las niñas y niños que conocí y traté de ayudar desde mi rol de trabajadora social en el sistema de protección 24 horas de INAU. Por todo lo que espontáneamente compartieron conmigo y todo lo que me enseñaron sobre cómo insistir y resistir en las condiciones más adversas que la vida azarosamente les dió. Por sus sonrisas y sus abrazos. A tres personas que me convocaron a conocer y proponer desde una disciplina que da sentido a “todo lo que no está bien”: la psicotraumatología. Ellas son Sandra Baita, Paula Moreno y Magdalena García. A todas y todos los que día a día ponen el cuerpo, el conocimiento y la emoción para acompañar a estas niñas y niños en el difícil recorrido de amparo residencial. Agradezco especialmente a quienes gentilmente me brindaron horas de su día para responder las preguntas de esta tesis. A mi tutor, Daniel Fagundez, por su paciencia frente al paso del tiempo, pero especialmente por sus aportes conceptuales y metodológicos. A Nicolas Berasain por su sofisticada pluma en la edición de estilo. A mis hijos Juana y Salvador, este logro es para ellos también.

Resumen

Esta tesis de maestría pretende generar insumos para conocer las características de la respuesta del sistema de protección a las situaciones de abuso sexual en niños y niñas de la primera infancia, cuando la medida adoptada por la justicia es el amparo en un centro residencial del INAU. Se presenta el marco normativo que regula esta respuesta (Ley N.º 19.747) para revisar el contexto y las condiciones en las que se implementa. En forma concomitante, se presenta el marco teórico sugerido por la psicotraumatología para integrarlo al análisis de las necesidades emocionales de niños y niñas que vivieron abuso sexual y se encuentran alojados en centros residenciales.

Palabras clave: abuso sexual infantil, sistema de protección 24 hs, respuesta institucional, marco normativo

Introducción

La violencia sexual es una de las vulneraciones más graves a los derechos de niños y niñas. En Uruguay, cuando se detecta una situación de violencia infantil, el sistema de protección a la infancia está exhortado a articular con la justicia —en forma urgente— a efectos de interrumpir la situación de violencia y de imponer medidas que garanticen la seguridad del niño o niña. Una de las medidas de protección que la justicia puede adoptar es la internación por amparo en un centro del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU).

Siguiendo los estándares internacionales en materia de protección de los derechos de los niños¹, la internación en un hogar residencial es la última medida a tomar, es decir, cuando todas las demás medidas posibles no garantizan la debida protección del niño o niña. Si esta fuera la única opción posible, la internación debe ser reparatoria y debe estar basada en su interés superior.

El hogar de amparo o centro residencial que recibe al niño o niña debe estar preparado para brindarle protección, evitando que la situación que dio lugar a la internación se repita, pero también debe desplegar los recursos necesarios para su recuperación física y emocional. La internación debe ser una medida de carácter transitorio, aplicada por el menor tiempo posible y hasta tanto la niña o el niño pueda ser reintegrado a su familia o a otra familia de alternativa².

En el año 2019 el parlamento uruguayo finalmente aprueba la Ley N.º 19.747, que modifica el Código de la Niñez y la Adolescencia en los artículos que regulan los procedimientos judiciales y administrativos en las situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, entre ellas las de violencia sexual y las de privación del cuidado familiar. Conocer las condiciones en las que se implementa esta norma y cuáles son las necesidades de los niños y niñas que están atravesados por estas dos situaciones es el desafío en el que está embarcada esta tesis de maestría.

Para ello, la investigación toma insumos del enfoque conceptual propuesto por la psicotraumatología con el fin de comprender los efectos que produce el abuso sexual en niños y niñas pequeños, en el marco de las internaciones por amparo en centros residenciales. La psicotraumatología como disciplina permite visualizar y comprender las manifestaciones del daño producto del abuso sexual, a la vez que facilita la

¹ Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, directrices de NNUU sobre el cuidado alternativo.

² Ver Anexo I.

identificación de los componentes necesarios para elaborar una respuesta que apunte a su reparación.

Los primeros dos capítulos plantean la estructura y metodología de la tesis. En el primer capítulo se presenta el diseño de la investigación: el problema de investigación, los objetivos y preguntas orientadoras. El objetivo general de esta investigación es el de revisar la respuesta del sistema de protección a las situaciones de abuso sexual de niños y niñas —desde los derechos establecidos en la ley 19.747 y el marco teórico sugerido por la psicotraumatología— cuando la medida adoptada es la internación por amparo en un centro residencial del INAU. En el segundo capítulo se presenta el método de investigación y se describen sus características a efectos de dar cuenta de la pertinencia de esta elección. Además, se describe la técnica de investigación seleccionada y se presenta a los informantes calificados.

El tercer capítulo presenta un mapeo de antecedentes exploratorios en cuanto al tema de investigación de esta tesis. Realiza un breve recorrido por éstas dando cuenta de las particularidades del estado del arte en este tema.

El cuarto y quinto capítulo aportan insumos sobre el tema de investigación. El cuarto realiza una aproximación al estado de situación del problema de investigación y, particularmente, de las dimensiones que lo integran: la violencia sexual infantil, la institucionalización de niños y niñas por amparo judicial en hogares residenciales y la normativa que regula la respuesta de protección. El quinto capítulo presenta una fundamentación conceptual sobre categorías que acompañan esta investigación, a saber: violencia sexual infantil, daño, lo traumático, el apego y la definición de trauma complejo del desarrollo.

El sexto y séptimo capítulo refieren concretamente a los resultados de la investigación e intentan responder las preguntas orientadoras de la tesis. En el sexto se presentan los resultados del trabajo de campo ordenados en función de estas preguntas, mientras que el séptimo presenta nuevos hallazgos teóricos y empíricos que aportan a la discusión. Por último, se cierra el proceso de investigación con el capítulo de conclusiones.

1. Diseño de la investigación

1.1. Problema

El problema de investigación de esta tesis es el amparo como respuesta de protección a niños y niñas que han vivido situaciones de abuso sexual intrafamiliar. Refiere concretamente al amparo —o internación— de niños y niñas en hogares residenciales de 24 horas, y no incluye a los niños y niñas que son integrados a familias en calidad de cuidado transitorio. Esta limitante está dada por las características particulares que supone la internación de un niño o niña en un centro residencial.

La investigación intenta describir este tipo de respuesta en los hogares residenciales cuya población está integrada por niños y niñas pertenecientes a la primera infancia, es decir, niños y niñas de 0 a 6 años de edad.

La primera infancia es un período de la vida que abarca desde el nacimiento a los seis años y que comprende dos ciclos con similitudes y especificidades. El primero de ellos se extiende desde el nacimiento a los 36 meses y el segundo desde los 3 a los 6 años de edad. La unicidad de la etapa se manifiesta en los aspectos que están presentes en ambos ciclos: los afectos, el cuerpo, el juego, las sensaciones, los gestos, la imaginación, la creatividad, la expresión, la acción, la simbolización, la representación y las palabras. (OPP, 2014, p. 8)

Las condiciones que se generan en las instituciones residenciales en la vida cotidiana, especialmente en la capacidad de desarrollar un vínculo de apego, son sustantivamente diferentes a las que pueden generarse en un entorno de convivencia familiar, como en el caso de las familias de acogida³.

Para los NNA es importante el cuidado afectivo por parte de un adulto estable y permanente, aspecto que sólo se proporciona en entornos familiares, que podrían promoverse en la institución (Gómez y Berástegui, 2009), sin embargo no se logra suplir en el medio institucional por las condiciones estructurales y funcionales que presenta, como el cambio recurrente de cuidador, tener varias figuras de autoridad, los escasos espacios de socialización e interacción que tienden a limitarse al entorno institucional, la interacción con grupo de pares con historias y dinámicas relacionales más complejas que las propias que incrementa

³ Es el cuidado transitorio a un niño o niña mientras esté privado de la convivencia con sus referentes principales. En Uruguay, la institución que lo gestiona es el INAU, bajo la modalidad del Programa de Acogimiento Familiar.

la posibilidad de mantener relaciones distantes o conflictivas. (Valbuena, C., Saldarriaga, J., s. f., p. 30)

Asimismo, la población que hace al universo de esta tesis refiere a niños y niñas de hasta 6 años de edad que ingresan a INAU por razón de una situación de violencia sexual, y no a quienes ingresan por otro motivo.

El amparo —ingreso al sistema de protección 24 horas— es una medida de protección aplicada a los niños, niñas y adolescentes con derechos vulnerados adoptada —o avalada— por el sistema de justicia. Esto es así cuando no existe otra medida alternativa a la internación que pueda garantizar su seguridad.

Los protocolos de actuación de las instituciones que conforman el sistema de protección a la infancia establecen que las situaciones de abuso sexual a niños y niñas son consideradas de nivel de riesgo alto, pudiendo diferenciar las que son graves de las que son urgentes y, en función de ello, desplegar la respuesta de protección.

En las situaciones de violencia sexual —consideradas siempre de riesgo alto—, las acciones a seguir deben distinguir entre lo grave y lo urgente: Grave. Siempre son situaciones en las que el agresor no tiene acceso al niño, niña o adolescente. Puede ser una situación que se haya dado de forma crónica y haya generado un daño grave al niño, niña o adolescente, pero en la que el tiempo transcurrido entre el episodio y la detección no permite encontrar evidencia física que aporte para resolver la situación en el ámbito de la justicia ni exige una atención inmediata de salud. En estos casos es posible tomarse un tiempo para elaborar una estrategia que habilite escenarios de mayor protección y de reparación del daño. Urgente. Son situaciones en las cuales la violencia sexual ha ocurrido recientemente (con independencia de su cronicidad) y/o situaciones en las que el agresor tiene acceso al niño. Estos casos requieren acciones inmediatas que busquen, en primer lugar, la protección del niño, niña o adolescente. (SIPIAV, 2021, p. 31)

En la mayoría de los casos, las situaciones de abuso sexual son detectadas cuando el niño o la niña empieza a recorrer espacios de socialización distintos al de su familia de origen: centro de educación para la primera infancia, clubes deportivos, casas de otros familiares y/o de personas allegadas al grupo familiar, etc. Es en esta circulación que otros agentes (maestros, educadores, familiares, etc.) pueden identificar signos y síntomas que alertan sobre una probable situación de abuso sexual.

Cuando de la valoración de riesgo realizada por la o las instituciones que intervienen, surge la necesidad de tomar medidas de protección para interrumpir la situación de

violencia y poner a salvo al niño o niña, la situación será trasladada a la justicia. El juez o jueza podrá disponer medidas de protección que surgen principalmente de la Ley N.º 19.747 (ver Anexo I), a saber:

- Prohibición al presunto agresor o abusador de comunicarse, relacionarse, entrevistarse u otra conducta de acercamiento con la presunta víctima o denunciante del hecho.
- Otorgar la tenencia provisoria de la niña, niño o adolescente a familiares cercanos o a otras personas con quienes mantenga vínculos positivos.
- Decretar provisoriamente alimentos respecto a quienes estén obligados a ello.
- Disponer el retiro de la persona denunciada de la residencia común, si la hubiere.
- Derivación a INAU, quien ofrecerá al Juez, a través de sus equipos técnicos, las distintas posibilidades de protección provisoria para la niña, niño o adolescente. (Ley N.º 19.747 de 2019. Modificación del capítulo XI de la Ley 17.823, Código de la Niñez y la adolescencia. 3 de junio de 2019. D. O. N.º 30.201. Art. 120)

Específicamente en situaciones de violencia sexual, la ley establece que todos los operadores de las instituciones intervinientes deberán asegurar la protección de la integridad tanto física como psíquica de los niños y niñas que son víctimas de este tipo de violencia. Para ello, deberán tomar las medidas que correspondan, dando lugar, adicionalmente, a la protección de su intimidad y privacidad (Ley N.º 19.747, Art. 121).

En forma complementaria, respecto a las necesidades de los niños y niñas que han sido vulnerados en sus derechos, la ley establece:

- La reparación integral del daño, disponiéndose, a través de los organismos competentes en cada caso, medidas y acciones para la restitución de los derechos vulnerados, que deberán comprender, como mínimo, la atención y el restablecimiento de su salud psicofísica. Al tratamiento ambulatorio, médico, psiquiátrico o psicológico en instituciones públicas o privadas del sector salud. Los referidos servicios deberán asegurarles, como mínimo, los tratamientos médicos necesarios para revertir las secuelas físicas si las hubiera, intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos y eventualmente también para su familia o entorno protector, tendientes a la reparación de los daños causados y al restablecimiento de sus derechos vulnerados. (Art. 118, literal H; Art. 120.4, literal C y H; Art. 129)

- La inclusión de la niña, niño o adolescente en el sistema educativo, y en otros espacios de recreación. (Art. 120.4, literal A y B ; Art. 120.8, literal D)
- A mantener los vínculos familiares mientras dure la internación en particular, se propiciará la no separación de los hermanos. En caso de imposibilidad, se garantizará el contacto fluido entre ellos. (Art.120.8, literal C)

1.2. Hipótesis, preguntas orientadoras y objetivos

La hipótesis que subyace en esta investigación se basa en que en las situaciones de abuso sexual el amparo como medida de protección, especialmente cuando este se brinda en una institución residencial, no garantiza el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas establecidos en la Ley N.º 19.747.

Las preguntas orientadoras son las siguientes:

1. ¿Cómo se implementa la respuesta del sistema de protección cuando un niño o niña vivió una situación de abuso sexual?
2. ¿Cuáles son los sustentos teóricos y conceptuales provenientes del campo de la psicotraumatología que aportan a este estudio?
3. ¿Cómo se caracteriza a la población infantil que ha vivido abuso sexual, especialmente respecto a sus necesidades emocionales y fisiológicas?
4. Siguiendo lo establecido en la Ley N.º 19.747, ¿en qué medida la respuesta de protección por amparo garantiza el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas que han sufrido abuso sexual?

El objetivo general es entonces revisar la respuesta del sistema de protección a las situaciones de abuso sexual de niños y niñas —desde los derechos establecidos en la ley 19.747 y el marco teórico sugerido por la psicotraumatología— cuando la medida adoptada por la justicia es la internación en un centro residencial del INAU.

Los objetivos específicos son:

1. Conocer el procedimiento que el sistema de protección realiza para dar respuesta a situaciones de niños y niñas que vivieron abuso sexual.
2. Identificar las características emocionales y fisiológicas de los niños y niñas que vivieron situaciones de abuso sexual, desde el enfoque de la psicotraumatología.
3. Describir la respuesta que brindan los residenciales de 24 horas en cuanto al acceso a los derechos establecidos en la Ley N.º 19.747

2. El método de investigación

Esta es una investigación cualitativa, de tipo descriptiva-exploratoria. Es cualitativa en tanto recoge los datos en el contexto natural donde los participantes experimentan el fenómeno de estudio (Batthyány y Cabrera; 2011). Integrará fuentes múltiples de información, como la revisión bibliográfica de información secundaria sobre el tema y la que surge de las entrevistas a distintas categorías de informantes.

Al ser una investigación cualitativa, su método es inductivo, lo que implica que la conceptualización teórica surge de la observación y el análisis de la información relevada. Su diseño es emergente, en el sentido de que goza de flexibilidad, permitiendo modificar tanto las preguntas orientadoras como las técnicas de relevamiento de la información, los participantes o informantes, etc. (Batthyány y Cabrera, 2011).

La información que nutre el contenido de esta tesis está tamizada por el *análisis del discurso*, término acuñado por la psicología social y uno de los principales métodos de los que se sirve la investigación social. Las prácticas discursivas son el puente entre el conocimiento y la experiencia de sus narradores.

Los discursos no son ideas abstractas, maneras de decir que poseen una existencia con independencia del mundo real. Precisamente, lo que ocurre con los discursos es todo lo contrario: los discursos están íntimamente relacionados con el funcionamiento de la sociedad. (Batthyány y Cabrera, 2011, p. 114)

Los estudios descriptivos son utilizados para caracterizar o armar tipologías de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno, según sus propiedades más relevantes (Batthyány y Cabrera, 2011). Se valen de las interpretaciones que el investigador hace sobre la información que emerge de los discursos y narraciones. Autores como Potter y Wetherhell (1987), como se citó en Garay, Iñiguez, Martínez (2005), explican el proceso que acompaña la interpretación y análisis de resultados de una investigación social.

Los repertorios interpretativos han sido uno de los recursos utilizados para llevar a cabo investigaciones dentro del campo discursivo. Los/as analistas que utilizan los repertorios intentan identificar patrones recurrentes en las formas de construir los acontecimientos o los fenómenos. Los repertorios, por tanto, se entienden como formas más o menos coherentes de hablar sobre los objetos y los acontecimientos en un momento socio-histórico. (Garay et al., 2005, p. 118)

Por su parte, los estudios de naturaleza exploratoria son los sugeridos para examinar un tema de investigación del que prácticamente no existen antecedentes de investigaciones previas (Batthyány y Cabrera, 2011).

Siguiendo el enfoque desplegado en este apartado, esta tesis pretende caracterizar la población infantil que ha sufrido situaciones de abuso sexual intrafamiliar —desde la psicotraumatología— y aproximar al lector a una identificación de los componentes de la respuesta de protección, desde lo estipulado en la Ley N.º 19.747.

La información disponible respecto al tema de este trabajo da cuenta de la existencia de algunos aspectos vinculantes en mayor medida que otros (las causas, las condiciones y los efectos de la internación prolongada), así como de las necesidades emocionales de niños y niñas que han vivido abuso sexual. Sin embargo, es en menor medida que encontramos información que permita describir la caracterización de la respuesta que brinda el sistema de protección 24 horas a estas necesidades.

2.1. Técnica de investigación

Además del relevamiento bibliográfico de fuentes secundarias, en simultáneo se relevó información a partir de la aplicación de entrevistas semiestructuradas a informantes calificados. Este tipo de técnica, como la entrevista en general, es conversacional, en el sentido de que genera en la persona entrevistada un discurso narrativo y lineal sobre una temática en particular a través de la orientación y guía de la de la persona que entrevista (Batthyány y Cabrera; 2011). En particular, la característica de semiestructurada refiere a la dinámica flexible que se genera en el intercambio a partir de temas específicos propuestos por el entrevistador, dando la posibilidad de profundizar en determinados aspectos que resulten de interés.

2.2. Informantes calificados

Los informantes que aportan insumos para esta tesis son técnicos y profesionales con vasta experiencia en el abordaje y, concretamente, en la atención de niños, niñas y adolescentes que viven o han vivido episodios de violencia.

Estas personas cumplen un rol fundamental en una investigación como conocedores expertos del tema que se pretende investigar. Se encuentran en un lugar privilegiado y poseen información que puede ser de utilidad para contextualizar el fenómeno a estudiar y nos pueden acercar al ámbito en el que se producen los hechos. (Batthyány y Cabrera, 2011, p. 90)

Si bien ninguna de las personas entrevistadas aporta información a esta investigación en el marco de su desempeño institucional, se optó por mantener su anonimato, a efectos de proteger su identidad y evitar cualquier potencial efecto no deseado. Todos fueron consultados debidamente sobre la pertinencia de la entrevista y los fines de la

información que aportaron, autorizando la totalidad de participantes a que la información sea integrada al trabajo.

- Profesionales técnicos: se seleccionaron técnicos especializados en atención directa a niños y niñas que vivieron situaciones de abuso sexual de las instituciones que integran el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia (SIPIAV).
- Profesionales técnicos con conocimiento reconocido en psicotraumatología.
- Directores y técnicos de servicios residenciales 24 h para niños y niñas pequeños.

A continuación, se presenta una tabla con la pauta de entrevista, en función del perfil de profesionales entrevistados.

Informantes calificados		Perfil
Entrevistada 1		Directora centro residencial
Entrevistada 2	Pauta de entrevista 1	Técnica especializada OSC
Entrevistada 3	(Ver Anexo 2)	Técnica especializada OSC
Entrevistada 4		Técnica especializada OSC
Entrevistada 5		Especialista en psicotrauma
Entrevistada 6	Pauta de entrevista 2	Especialista en psicotrauma
Entrevistada 7	(Ver Anexo 2)	Especialista en psicotrauma
Entrevistada 8		Especialista en psicotrauma

2.2. Consideraciones éticas

Esta investigación está enmarcada en las consideraciones éticas de la bioética: beneficencia, autonomía y justicia. Los técnicos y profesionales entrevistados fueron debidamente informados de los objetivos y el alcance de la investigación, y contaron con la pauta de entrevista previo a su desarrollo. Todos autorizaron la grabación de la entrevista y la publicación de los resultados.

3. Mapeo de antecedentes

La investigación producida a nivel nacional sobre el amparo como respuesta para la protección a la infancia y la adolescencia es escasa. Algunos resultados se encuentran disponibles en artículos de revistas académicas o en libros que sintetizan investigaciones y sistematizaciones producidas por organizaciones sociales, instituciones gubernamentales y académicas.

La información que surge de éstas refiere a los motivos por los cuales la justicia optó por el amparo como medida de protección frente a una situación de violencia; a las condiciones del amparo en centros residenciales y; por último, a los efectos de la internación en el desarrollo infantil.

La especificidad del tema de investigación de esta tesis encuentra dificultades para identificar antecedentes exploratorios que coincidan con los objetivos que se plantea, a saber: (i) el procedimiento que el sistema de protección realiza para dar respuesta a situaciones de niños y niñas que vivieron abuso sexual; (ii) las características emocionales de los niños y niñas que vivieron situaciones de abuso sexual, desde el enfoque de la psicotraumatología, y; (iii) la respuesta que brindan los residenciales de 24 horas en cuanto al acceso a los derechos establecidos en la Ley N.º 19.747.

Respecto a los motivos que determinaron la adopción de la medida de protección, un relevamiento proveniente de expedientes judiciales -realizado en el año 2013- refiere al maltrato (intrafamiliar) como principal causa de la internación, seguida por la vulneración de derechos vinculados a situaciones de pobreza o indigencia. A ellas le siguen el abuso sexual infantil y referentes adultos responsables denunciados como inhábiles, entre otras. (UNICEF, 2013).

Vinculadas a las causas de la internación, el Servicio Paz y Justicia, SERPAJ, menciona en un artículo de su revista del año 2017, características que son comunes en los grupos familiares de los niños, niñas y adolescentes que residen en el sistema de protección en tiempo completo. Entre éstas figuran: la pobreza crónica intergeneracional, la ausencia de redes familiares y sociales de sostén, la escasa circulación social, el acceso a servicios únicamente en formato de prestación asistencial, problemas de salud mental y el consumo problemático de sustancias (Domínguez y Silva, 2017)

De los antecedentes vinculados a las condiciones del amparo, se destaca una investigación que pone luz a las prácticas de cuidado en el sistema de protección de tiempo completo (Montes, 2019). Entre sus hallazgos logra visibilizar las concepciones del cuidado que tienen los y las trabajadores respecto a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes que ingresan a los centros. Refiere a que tanto las concepciones como las prácticas de cuidado son múltiples y varían de un centro residencial a otro en función de su dirección o coordinación y el perfil de los cuidadores que lo integran. A su vez, quienes imparten el cuidado jerarquizan aquellas prácticas vinculadas a lo básico (como comer, dormir e higienizarse) por sobre aquellas vinculadas a lo afectivo-emocional. La investigación concluye que existen dificultades en la institución para identificar y satisfacer las necesidades individuales, -relativas a lo afectivo y a lo emocional, por sobre las necesidades colectivas, -básicas para la supervivencia.

Otra investigación que versa sobre las prácticas de los centros residenciales de protección a la infancia en Uruguay es la investigación realizada en el marco de la tesis doctoral de Carmen Rodríguez. Lo insostenible en las instituciones de protección (Rodríguez, 2016) -nombre del libro que surge de esta tesis- releva la información de legajos de niños y niñas que al momento de tesis ya eran adolescentes y, posteriormente, entrevista a estas personas siendo adultas. Este estudio de caso cuestiona las prácticas que las personas adultas desempeñan en forma cotidiana para el cuidado de los niños y niñas internados en el sistema de protección.

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura que funciona en el ámbito de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo viene aportando información sistematizada sobre las condiciones del sistema de protección 24 hs, desde su creación en el año 2004. Entre otras competencias, este mecanismo desarrolla las siguientes líneas de acción: efectuar visitas de monitoreo no anunciadas a centros de privación de libertad; diseñar herramientas de análisis para cada uno de los ámbitos de encierro que monitorea, y elaborar informes para comunicar las constataciones realizadas. El X Informe de Anual de este mecanismo -publicado en el año 2024-, entre sus hallazgos refiere a la persistencia de importantes déficits en materia de atención en la salud mental, el cual se expresa en demoras en el acceso a la atención en los prestadores, particularmente ASSE (INDH, 2024).

En forma concomitante, un informe sobre institucionalización y salud mental de niños, niñas y adolescentes de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDH, 2021) destaca la necesidad de una transformación de la organización institucional en el abordaje de la salud mental específicamente de niños, niñas y

adolescentes. Refiere a la existencia de una fragmentación de los dispositivos de atención y a la existencia de programas y servicios puntuales que no coordinan con la institucionalidad.

Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño en Uruguay elaboró un informe diagnóstico sobre violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes (ANONG / CDNU, 2021), enfocado específicamente en la respuesta que brinda el estado a estas situaciones. Los resultados de este informe dan cuenta de la deficiencia en la respuesta del sistema de protección a la problemática, en relación especialmente con los siguientes aspectos: (i) ausencia de presupuesto, disponibilidad de recursos y accesibilidad equitativa en todo el territorio nacional; (ii) ausencia de un sistema de registro integrado para infancias y adolescencias; (iii) niños, niñas y adolescentes que no son escuchados, ni participan de los procesos; (iv) y; falta de formación en todas las instituciones públicas y sensibilización de la población en general.

En el marco de esta tesis interesa particularmente destacar aquellas investigaciones que hacen alusión a su sustento teórico y/o que surgieron con similares preguntas orientadoras: la exposición a traumas interpersonales en la infancia y su vínculo con el amparo en centros residenciales. Una investigación de la Universidad Nacional de Colombia sobre el desarrollo socio-emocional en niños, niñas y adolescentes institucionalizados con Trastorno Traumático durante el Desarrollo (Sarmiento, 2018), da cuenta que la exposición crónica a situaciones adversas en el grupo de convivencia familiar durante la primera infancia inevitablemente conlleva a importantes consecuencias en el desarrollo. Afirma, asimismo, que estas consecuencias se profundizan cuando la respuesta de protección termina siendo la internación.

4. Aproximación al problema de investigación

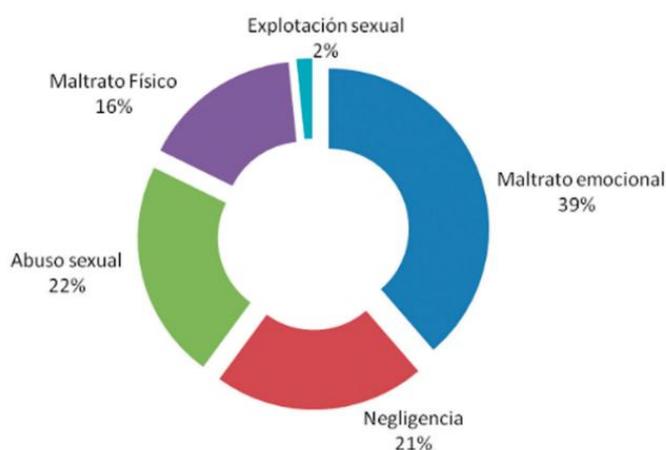
4.1. Violencia sexual infantil

Según un estudio de la OPS y UNICEF referente a la violencia hacia la infancia en el mundo (Inspire), casi una de cada cinco niñas sufre violencia sexual (OPS-UNICEF, 2017). Esta proporción es similar a la que afirma la OMS en sus *Directrices clínicas para la atención de la violencia sexual de niños, niñas y adolescentes*, que expresan que la prevalencia de la violencia sexual infantil en todo el mundo es del 20 % en las niñas y del 8 % en los niños (OMS, 2017).

En Uruguay, los datos que describen el fenómeno de la violencia sexual hacia la infancia son fragmentados y refieren únicamente a aquellas situaciones que fueron denunciadas o que están siendo atendidas por instituciones del sistema de protección (UNICEF, 2017). Pese a ello, con la información disponible es posible generar aseveraciones para ilustrar el comportamiento de este problema en el país.

Del total de situaciones de violencia infantil detectadas y atendidas por el Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (SIPIAV)⁴, en el año 2023 el 22 % refiere a abusos sexuales. El porcentaje restante (78 %) son situaciones de negligencia (21 %), maltrato físico (16 %), maltrato emocional (39 %) y explotación sexual (2 %).

Gráfico 1: Tipo de situaciones de violencia

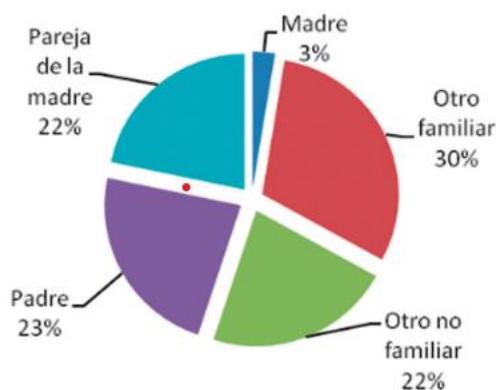


Nota. Informe de Gestión, SIPIAV, 2023.

⁴ Datos provenientes del SIPI de INAU y del registro de situaciones atendidas en los Comités de Recepción Local del SIPIAV.

De manera similar a lo que ocurre en el resto del mundo, en Uruguay la mayoría de las situaciones de violencia sexual ocurre en contextos familiares, siendo las personas agresoras referentes de cuidado y afecto para los niños y niñas. Los datos del SIPIAV refieren que de cada 4 niños, niñas y adolescentes que vivieron violencia sexual, 3 lo hicieron por parte de una persona de su familia, llevándolo a cabo el padre en el 23 % de las situaciones y la pareja de la madre en el 22 % (SIPIAV, 2023).

Gráfico 2: Persona que ejerce abuso sexual

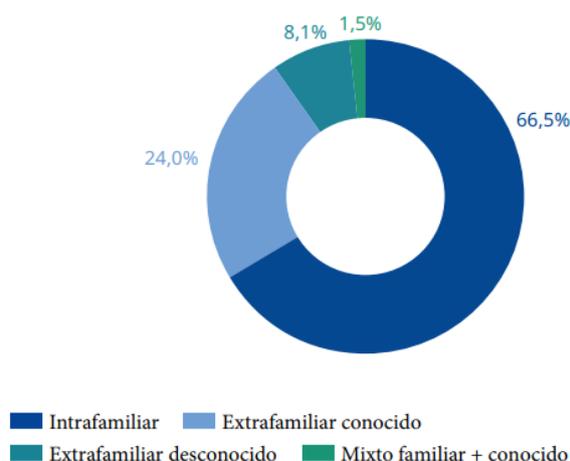


Nota. Informe de Gestión, SIPIAV, 2023.

El estudio⁵ sobre caracterización del abuso infantil que analiza las denuncias recibidas por la Dirección Nacional del Políticas de Género del Ministerio del Interior (Ministerio del Interior, 2024) coincide con las cifras del SIPIAV respecto al actor del hecho. De la agrupación que realiza de las personas agresoras se infiere que la amplia mayoría de las situaciones son llevadas adelante por una persona de referencia familiar del niño o niña.

⁵ Elaboración por parte de la DNPG a partir de datos del SGSP.

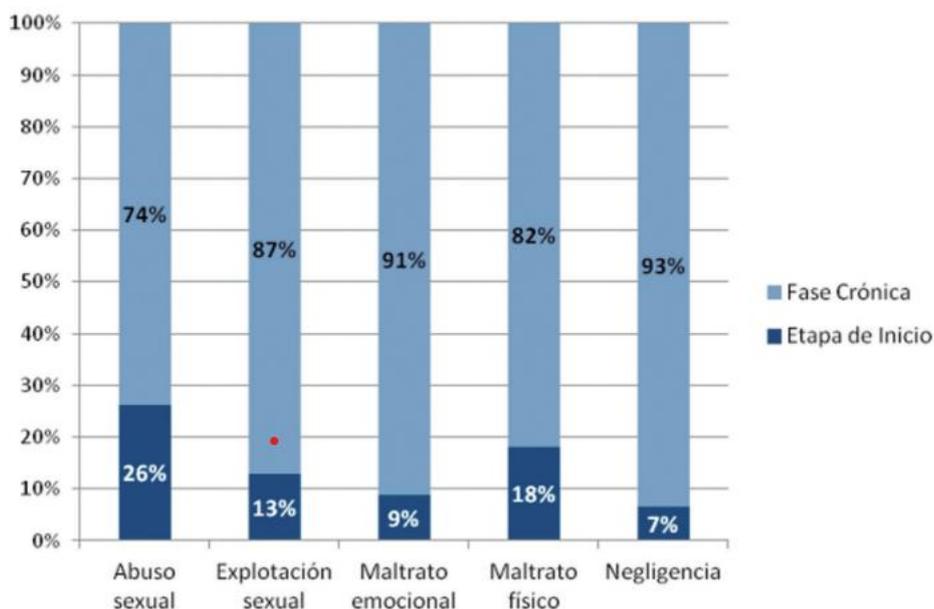
Gráfico 3: Tipo de abuso sexual hacia niños, niñas y adolescentes



Nota. Tipo de abuso sexual hacia niños, niñas y adolescentes [Gráfico], por UNICEF, 2024 (https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=316).

Al igual que en los otros tipos de violencia que pueden vivir los niños y niñas, la gran mayoría de las situaciones de violencia sexual fueron captadas en forma tardía por el sistema de protección. Según el informe de SIPIAV, el 74 %, fue detectada en una fase crónica.

Gráfico 4: Fase de captación por el sistema de protección por tipo de violencia



Nota. Informe de Gestión, SIPIAV, 2023.

Respecto al género de los niños, niñas y adolescentes que vivieron abuso sexual, según los datos relevados en el mismo informe de gestión, el 78% corresponde a niñas o adolescentes mujeres y el 22% son varones, una relación de 4 a 1.

4.2. Niños y niñas internados en hogares residenciales de amparo 24 h

Según el *Estudio de Población y Capacidad de respuesta en Sistema de Protección de 24 horas de INAU* (2021), en el año 2019 se registró un total de 4.665 niños, niñas y adolescentes atendidos en el sistema de protección en la modalidad de atención de tiempo completo. De esa cantidad, el 63 % vive en centros residenciales, es decir, un total de 2.939 niños, niñas o adolescentes, incluidas personas con discapacidad mayores de 18 años.

Los motivos de internación por amparo como medida de protección de los niños, niñas adolescentes en cualquiera de las modalidades de INAU son variados. La mitad (49 %) de las situaciones refiere a una “experiencia de violencia/abuso” como principal motivo de la medida de protección. A esta le sigue “consumo problemático de alcohol y drogas en el referente principal de cuidado” con el 19 % de las situaciones. Otros motivos son “enfermedad o problemas de salud del referente principal de cuidados”, “discapacidad del referente principal de cuidados”, entre otros que no representan cifras significativas.

Gráfico 5: Razones de institucionalización de niños, niñas y adolescentes



Pregunta: Según su conocimiento, ¿cuáles son las principales razones por las que (nombre) tiene una medida de protección? (Respuesta múltiple)

Fuente: cuestionarios individuales de niños, niñas y adolescentes.

Base: total de niños, niñas y adolescentes reportados (4303).

Nota. Estudio de población y de capacidad de respuesta en sistema de protección 24 horas de INAU; INAU, Unicef, 2020.

El mismo estudio refiere que del total de situaciones cuyo motivo de internación fue la “Experiencia de violencia/abuso”, el 13 % corresponde a situaciones de violencia sexual

(11 % abuso sexual y 2 % explotación sexual comercial). Las situaciones de violencia sexual afectan mayormente a niñas y adolescentes mujeres, en comparación con los varones: 1 de cada 5 mujeres atendida por el Sistema de Protección 24 horas vivió este tipo de violencia (Unicef, 2020, p. 82).

El formulario del censo releva información sobre las causas de la internación de niños y niñas. Parte de una pregunta cerrada de opción múltiple, dando la posibilidad de incluir más de una opción. Para el caso quienes han sido internados por amparo a causa de haber vivido abuso sexual, los resultados dan cuenta de que los niños y niñas han vivido, además, otras situaciones de violencia, sea ésta por acción u omisión.

El gráfico, extraído del *Estudio de Población y Capacidad de respuesta en Sistema de Protección de 24 horas de INAU*, da cuenta de las distintas razones por las cuales un niño o niña puede ser internado en INAU (Unicef, 2020, p. 79).

4.3. Normativa nacional e internacional que regula la respuesta de protección

La *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*⁶ establece el deber de los Estados de adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a niños y niñas contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual. Refiere a que estas medidas de protección deberían comprender 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 (CDN, Art. 19).

En Uruguay, la legislación nacional ha realizado un recorrido sustantivo, dando cuenta de múltiples avances en la adecuación la normativa interna. La Ley Integral de Violencia Basada en Género⁷ define a la violencia sexual y establece la modificación del Código Penal en los delitos que refieren a ella.

6

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu4857563277057.htm#:~:text=%2D%20Esta%20ley%20tiene%20como%20objeto,de%20violencia%20basada%20en%20g%C3%A9nero.&text=Decl%C3%A1rase%20como%20prioritaria%20la%20erradicaci%C3%B3n,debida%20diligencia%20para%20dicho%20fin>

7

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu4857563277057.htm#:~:text=%2D%20Esta%20ley%20tiene%20c>

Toda acción que implique la vulneración del derecho de una mujer a decidir voluntariamente sobre su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio y de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución forzada y la trata sexual. (Ley N.º 19.580, Art. 6, Literal C)

En lo que refiere a la violencia sexual comercial, la Ley N.º 17.815⁸ tipifica el delito de explotación sexual comercial contra niños, niñas, adolescentes e incapaces. (Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art 4).

Por su parte, la Ley 19.239⁹ reforma el Código del Proceso Penal y consagra cambios en el sistema penal y una serie de garantías para los NNA víctimas y testigos durante el proceso. La modificación tuvo implicancias respecto a las situaciones abordadas en el marco de los procesos judiciales de protección a niños, niñas y adolescentes, en tanto se crea la Unidad de Víctimas y Testigos y las Fiscalías Especializadas en Delitos Sexuales.

4.3.1. La Ley N.º 19.747

En el año 2019 se aprueba la Ley N.º 19.747¹⁰, que modifica el Código de la Niñez y la Adolescencia en su Capítulo XI (Protección de derechos vulnerados). Esta modificación representa un avance en el reconocimiento que el Estado hace de la necesidad de modificar sus prácticas y así responder adecuadamente a los niños, niñas y adolescentes que han vivido situaciones de violencia.

En lo que concierne específicamente al tema de esta tesis, la ley define con mayor precisión la violencia hacia la infancia, entendiéndose por maltrato o violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes, toda forma de perjuicio, abuso o castigo físico, psíquico o humillante, descuido o trato negligente, abuso sexual o explotación sexual en todas sus modalidades, que ocurra en el ámbito familiar, institucional o comunitario. Esta

[omo%20objeto,de%20violencia%20basada%20en%20g%C3%A9nero.&text=Decl%C3%A1rase%20como%20prioritaria%20la%20erradicaci%C3%B3n,debida%20diligencia%20para%20dicho%20fin.](#)

⁸ <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17815-2004>

⁹ <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-proceso-penal-2017/19293-2014>

¹⁰ (Ver Anexo 1)

ley jerarquiza la categorización de niños y niñas testigos de violencia y los asume como víctimas directas de esta (Art. 123).

Con el fin de no revictimizar a niños y niñas, propone una serie de artículos para regular los procedimientos judiciales que implican a niños, niñas y adolescentes con derechos vulnerados. El fin último de esta modificación es la no revictimización y una adecuada respuesta de protección frente a derechos vulnerados. Entre otras cuestiones, respecto a las necesidades de los niños y niñas que han vivido situaciones de violencia sexual, establece:

- La reparación integral del daño, disponiéndose, a través de los organismos competentes en cada caso, medidas y acciones para la restitución de los derechos vulnerados, que deberán comprender, como mínimo, la atención y el restablecimiento de su salud psicofísica. (Art. 129)
- Al tratamiento ambulatorio, médico, psiquiátrico o psicológico en instituciones públicas o privadas del sector salud. Los referidos servicios deberán asegurarles, como mínimo, los tratamientos médicos necesarios para revertir las secuelas físicas si las hubiera, intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos y eventualmente también para su familia o entorno protector, tendientes a la reparación de los daños causados y al restablecimiento de sus derechos vulnerados. (Art. 118, literal H; Art. 120.4, literal C y H; Art. 129)
- La inclusión de la niña, niño o adolescente en el sistema educativo, y en otros espacios de recreación. (Art. 120.4, literal A y B; Art. 120.8, literal D)
- A mantener los vínculos familiares mientras dure la internación en particular, se propiciará la no separación de los hermanos. En caso de imposibilidad, se garantizará el contacto fluido entre ellos. (Art.120.8, literal C)

Respecto a la fiscalización y la implementación de las medidas de protección mencionadas, establece lo siguiente:

- El Tribunal que dispuso la internación será responsable de controlar y vigilar las condiciones en que se lleva a cabo, así como las acciones que se adopten para superar la situación que la motivó y asegurar su vida en familia. (Art.120.8, literal D)
- Los técnicos individuales de cualquier disciplina y los equipos multidisciplinarios, tanto públicos como privados que intervengan en los diagnósticos, en la atención, reparación y en el seguimiento de las medidas

de protección que se dispongan en situaciones de violencia sexual de niñas, niños y adolescentes, deban ser especializados y contar con la debida formación en la temática. (Art. 125)

5. Fundamentación conceptual del problema

5.1. Definiciones y conceptualización

La violencia sexual es una de las formas más graves de violencia que pueden vivir los niños y niñas. Otras son la violencia física (o maltrato físico), la violencia emocional (o maltrato psicológico) y el descuido o trato negligente. En muchas situaciones los niños y niñas viven más de una forma de violencia:

En muchas ocasiones niños, niñas y adolescentes son víctimas de más de una forma de violencia, ya sea en simultáneo o secuencialmente. Muchas niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual con fines comerciales han sido previamente víctimas de abuso sexual infantil en el contexto de sus relaciones familiares, o han sido entregadas por miembros de la familia a redes de explotación. (UNICEF, 2015, p. 29)

La gran mayoría de las situaciones de abuso sexual hacia niños y niñas ocurren en contextos familiares, siendo las personas agresoras referentes de cuidado y afecto para ellos.

Según las Directrices Clínicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes consiste en la incitación a su participación, en una actividad sexual que no entiende plenamente y con respecto a la que no está capacitado para dar su consentimiento informado, o para la cual no está preparado de acuerdo con su nivel de desarrollo y no puede dar su consentimiento. La violencia sexual puede ser ejercida por parte de una persona adulta o por otros niños, niñas o adolescentes que, en virtud de su edad o etapa de desarrollo, se encuentran en una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre él o ella.

Las Directrices refieren a que es posible distinguir tres tipos de violencia sexual hacia los niños, niñas y adolescentes:

- I. Violencia sexual o abuso sexual sin contacto físico.
 - Sexualizar verbal, a través de la palabra en forma explícita o con insinuaciones.
 - Incitar a una niña, niño o adolescente a masturbarse o desnudarse.

- Exhibir de genitales y/o auto-masturbación por parte de la persona agresora.
- Observar, fotografiar o filmar a niñas, niños y adolescentes mientras realizan actividades privadas, por ejemplo: ir al baño, asearse, vestirse o desvestirse.
- Mostrar pornografía a un niño, niña o adolescente.
- Mantener relaciones sexuales en presencia de un niño, niña o adolescente.
- Utilizar al niño o niña en la elaboración de material pornográfico.

II. Violencia sexual o abuso sexual con contacto físico.

- Tocar los genitales del niño, niña o adolescentes, sus glúteos o pechos por encima o debajo de la ropa.
- Convencer u obligar a niñas, niños y adolescentes a tocar los genitales de la persona adulta agresora.
- Frotamiento de los genitales de la persona agresora en el cuerpo del niño, niña o adolescente por encima o debajo de la ropa.
- Besos sexualizados en la boca o caricias en otras partes del cuerpo por encima o debajo de la ropa.
- Contacto bucogenital entre la persona adulta agresora y la niña, niño o adolescente.
- Violación, que es la introducción del pene en el cuerpo de la niña o niño por vía vaginal, anal o bucal, o bien por vía vaginal o anal de cualquier elemento, instrumento, o cualquier parte del cuerpo humano distinta del pene.
- Obligar a la niña, niño o adolescente para que se involucre en contactos sexuales con animales.
- Eyaculación sobre el cuerpo de los niños, niñas o adolescentes.

III. Violencia sexual o abuso sexual con contacto que excluye las relaciones sexuales, pero incluye otros actos inapropiados: se trata de actos en los que se estimula sexualmente al niño o niña mediante caricias o besos que pretenden ser muestras de cariño. (OMS, 2017, p. 7)

La OMS destaca la agresión sexual como un tipo de violencia sexual claramente definido:

El uso de la fuerza física o de otro tipo para conseguir o intentar una penetración sexual. Abarca la violación y la penetración oral. El agresor puede ser cualquier

persona, es decir, una persona adulta u otro niño, niña o adolescente, conocido por la víctima o un desconocido. (OMS, 2017, p. 7)

Otra definición que explica la violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes, concretamente el abuso sexual, es la de Berliner y Elliot (2002), citada por Baita y Moreno (2015):

El abuso sexual incluye cualquier actividad con un niño o niña en la cual no hay consentimiento o este no puede ser otorgado. Esto incluye el contacto sexual que se consigue por la fuerza o por amenaza de uso de fuerza — independientemente de la edad de los participantes— y todos los contactos sexuales entre un adulto y un niño o niña —independientemente de si el niño o niña ha sido engañado o de si entiende la naturaleza sexual de la actividad—. El contacto sexual entre un niño más grande y uno más pequeño también puede ser abusivo si existe una disparidad significativa de edad, desarrollo o tamaño corporal, haciendo que el niño menor sea incapaz de dar un consentimiento informado. (p. 55)

La Unidad de Víctimas y Testigos de la Fiscalía General de la Nación toma la definición de abuso sexual infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos establecida por el Acta para la Prevención y el Tratamiento del Maltrato Infantil (U.S. Department of Health and Human Services, 2010):

La utilización, la persuasión, la inducción, la seducción o la coerción de un niño o niña para realizar (o participar de) —incluida la ayuda a otra persona para el mismo fin— cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de esta, o la violación, el tocamiento, o cualquier otra forma de explotación sexual de un niño o niña, o el incesto. (p. 38)

La violencia sexual comprende el abuso sexual y la explotación sexual comercial. En Uruguay, las instituciones que integran el Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (SIPIAV) han categorizado y descrito estas definiciones. El resultado de este proceso colectivo es un marco conceptual común para abordar el tema de la violencia sexual. El marco conceptual refiere a que esta puede darse una única vez, o puede darse en forma crónica, acompañando sistemáticamente la vida cotidiana del niño, niña o adolescente. Puede ser ejercida por una persona del entorno cotidiano del niño o niña, por alguien que lo frecuenta en forma esporádica o por una persona desconocida. (SIPIAV, s/f; SIPIAV, 2021; MSP, 2018; ANEP, 2020)

Para que el abuso sexual ocurra y se mantenga, existen por lo general mecanismos de extorción por parte del adulto, que incluyen el chantaje, la amenaza y la instalación de la culpa, haciendo sentir responsable al niño o niña de la situación de abuso.

Autoras como Sandra Baita y Paula Moreno definen una serie de conductas que constituyen una situación de abuso sexual:

- La utilización del niño y/o su cuerpo desnudo para la obtención de material pornográfico aunque no haya contacto directo del adulto con su víctima.
- Tocar al niño en sus genitales, zona anal y/o pechos, por encima de la ropa o por debajo de ella.
- Hacer que el niño toque al adulto en sus genitales, zona anal y/o pechos (en el caso de mujeres ofensoras), por encima de la ropa o por debajo de ella.
- Contacto oral-genital del adulto al niño.
- Contacto oral-genital del niño al adulto.
- Contacto genital del adulto sin penetración (frotamientos contra el cuerpo del niño o alguna parte de este, con el objetivo de lograr excitación sexual y eventualmente un orgasmo).
- Penetración vaginal y/o anal con dedo/s y/u objetos.
- Coito. (UNICEF, 2015, p. 29)

Las autoras refieren además a conductas que responden a formas encubiertas de abuso sexual y que van preparando, en forma progresiva, al sujeto para el abuso sexual. Algunas de estas son las conversaciones inapropiadas sobre sexualidad, hacer chistes sobre el desarrollo sexual del cuerpo de la niña o el niño, entre otras.

Asimismo, una investigación realizada por la Dirección Nacional de Políticas de Género del Ministerio del Interior destaca en su marco conceptual que el abuso sexual infantil comprende prácticas sexuales que van más allá de la violación. Algunas de las conductas que se incluyen en esta denominación son: el hostigamiento, las humillaciones de carácter sexual, el exhibicionismo, las intrusiones en la intimidad y el hacer partícipes a niñas, niños o adolescentes en prácticas sexuales no acordes con su edad. (Ministerio del Interior-DNPG, 2024, p. 34)

5.2. Dinámicas y relaciones en el abuso sexual

La violencia sexual, especialmente el abuso sexual, cuando este es ejecutado por una persona allegada al niño o niña, lleva intrínseca una forma particular de

desencadenarse. En el abuso sexual, la persona abusadora avanza paulatinamente en la intimidad del niño o niña, generando en ellos un profundo sentimiento de culpa y responsabilidad. La “invitación” a la conducta sexualmente abusiva del ofensor al niño o niña es recibida como una muestra de cariño a la que la víctima suele responder afirmativamente. De esta forma, se genera un vínculo cada vez más intrusivo entre el ofensor y el niño, que compromete y responsabiliza al niño o niña (Baita y Moreno, 2015).

El escenario, los personajes y roles —que son autoría y elaboración de la persona adulta agresora— van habilitando la dinámica abusiva de forma tal que puede ser considerada una dinámica vincular esperable y hasta promovida por el propio niño o niña.

Autores como Perrone y Nannini plantean que existen dos escenarios en los que se suscitan las dinámicas en las relaciones del abuso sexual infantil. Aunque en algunas situaciones es posible encontrar los dos tipos de escenarios temporalmente consecutivos. En un primer momento, el abuso sexual intrafamiliar no tiene por qué ocurrir necesariamente en un clima de terror y amenazas. Por el contrario, puede estar mediado por el juego y/o la seducción, donde la voluntad del niño o niña parece responder a los deseos del abusador. A este tipo de escenario es al que Reynaldo Perrone describe como *hechizo*. Refiere a la captación que hace el abusador sobre la víctima. Se caracteriza por un estado de conciencia alterado donde existe una importante pérdida de la capacidad crítica y de la focalización de la atención: una suerte de trance prolongado (Perrone y Nannini, 2005).

El otro escenario es en el que existe cierta percepción por parte de la víctima de que se está atravesando una situación anormal. La vergüenza y la sensación de intrusión son señales que le advierten sobre lo desajustado de estos comportamientos por parte del abusador. Es entonces cuando explicita lo que está ocurriendo, “responsabilizando” y/o amenazando al niño o niña.

Frente a ello, un recurso utilizado comúnmente por los niños es el estado constante de alerta al peligro. Logran identificar en los abusadores tenues señales que les avisan que la situación va a desencadenarse en cualquier momento.

Herman habla de un estado de *vigilancia congelada* cuando se refiere a los niños y niñas habituados a la convivencia con estas situaciones. Para evitar llamar la atención de los abusadores, permanecen en silencio e intentan que su estado de agitación pase desapercibido. Si ello no es posible, pasan a una actitud complaciente hacia el abusador, ya que es la única forma de sentir que pueden controlar algo de lo que sucede (Herman, 2004).

Ser sometidos a abuso sexual infantil obliga a niños y niñas a la desafiante tarea de adaptarse a un ambiente de completa hostilidad. Implica confiar en quien se desconfía, sentir seguridad en quien provoca daño, y sentir que se tiene poder en una situación de total indefensión.

Respecto a la comunicación que se da en las situaciones de abuso sexual, Perrone y Nannini (2005) afirman que el estilo comunicacional y el tipo de lenguaje predisponen a la relación abusiva, paralizando las capacidades de respuesta de los individuos.

5.3. El abuso sexual en las familias y grupos de convivencia

En términos generales es posible inferir que en las familias o grupos de convivencia donde ocurren los abusos sexuales infantiles existen determinados patrones que las aproximan o que reflejan denominadores comunes en sus dinámicas de funcionamiento: aislamiento, cambio de roles, vínculos violentos para comunicarse, consumo de sustancias psicoactivas, dificultades en el manejo del estrés. Sin embargo, en virtud de los datos disponibles sobre las características del fenómeno (ver capítulo 3), es importante jerarquizar el enfoque de género casi en la totalidad de situaciones de violencia sexual infantil.

El enfoque de género permite identificar aquellas conductas y mandatos que habilitan la instalación del modelo patriarcal en los grupos de convivencia en el marco en el que se producen y reproducen las dinámicas abusivas.

Por su parte, como se introdujo inicialmente, el aislamiento es, por lo general, un denominador común en los grupos de convivencia donde existe abuso sexual. Esta forma de vincularse socialmente —de no vincularse— es impuesta por el abusador para asegurarse el control respecto al grupo (Herman, 2004).

La búsqueda del equilibrio u homeostasis en el sistema familiar es medular en los grupos de convivencia donde existe abuso sexual. Por ello, el secreto, la naturalización y el asilamiento son el marco que da contención para el grupo familiar (Barudy, 2005)

Furnis (1984), citado por Sanz y Molina (1999), tomado de Baita y Moreno, presenta dos tipos de familias en las que el abuso sexual está instalado en la dinámica vincular:

- La de los *roles cambiados*, donde prima sostener la unidad familiar, por lo que las hijas pasan a ocupar el lugar de las madres, y las madres están inhabilitadas a generar otro tipo de dinámica, o acuerdan con este tipo de funcionamiento.

Para Perrone y Nannini (2005) en este tipo de familia existe una “problemática” en la pareja conyugal que habilita una situación de abuso sexual. Se da por supuesto un tácito

acuerdo respecto a la falta de actividad sexual, que genera las condiciones para que el hombre avance en la “actividad sexual conquistadora y sin objeto diferenciado” (p. 96). Claramente no es una justificación o una habilitación a que ocurra el abuso sexual, sino una forma más en la que socialmente se jerarquiza la sexualidad masculina por sobre los derechos de otras personas, a la vez que responsabiliza a las mujeres de que el abuso ocurra y se mantenga.

— Las *desorganizadas*, donde la violencia es cotidiana y de diferente tipo —no solo sexual—. Puede estar presente el consumo problemático de sustancias al igual que las actividades delictivas. En este tipo de familia el abuso sexual es secreto para el afuera pero no para quienes integran el grupo de convivencia.

A este tipo de familias es al que describen Perrone y Nannini cuando presentan el lugar del niño o la niña víctima:

Dentro de la familia, la víctima tiene una posición doble: es a la vez sacrificada y la que goza de un lugar de privilegio con respecto al padre, cara y cruz de una misma situación. Como se le ha atribuido el papel de salvadora de la familia, mediante su silencio y su aceptación (“Si hablas, tu madre se va a suicidar, la familia se va a desintegrar y no me verás más”) puede creerse que de ella dependen en verdad la cohesión y la estabilidad familiares, la felicidad de algunos y el sufrimiento de otros. (2005, p. 102)

En la misma línea, Barudy (2005) enfatiza en la escasa claridad de los límites y los roles en los grupos de convivencia donde existe abuso sexual. A ello se suma un desdibujamiento de las jerarquías, ambigüedad en sentimientos y comportamientos, donde no es posible diferenciar entre cariño y sexualidad.

5.4. La conceptualización del daño desde el enfoque de la psicotraumatología

Los orígenes del estudio y la conceptualización del daño psicológico se remontan a finales del siglo XIX, de la mano de un movimiento político republicano y anticlerical francés de la sociedad europea de aquella época. Tal como se explica en el libro *Trauma y recuperación* (Herman, 2004), el primer tipo de trauma psicológico puesto en debate fue el de la histeria femenina. Previo a investigar seria y sistemáticamente este padecimiento, se consideraba a la histeria femenina una patología que desplegaba síntomas insólitos e infrecuentes, de difícil descripción, cuyo órgano originario era el útero.

Neurólogos y psiquiatras de la Europa del siglo XIX utilizaron el hospital público Salpêtrière de París como centro de investigación de diferentes afecciones mentales. Los pacientes objeto de sus investigaciones eran en su mayoría personas en situación de indigencia y mendicidad, trabajadoras sexuales y personas con afecciones psiquiátricas internadas en ese nosocomio. Los neurólogos y psiquiatras que llevaban a cabo estos estudios eran Jean-Martin Charcot, quien los lideraba, y Pierre Janet, William James y Sigmund Freud, sus discípulos. De estos estudios surgen las construcciones teóricas que dan lugar a la noción de *histeria femenina*.

A partir de una morbosa y revictimizante¹¹ metodología, Charcot se concentró en los síntomas de la histeria que se correlacionaban con el daño a nivel neurológico: parálisis motrices, pérdidas sensoriales, convulsiones y amnesias. El objetivo era conocer cuál era la causa de la histeria. Ya casi sobre fines de ese siglo, Freud —quien continuó sus investigaciones en Viena— y Janet —desde Francia—, llegaban a la misma conclusión: “la histeria era una condición causada por el trauma psicológico. Reacciones emocionales insostenibles a acontecimientos traumáticos producían un estado alterado de la conciencia (disociación) que, a su vez, creaba los síntomas de la histeria” (Herman, 2004, p. 33).

Junto con este enunciado, también descubrieron que el alivio a los *síntomas histéricos* se producía cuando los recuerdos traumáticos, así como las intensas emociones que los acompañaban, eran recuperados y puestos en palabras. Este tipo de tratamiento es lo que se conoce hoy como psicoanálisis (Herman, 2004).

De estos investigadores, Freud fue quien decidió continuar profundizando la relación entre la sintomatología de la histeria en las mujeres y las experiencias sexuales traumáticas a las que fueron sometidas. En el año 1896, Freud publica *La etiología de la histeria*, donde afirma que bajo cada caso de histeria en una mujer existía una experiencia sexual traumática, o como él mismo refería: “prematura”.

Las implicancias sociales de su descubrimiento echaron luz a un problema extendido en la Europa de aquella época: gran parte de las mujeres habían sufrido abusos sexuales en su infancia o adolescencia. Dejaba claro además que la violencia sexual hacia las mujeres y niñas era un denominador común en todas las clases sociales.

Estas afirmaciones fueron fuertemente resistidas por las clases sociales altas —de donde Freud tenía una parte importante de sus pacientes— presionando a Freud a

¹¹ Para las conferencias que realizaba utilizaba pacientes mujeres que habían sido dañadas en ofensas sexuales. Realizaba demostraciones “en vivo” con personas en estado de “trance disociativo”.

retractarse pública y dramáticamente sobre tal descubrimiento. De esta forma, basado en las conclusiones forzadas que realiza respecto al análisis de una paciente objeto de explotación sexual de su padre¹², afirma que los abusos sexuales son objeto de la fantasía y la provocación de muchas mujeres.

Este evento pone fin a la investigación del trauma psicológico y el daño emocional, dando paso nuevamente a interpretaciones de la gama del oscurantismo, la posesión diabólica y el exorcismo. Queda atrás el deseo político y anticlerical de los investigadores de la época de demostrar que la ciencia era la única capaz de encontrar una explicación a fenómenos como la histeria y las alteraciones mentales de las personas.

Años después, en el contexto de la Primera Guerra Mundial, la realidad del trauma psicológico se impuso una vez más sobre la conciencia pública. Las dimensiones dramáticas de su devastación en lo humano y lo social derribaron “la ilusión de honor y gloria masculina” del soldado en el frente de batalla. Las atrocidades cometidas de las que eran testigos y partícipes los convirtieron en las nuevas “mujeres histéricas”: gritaban, lloraban, se paralizaban, perdían la memoria, se quedaban mudos y absortos, balanceándose en movimientos repetitivos.

En Inglaterra, los psiquiatras militares nombraron a esa sintomatología *trauma de guerra*, y se vieron obligados a reconocer que sus orígenes se debían a un trauma psicológico. La postura tradicionalista, aferrada al carácter convocante del honor de guerra, defendía un método basado en avergonzar, denigrar y humillar a aquel soldado cuyos síntomas coincidieran con los de la histeria femenina. Por su parte, la postura progresista consideraba lo contrario: creía que la sintomatología respondía a una condición psiquiátrica genuina —la neurosis de guerra— y que podía manifestarse en cualquier soldado, no solo en los débiles, como consideraban los tradicionalista.

Kardiner, un joven psiquiatra americano, continuó investigando los efectos de la guerra en la psiquis de las personas. Considerando los estudios que antecedían al tema, desarrolló los enunciados teóricos que acompañan al *síndrome traumático* actual, dejando atrás la referencia al término *histeria* e innovando en métodos de recuperación para lo que él denominó *neurosis de guerra*, con mínimos niveles de éxito en corto plazo. (Vander Kolk, 2015)

¹² El caso de Dora: fue utilizada por su padre como regalo sexual a sus amigos y Freud se niega a reconocer y validar los sentimientos de ira y humillación. Por el contrario, insistió en explorar y jerarquizar las sensaciones de placer sexual de Dora en estos hechos. Dora decidió interrumpir su tratamiento y Freud argumentó que se trataba de una venganza de su paciente.

Fue con el advenimiento de la Guerra de Vietnam que se desarrolló una línea de investigación seria y sistemática de los efectos psicológicos de la guerra en los soldados combatientes. Impulsada por la insistente organización de los grupos de soldados afectados por la guerra¹³, en los años siguientes a la Guerra de Vietnam la investigación concluyó en la existencia del síndrome del desorden del estrés postraumático y su directa vinculación con la experiencia del combate.

Por su parte, el movimiento de liberación femenina de los años setenta hizo suyas las perturbaciones que muchas mujeres vivían en el ámbito doméstico. La jerarquización que el movimiento feminista dio al problema de la violencia sexual logró que muchas mujeres se unieran y comulgaran juntas para sacar de la intimidad de sus hogares el tema de la violencia sexual.

De esta forma, en el año 1980 el característico síndrome de trauma psicológico se convirtió en un diagnóstico en salud mental con su inclusión en el manual de desórdenes mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, con el nombre: *desórdenes de estrés postraumático*.

5.5. La instalación del trauma en los seres humanos y su sintomatología

El trauma refiere al estado de desborde de las capacidades subjetivas de un sujeto para elaborar un estímulo extremo al cual está sometido. (Benyakar, 2005). Se trata de situaciones que no pueden ser integradas por la psiquis con los recursos que la persona dispone, atentando en forma extrema la sensación de seguridad.

Frente a una situación de peligro, la respuesta humana se constituye en un sistema integrado de reacciones a nivel físico y mental. Ante una amenaza, el sistema nervioso se activa y otorga significado emocional a la experiencia (Baita, 2015). Se libera adrenalina, se genera la alerta, y se pierde la percepción de otras sensaciones corporales como el cansancio o el hambre. Se focaliza toda la atención en la situación de peligro, ya sea para luchar o para huir (Herman, 2004).

Cuando el cuerpo humano identifica la imposibilidad de ejecutar la huida o la lucha, puede optar por paralizarse frente a la amenaza de peligro. Pese a ello, el estado de alerta continúa en forma incontrolable y desorganizada. Una vez que el peligro y/o su amenaza desaparecen, la persona puede recordar prácticamente nada de la situación o desbordarse emocionalmente como si la estuviese padeciendo intensamente. Puede

¹³ Veteranos de Vietnam contra la Guerra.

también recordar detalladamente el suceso y relatarlo de forma emocionalmente desconectada (CEPSTRA, 2017).

Joyanna Silberg retoma definiciones de Pearlman y Saakvitne (1995) sobre el trauma y el evento traumático. Refiere a este como un episodio que queda por fuera de las experiencias vitales normales y esperadas de la persona, percibido como amenaza a la integridad física y psíquica.

Pat Ogden (2009) refiere a que, en las personas traumatizadas, el ciclo reiterado y debilitador de la interacción entre la mente y el cuerpo mantiene “vivo” el trauma del pasado, alterando el sentido de identidad del individuo y perpetuando los trastornos asociados al trauma. Es como si el cuerpo reconociera lo que la persona desconoce de sí misma, pero que a la vez la identifica y define como persona, reafirmando su incapacidad de adaptación o de responder favorablemente frente a determinado estímulo.

Herman (2004) refiere a tres categorías para agrupar los síntomas de las situaciones traumáticas:

Hiperactivación: sucede cuando la respuesta de autopreservación humana permanece en alerta después de una experiencia traumática y la activación fisiológica no disminuye. La persona se sobresalta con facilidad, reacciona en forma desmedida a estímulos del ambiente, que forzosamente asocia al evento traumático. Es frecuente que la persona tenga dificultades para conciliar el sueño en este estado.

Intrusión: el evento traumático es revivido por la persona mucho tiempo después de que la situación traumática haya ocurrido y, aunque la persona esté a salvo, la sensación de peligro queda codificada en la memoria en forma anormal (sensaciones vividas e imágenes). Se considera que el hecho de reproducir las situaciones traumáticas es una forma de integrar el trauma a la vida cotidiana con el fin de dominarlo y así abandonar el estado de indefensión.

Constricción (disociación): ocurre cuando una persona se enfrenta a un evento amenazante y no logra huir ni enfrentar el peligro. El sistema de autodefensa se bloquea totalmente y la persona altera su estado de conciencia. Los acontecimientos traumáticos se registran, pero desconectados de su significado habitual. La constricción es una respuesta adaptativa que resulta funcional a la situación de peligro inmediata. Sin embargo, pasado el peligro, se convierte en una “maladaptación”, ya que impide la integración necesaria para la superación de la experiencia traumática. Los síntomas constrictivos restringen y

empobrecen la calidad de vida, y perpetúan el efecto del acontecimiento traumático en la vida de las personas.

Como proceso natural para sobrevivir al evento traumático, los seres humanos tienden a compartimentar la experiencia, a separar emociones, recuerdos y sensaciones. Este es el mecanismo del cual se nutre la disociación. Quienes han sido afectados por una situación traumática suelen alternar entre la insensibilidad y la evitación de cualquier estímulo que les evoque el evento traumático, y la reexperimentación intrusiva de la experiencia traumática a través de *flashbacks*, sueños, pensamientos y síntomas corporales (Ogden, 2009).

La experiencia traumática es un evento que lesiona el sentido de seguridad y bienestar de quien lo vive, atribuyendo sus culpas a una errónea percepción de uno mismo y su entorno. “Es una experiencia de estrés con escape, que abruma los mecanismos de afrontamiento propios del ser humano y que produce síntomas no solo de orden psicológico, sino también fisiológico” (Baita y Moreno, 2015, p. 221).

5.6. El trauma infantil

El trauma entonces refiere a los efectos emocionales que produce una situación que el ser humano no está preparado para afrontar y que pone en riesgo su supervivencia (Baita, 2015). A pesar de que la persona haya superado la situación o evento exitosamente, la sensación de peligro continúa perturbando al individuo, limitando el desempeño de diferentes funciones en su vida, comprometiendo tanto su salud física como mental.

Para comprender cómo se comporta el trauma en la infancia, es importante hacer alusión a la naturaleza del evento y al vínculo interpersonal de quien lo padece con quien lo genera. Existe una clasificación de los eventos potencialmente traumáticos, citada por Baita (2015), que los agrupa según la naturaleza y el tipo de involucramiento interpersonal del factor estresor (Allen, Fonagy y Bateman, 2008):

Estresor impersonal: en esta categoría se incluyen situaciones que no dependen de la voluntad o la omisión de las personas. Por ejemplo, las catástrofes o desastres naturales.

Estresor interpersonal: refiere a la conducta o actitud de uno o varios individuos de carácter intencional o imprudente. Entre ellas encontramos los siniestros de tránsito, la violencia comunitaria/urbana/callejera, los ataques terroristas, las guerras, entre otros. En esta categoría también se incluye la violencia

institucional como las condiciones cotidianas de los centros residenciales y los tratamientos médicos invasivos o prolongados.

Estresor traumático por apego (*attachment* trauma): refiere al trauma ocurrido en el contexto de las relaciones de apego, a todas las situaciones de violencia interpersonal hacia un niño o niña en el contexto de sus cuidados básicos, como el maltrato físico, el maltrato psicológico, la negligencia y la violencia sexual.

Esta última clasificación es la que orienta el sentido de esta investigación, ya que enmarca una caracterización de la población infantil que ha sido víctima de abuso sexual intrafamiliar desde la perspectiva de la psicotraumatología. Cuando el factor de estrés proviene de quien debería proteger y cuidar, el daño que genera la situación de violencia se profundiza.

Si la figura de apego está implicada de manera directa en el daño, ya sea como agente concreto por acción (como en el maltrato físico, emocional o sexual), ya sea como agente pasivo por omisión (como en la negligencia); la dicotomía agente del daño versus garantía de supervivencia puesta en la misma persona, colocará al niño en una paradoja sin solución, trazando un camino posible hacia la psicopatología. (Baita, 2015, p. 38)

La repetición del evento traumático genera lo que se denomina trauma crónico. La situación traumática es la sensación más vívida de inseguridad y desprotección. Ante un evento traumático, el niño irá a buscar protección en su referente primario de cuidado y es de esperar que la protección esté disponible. Por este motivo, en las situaciones de abuso sexual intrafamiliar la intensidad de trauma es mayor y sus efectos son más nocivos que en cualquier otra.

Tener un sistema biológico que permanentemente bombea hormonas del estrés para hacer frente a amenazas reales o imaginarias provoca problemas físicos: trastornos del sueño, cefaleas, dolor inexplicable, sensibilidad extrema al tacto o al sonido. Estar tan agitados o desconectar les impide poder centrar la atención y concentrarse. (Vander Kolk, 2015, p. 179)

“En el caso de niños con traumas crónicos, los síntomas aprendidos a lo largo de una vida de objetivos frustrados siguen siendo su único confort” (Silberg, 2013, p. 11).

5.7. Apego

La noción de apego aporta más elementos para comprender la complejidad del trauma en las personas, especialmente en aquellos casos en los que se produce en edades tempranas. Se define como aquella relación entre el recién nacido y una figura adulta

principal de cuidado. La relación se basa en las necesidades de cuidado y protección del niño y la capacidad del adulto para anticiparse y satisfacerlas. La relación de apego es determinante para que el posterior desarrollo social y emocional del niño se produzca con normalidad.

Bowlby y Ainsworth, referentes en la investigación sobre el apego, lo definen como un sistema de comportamiento adaptativo fundamental para la supervivencia del niño, particularmente en una especie que necesita del cuidado del otro o que depende de la proximidad constante de adultos que realicen las funciones de protección, alimentación, confort y seguridad (1979).

Tipos de apego

Mary Ainsworth, a partir de estudios a niños en el vínculo con sus madres, estableció la existencia de variantes en el tipo de apego: apego seguro y apego inseguro. Dentro de la categoría de apego inseguro, encontramos además el apego evitativo, el apego ambivalente, y el apego desorganizado o desorientado. Autores como Barudy (2008) y Baita (2015) coinciden en la definición de estas categorías:

- Apego seguro: El apego seguro es aquel en el cual el intercambio entre la demanda del bebé y la respuesta del cuidador primario se da en forma sincronizada y armoniosa, sentando las bases para la regulación afectiva del niño, moldeando a su vez el desarrollo saludable de su cerebro. Esta transacción se genera en base a señales del bebé y a su interpretación por parte del cuidador, quien le devuelve respuestas rítmicas y reguladas para satisfacer sus necesidades. A través de la generación de un vínculo de apego seguro, el individuo desarrolla la capacidad de definir su autonomía y establecer relaciones empáticas con los demás.
- Apego evitativo (tipo de apego inseguro): Este tipo de apego refiere al vínculo en el cual el niño manifiesta sus necesidades y no recibe respuesta a ellas. Como explica Baita, en este tipo de relación el niño aprende que nadie estará ahí para satisfacer a sus necesidades y reclamos.

El esquema interno que este niño incorpora entonces le anticipa que no hay nada ni nadie que pueda calmar sus necesidades. En consecuencia, entiende que estas no son importantes o sencillamente dejan de existir como tales. El mundo afectivo de este niño es limitado, poco accesible, y se le torna incomprensible: ha aprendido que la afectividad no es un medio válido ni fiable para interactuar con los otros (Baita, 2015).

- Apego ambivalente (tipo de apego inseguro): Este tipo de apego se caracteriza por la inestabilidad y la variante o escasa disposición de la figura del cuidador. Según plantea Baita, se trata de niños que despliegan un vínculo caracterizado por el “pegoteo” (intenso, impulsivo, asfixiante y demandante), de forma tal de asegurarse en algún momento alguna respuesta. Pat Orden define a los niños que han experimentado este tipo de apego como niños que parecen irritables, tienen dificultades en recuperarse del estrés, manifiestan un deficiente control de los impulsos, temen al abandono e inician conductas impulsivas (Orden, 2009) A este tipo de apego también se lo conoce como apego ansioso o apego ansioso ambivalente.
- Apego desorganizado o desorientado (tipo de apego inseguro): En el apego desorganizado el vínculo con la principal figura de cuidado se construye a partir de “interacciones atemorizantes”. Este tipo de vínculo enfrenta al niño o niña a una paradoja: acercarse a esa figura es necesario para obtener alivio, pero es esta misma figura quien le produce temor y desasosiego. La búsqueda de calma y protección en la figura atemorizante adquiere sentido debido a que, en algunos momentos, estas personas se comportan afectuosamente y el niño o niña logra acercarse a ella. A este tipo de apego también se lo conoce como apego traumático, según lo definió B. James a fines de los años noventa (Baita, 2015). Ha sido utilizado para describir el vínculo abusivo que se da entre un niño y las figuras primarias de apego (Baita, 2015).

En las situaciones de trauma por apego, la edad del niño o niña incide directamente en la profundidad del daño. A menor edad mayor es la dependencia con los referentes primarios de cuidado, así como las posibilidades de que el trauma avance en el tiempo y se cronifique. De igual forma, la indefensión por falta de estrategias para reconocer y defenderse del peligro hace a los niños y niñas menores más vulnerables frente al evento traumático.

5.8. Trauma complejo del desarrollo

En el año 2009 un grupo de investigadores de la red National Child Traumatic Stress Network de Estados Unidos presentó una propuesta de criterios consensuados para el trauma complejo de desarrollo a la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (Vander Kolk, 2015). Refiere a una categoría diagnóstica cuyo despliegue sintomático se caracteriza por:

- Exposición: el niño o niña ha experimentado o ha sido testigo de múltiples o prolongados episodios adversos durante un periodo de cómo mínimo un año a partir de la infancia temprana o adolescencia, entre ellos: violencia interpersonal, cambio repetido de la figura principal de cuidado y maltrato emocional crónico.
- Desregulación afectiva y fisiológica: competencias disminuidas para regular su activación. Incapacidad para tolerar o superar estados de afectos extremos y alteración de las funciones corporales (sueño, alimentación, reactividad exagerada o insuficiente al tacto y a los sonidos, desorganización en las rutinas). Disociación y dificultad para describir emociones o estados corporales.
- Presenta desregulación de la atención, la conducta y el manejo del estrés. Sensación de amenaza y peligro constante, dificultad para la autoprotección, masturbación compulsiva y movimientos rítmicos. Autolesiones y dificultad para mantener e iniciar un comportamiento orientado por objetivos.
- Desregulación del yo y relacional: dificultades para percibir su identidad personal y su implicancia en la relaciones. Preocupación por la seguridad del cuidador o dificultad para tolerar la reunificación después de la separación. Percepción negativa de sí mismo, desconfianza extrema, agresividad, contacto físico inapropiado, falta de empatía.
- Síntomas del espectro postraumático¹⁴
- Duración de los síntomas de al menos seis meses
- Disminución funcional en la escuela, la familia, el grupo de semejantes, etc.

Las situaciones traumáticas tienen un impacto dramáticamente significativo en niños y adolescentes por tratarse de seres humanos en fase de desarrollo a nivel biológico, psicológico y social (López Soler, 2008). Esto es así porque requieren de ciertas condiciones externas de estabilidad y protección. Por ello, cuando la situación que produce daño es generada por una persona significativa afectivamente para el niño o niña, profundiza las consecuencias y afectan sustantivamente su integridad psíquica.

La consideración de que se produzca un impacto tan fuerte que provoque cambios en la personalidad es de gran importancia en el desarrollo infantil, ya

¹⁴ Refiere a señales que se experimentan frente a determinado estímulo, alusivas a la vivencia de un evento traumático o sumamente estresante.

que situaciones muy adversas, cercanas y cotidianas, no solo determinan síntomas y alteraciones psicológicas, sino que comprometen el desarrollo completo de la personalidad. (López Soler, 2008, p. 161)

En edades tempranas, la sintomatología que provoca el abuso sexual intrafamiliar puede asimilarse en la que se ha descrito bajo el concepto de *Trauma Complejo del Desarrollo* o *Trastorno traumático del desarrollo*.

5.9. Contención y reparación de situaciones traumáticas en niños y niñas

En el caso de las situaciones traumáticas producto del abuso sexual crónico, al ser tratarse de una serie de eventos silenciosos, aislados y encubiertos, son los traumas más difíciles de superar. Mantener el secreto mientras se transita el abuso hace que los recursos interiores de los niños se sobrecarguen y deje pocos recursos disponibles para la reparación (Silberg, 2013).

Lo primero que hay que brindar a la persona que ha experimentado un evento traumático es seguridad y protección. La indefensión y la desconexión con otras personas son las vivencias principales de las experiencias traumáticas. La instalación del trauma en las personas les arrebató la sensación de control sobre su cuerpo y su mente. El reto para la reparación es recuperar el control en ambas dimensiones (Vander Kolk, 2015).

La reparación del daño consiste fundamentalmente en devolverle a la persona su capacidad para conectar con otros y su sentido de protección. Inmediatamente después, cuando la persona ha recobrado la confianza en el entorno, es necesario brindarle apoyo para reconstruir una visión positiva de sí mismo.

La respuesta que el entorno social desligue hacia la persona traumatizada puede mitigarlo, si es una respuesta empática y comprensiva, o puede agravarlo, si es una respuesta hostil o negativa. Esto es así porque las personas necesitan recuperar el *sentido del yo* —su identidad y su poder—, que ha sido devastado por la situación traumática, y eso solo es posible en interacción con los demás (Herman, 2004).

Herman (2004) establece tres fases para la recuperación de las personas traumatizadas:

1. Seguridad: Cuando el evento traumático es reciente, la primera acción que otorgue seguridad será la atención médica. Posterior a ella, le seguirá el restablecimiento de los ritmos biológicos de alimento y sueño, así como la

reducción de síntomas de hiperactividad¹⁵. Es fundamental un diagnóstico de la situación, para lo cual la descripción de las reacciones postraumáticas es una condición. Resulta reparador poner en palabras el comportamiento de la sintomatología y sus causas para que la persona tenga la sensación de que empieza a recuperar el control de su cuerpo. La sensación de control del cuerpo y el pensamiento es la base para vivenciar la sensación de seguridad y posteriormente dar paso a la recuperación del vínculo con el entorno.

Es esencial, en esta primera fase, explicar al niño, niña o adolescente que lo que sienten y lo que les pasa tiene nombre, que no les pasa solo a ellos, que es una reacción humana frente a situaciones difíciles (SIPIAV, s. f.).

2. **Recuerdo y luto:** Esta fase convoca a la reconstrucción del evento traumático y su integración en la historia de vida de la persona como forma de devolverle el control. El recuerdo del trauma es fragmentado, anacrónico y hasta disociado. El ser humano utiliza naturalmente esos recursos para continuar con su vida. En esta etapa del proceso es menester tener garantizada la seguridad de la persona. Es necesario además que la evocación de los recuerdos traumáticos sea calibrada en cuanto a la intensidad y a la profundidad con las que la persona afectada se acerque a ellos. En un primer momento se hace necesario la revisión de la vida del paciente para recuperar un sentido de continuidad con el pasado. Es un lento y doloroso proceso que a menudo conlleva a posibles frustraciones, tanto para la víctima como para su terapeuta. Sigue a ello la resistencia a aceptar las pérdidas generadas por el evento traumático, junto a descartar las fantasías de venganza para recuperar el control.
3. **Reconexión:** En esta etapa se espera que la persona pueda reconstruir la imagen que tiene de sí misma. La “libertad recuperada” es algo que debe aprender a manejar, así como la confianza en los nuevos vínculos. También en esta etapa, las personas sobrevivientes rompen el silencio instalado durante mucho tiempo respecto al evento traumático. En el caso del abuso sexual esto implica además enfrentar a sus vínculos personales (familiares y no familiares) con la revelación de la situación. Es el momento en el que la persona se “reconcilia con sí misma”.

¹⁵ En algunas situaciones se sugiere la posibilidad de evaluar tratamiento medicamentoso, pero es menester revisar cuidadosamente la situación con el paciente para no interferir en la recuperación del poder sobre su cuerpo a partir de la anulación de síntomas.

El SIPIAV elaboró un documento en el que sugiere los pilares básicos para tramitar un proceso de reparación del daño a los niños y niñas que han sufrido situaciones de violencia. Coincide en que toda intervención que apunte a elaborar las situaciones de violencia vividas debe tener como condición previa las garantías de seguridad y protección (SIPIAV, s. f., p. 5 y p. 28). El documento ordena las fases de la reparación del daño propuesta por Herman de la siguiente forma:

Gráfico 6: Fases de la reparación del daño

Etapa inicial (seguridad)	Etapa intermedia (Recuerdo y luto)	Etapa final
Evaluación clínica y situacional	Elaboración de la situación traumática Aceptación e integración de su vida	Reconstrucción de la identidad
Reconocimiento de la situación de violencia	Reconocimiento y expresión de emociones	Construcción de proyecto de vida
Alianza terapéutica	Elaboración de pensamientos y emociones	Desarrollo de habilidades sociales y comunicacionales

Nota. Información adaptada de Proceso de reparación del daño, SIPIAV, s. f.
<https://www.inau.gub.uy/sipiav/documentos-interinstitucionales>

6. Análisis de resultados

El trabajo de campo de la investigación está orientado por cinco dimensiones de análisis. La primera, refiere a las características de la respuesta del sistema de protección a las situaciones de violencia sexual. La segunda, hace alusión a la psicotraumatología y sus aportes a la comprensión de la violencia sexual infantil. La tercera dimensión refiere a los efectos en niños y niñas de las internaciones prologadas en hogares residenciales. La cuarta, profundiza sobre las necesidades emocionales de los niños y niñas que han vivido situaciones de abuso sexual. Por último, a la luz de la Ley N.º 19.747, la quinta dimensión pretende conocer en qué medida la respuesta de protección por amparo garantiza el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas que han sufrido abuso sexual.

6.1. Procedimiento del sistema de protección en la respuesta a situaciones de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual

Las situaciones de violencia sexual que ingresan al sistema 24 horas de INAU deben venir acompañadas de un informe que contenga una valoración o diagnóstico respecto al motivo de la medida de protección adoptada por la justicia¹⁶. En estos casos, es probable que el niño o niña haya sido internado en un centro hospitalario y que de esta institución se haya informado a la justicia sobre la necesidad de generar el amparo. Las internaciones en centros de salud en situaciones de violencia sexual suelen ser por períodos de tiempo prolongado. En muchos casos llegan incluso a exceder la notificación de la resolución judicial de amparo. Esto es así debido a la disponibilidad o no de resultados de estudios y tratamientos preventivos, así como de cupo en un centro 24 horas. Entonces, cuando se concreta el ingreso del niño o niña, la estrategia de intervención del centro residencial debe priorizar la reparación del daño, no solo de la situación de abuso sexual, sino también de la respuesta del sistema de salud, caracterizada por ser fuertemente sanitarista.

Por ejemplo, recibí unos hermanitos que fueron ingresados al Pereira, donde se constata sífilis. Estamos hablando de niños de 4 y de 6 años varones. Los niños ingresan al hogar con el alta del Pereira Rossell y nada más, recuerdo que era inicio de diciembre y como ya sabemos las largas y eternas listas de espera en situaciones que no admiten la menor demora. Yo me contacté con una organización especializada y, sabiendo que había lista de espera, lo que propuse

¹⁶ Manual de procedimientos para el sistema de protección 24 horas, INAU, 2019.

fue que desde mi formación poder empezar a trabajar con esos niños para no perder el mínimo de tiempo, y le sugerí incluso que ellos tuvieron supervisar mi intervención hasta que tuvieran un cupo pero no perder tiempo. Y lo hicimos así. En esto de que hay empezar a crear un vínculo de confianza, habilitar a que los niños puedan hablar y empezar en un proceso de reparación. (Entrevistada 1)

Cuando un niño o niña ingresa al sistema de 24 h INAU como medida de protección, corresponde el inicio del diagnóstico de situación psico-social. Varias pueden ser las alianzas que se establezcan en el grupo de convivencia del niño o niña y su posicionamiento respecto a la medida de amparo y/o al hecho que la provocó. Es esperable que, tras el ingreso al centro, se presenten familiares del niño o niña, muchas veces incluyendo a la persona abusadora, con la intención de tener un encuentro y/o de recuperar su cuidado. Particularmente, en el caso de la persona o las personas agresoras, esta intención es parte de una estrategia para acceder al niño y, con ello, tras promover su retractación, probar su inocencia.

Este tipo de situación genera tensión en los técnicos que intervienen con el niño. Independientemente del nivel de formación en el tema que los profesionales tengan, la falta de directivas y/u orientaciones a nivel institucional genera una zona de incertidumbre para el accionar de los técnicos y el desarrollo de la estrategia. “La medida de protección tiene que estar garantizada. Pero eso es una gran debilidad de INAU y de sus directivas en cuanto a la intervención en los centros oficiales y los convenios” (Entrevistada 4).

Quienes violentan también responden a esos encuadres (el institucional), porque violentan a quienes pueden, cuando no le pones un límite desde la institución. Me acuerdo una vez un grupo de hermanos, este ejemplo como muchos, habían sido separados de su madre porque la madre contribuía a la explotación sexual de una sus hermanas. Se sospechaba que quizás haya explotación hacia algún hermanito más, además de situaciones de abuso, por eso se pidió como la internación provisoria. En el hogar, al otro día, dejaron que todos los chicos vean a la madre. Después era re difícil sacarla del centro, los gurises lloraban, la mujer se encadenaba en la puerta... (Entrevistada 4)

Desde algunos de los centros residenciales 24 horas son los mismos equipos los que solicitan al juzgado medidas de restricción de acercamiento de los adultos del entorno al niño. Pese a los tiempos en los cuales esta medida podrá efectivizarse o no, es la única herramienta que pueden encontrar los equipos para garantizar la protección del

niño y la posibilidad de elaborar un diagnóstico de la situación sin vivir las presiones del entorno.

Frente a sospecha o constatación de violencia sexual solicito a la sede (judicial) la restricción (de acercamiento) para todo el mundo, hasta no conocerlos. Porque yo no sé quién es la tía [...]. Yo tengo que proteger a ese niño de todo ese entorno de donde vino porque no los conozco. (Entrevistada 1)

Las situaciones de abuso sexual infantil, especialmente cuando ocurre en edades tempranas, suelen “paralizar” a los adultos del sistema de protección que reciben al niño o niña. Existe una serie de factores que, en pos de su protección, operan justamente en el sentido contrario. Cuando un niño o niña ingresa a un hogar residencial, el momento en el que mantendrá un encuentro con el o la técnica que intervendrá en su situación no suele ser en forma inmediata a su ingreso. Esto es por la hora a la que ingresa, porque no se cuenta con toda la información sobre lo ocurrido y se está a la espera de tomar contacto con esa información. Entonces, quien lo recibe conoce muy poco de su historia: probablemente solo acceda a saber el motivo de ingreso y si tiene hermanos que también ingresaron a otros hogares. Las incertidumbres sobre la situación del niño son más que las certezas, por lo que es esperable que quienes inician el contacto con el niño o niña prefieran desalentar cualquier intercambio de información con él o ella.

Si se lo contuviera de la manera adecuada (cuando ingresa a un centro 24 h) el chico podría responder a lo que es el diagnóstico de una manera más estable emocionalmente, más allá de lo que le está pasando. No es lo mismo estar en un vacío emocional y de palabra a que, justamente, se lo prepare —en el buen sentido— para la instancia diagnóstica. (Entrevistada 6)

Muchas veces se plantea la emergencia de desacuerdos entre el equipo del centro de INAU y el terapeuta que trabaja con el niño.

Además, cada hogar tiene su particularidad [...] y son muy distintos unos de otros. Y si no logramos trabajar en conjunto se complica, que es muchas veces lo que no ha pasado cuando podemos coordinar bien y estar trabajando desde lo estrecho con el equipo del hogar va como mucho más liviano. Ahora cuando los tenés en contra o no es la idea de ellos lo que estamos haciendo se hace mucho más difícil. Muchas veces partimos ya desde una línea de base de diferente concepción hasta de lo que es mejor para ese niño. (Entrevistada 2)

Se menciona en forma explícita por parte de las personas entrevistadas la necesidad de un protocolo para el abordaje de situaciones de abuso sexual en los centros 24 horas.

Nosotras le venimos planteando a INAU eso, lo venimos discutiendo pila y se lo estamos planteando. INAU tiene que tener un protocolo, un manual o lo que sea, (que encuadre) una intervención clara para los centros 24 horas, y que tenga una mirada específica de las situaciones de violencia sexual. Tienen que tener bien claro cómo evalúan estas situaciones, como evalúan a los adultos protectores, qué criterios usan cuando corresponde revincular y reunificar. Estas directivas tienen que estar claras. La supervisión de los centros es una supervisión técnica. (Entrevistada 4)

Supone que estamos pensando en este protocolo de recibimiento de un niño en un hogar y no tienen la certeza (de qué va a ocurrir) porque todavía no se han dado las intervenciones judiciales. Entonces tenés que contestar (a las preguntas del niño) desde la “no certeza” pero le tenés que contestar, le tenés que explicar: “mirá, estás acá por lo que pasó en tu casa hay que ver el juez autoriza o no que puedas ver a tu mamá, pero vas a estar acá, cuidado por estas personas, hay otros niños.” Es como explicarle lo más razonable, aunque no tengas las certezas; explicar que no tenés esa certeza. (Entrevistada 6)

Y si esos profesionales u operadores que los van a recibir no están formados en ser tutores de resiliencia, por llamarlo de alguna manera, lo que pueden hacer es revictimizar al niño. No poniendo palabras, no explicando lo que le sucede, no sabiendo cómo responder a sus conductas, no sabiendo que el niño se puede congelar frente a un movimiento de ellos, frente a una palabra, o que se puede hiperactivar. (Entrevistada 6)

6.2. Aportes teóricos y conceptuales de la psicotraumatología al campo del abuso sexual infantil

En las situaciones de violencia sexual a niños y niñas pequeños, los efectos que genera la ruptura de la lógica del diseño cerebral son más profundos, ya que está preparado para depender de sus cuidadores primarios desde el nacimiento. Integrar el sentido de la dinámica relacional generada en el abuso sexual es un evento traumático en sí mismo.

La psicotraumatología entiende al trauma como todo evento que desborda la capacidad de comprensión cerebral. Desvía la lógica del diseño cerebral (Entrevistada 5).

La psicotraumatología amplía la comprensión de la sintomatología post traumática. Permite identificar el daño más allá de dinámicas relacionales. El estrés traumático

continuado altera el desarrollo cerebral en niños y niñas, en situaciones de abuso sexual, el cerebro está en estado de alerta permanente y no hay figuras de calma.

En contextos normales, el cerebro tiene determinada trayectoria para desarrollarse, cuando el cerebro de un niño está expuesto de manera persistente a experiencias traumáticas —que activan respuestas de alarma frente al peligro— el desarrollo del cerebro se adapta a un patrón de vida donde el peligro es la regla y no la excepción. (Entrevistada 7)

Cuando miramos esos niños que presentan una variada sintomatología y miramos qué hay detrás de ellos descubrimos —en todos— que hay situaciones donde han sido violentados, donde esa lógica de cuidado ha sido corta y no han recibido. No solamente que no han recibido cuidados básicos respecto a su edad y circunstancias de desarrollo, sino que además sufren todo tipo de violencia —violencia sexual especialmente—, negligencia y malos tratos de quienes deberían haberlos cuidado. (Entrevistada 5)

Refieren quienes trabajan en la clínica con niños y niñas que detrás de los cuadros sintomatológicos es posible identificar situaciones de violencia interpersonal por parte de los cuidadores del niño. Se identifica una importante desregulación del sistema neurobiológico que incluye altos niveles de cortisol (la hormona del estrés).

Para explicar esta situación, yo creo que la metáfora es que lo que viene regulado como un relojito que tiene que funcionar se desregula, aumentan estas hormonas en forma crónica y andamos por el mundo con estos niños en modo alarma, en modo supervivencia ante el agravio vivido. (Entrevistada 5)

En niños y niñas internados es posible identificar situaciones en donde, además del abuso sexual, existe negligencia y falta de cuidados. Es importante identificar la sintomatología de cada tipo de violencia.

Por ejemplo, una niña que vivió en un ambiente negligente probablemente tenga una capacidad muy limitada para registrar sus necesidades, sus sensaciones corporales, sus límites corporales, etc. Porque la falta de cuidados inherente a la negligencia, lo que hace es el niño o niña crezca creyendo que esa es la forma en la cual se vive. (Entrevistada 7)

Si la persona se acerca a la niña con ciertas muestras de afecto como una manera de engancharla y meterla en la matriz de su conducta abusiva, la sintomatología del daño que va a desarrollar va a ser peor. Porque esa niña se encuentra con un adulto que satisface una necesidad inherente al ser humano, que es la cercanía, la de sentirse protegido, sentirse visto. (Entrevistada 7)

Existe en los niños que son expuestos a abusos sexuales intrafamiliares una distorsión de lo que es la seguridad y la protección. Entender en qué contexto sucede el abuso sexual y de qué manera —si hubo un relato previo, si le creyeron, si había además otras formas de violencia en la familia— permite identificar los efectos acumulativos de la exposición a situaciones traumáticas.

La protección no pasa solamente por el hecho de que la señora vaya y haga la denuncia, y si el señor tiene una orden de restricción, no lo deje acercarse. Esa es una protección fáctica [...], hay una protección que sucede a nivel de la vinculación, a nivel de la relación con el otro, a nivel de escuchar, de contener, de calmar, de responder, que tiene efectos que son exactamente igual de importantes que el hombre no pueda acercarse a más de 300 metros. (Entrevistada 7)

La psicotraumatología va más allá de la integración del trastorno del estrés postraumático en las intervenciones con violencia. Principalmente, intenta evitar que se expliquen todas las patologías desde una perspectiva patologizadora: déficit atencional, hiperactividad, trastorno del espectro autista, etc. Vuelve a poner sobre la mesa la sintomatología del trauma en relación al abuso sexual infantil, dejando atrás aquellas peligrosas construcciones teóricas que referían a la histeria en las mujeres y las fantasías de los niños.

La psicotraumatología permite hacer un diagnóstico más certero porque es un paraguas muy abarcativo y donde ya está estudiado que en los niños, las niñas y adolescentes que han sufrido situaciones de violencia, el trastorno de estrés postraumático les queda corto en cuanto al impacto traumático. Entonces, la psicotraumatología lo que permite es evaluar todas las variables en donde la experiencia traumática pudo haber impactado. (Entrevistada 6)

Esta corriente psicológica permite ir identificando en forma paralela la elaboración de un diagnóstico de situación y un tratamiento de reparación de daño, lo que también se conoce como *diagnóstico terapéutico clínico*.

Entonces, por un lado el diagnóstico y por el otro el tratamiento, o sea, una cosa no puede ir separada de la otra. Inclusive la línea es muy finita entre el diagnóstico y el tratamiento. Si bien desde lo pericial o de lo judicial necesitamos un diagnóstico concreto, desde lo teórico no puede ir separado, es un continuo. (Entrevistada 6)

En ambos niveles (diagnóstico y tratamiento) el marco teórico que aporta la psicotraumatología pone a disposición del terapeuta insumos que van más allá de lo relacional, de la interpretación del trauma y su sintomatología.

La psicotraumatología como disciplina permite saber qué es lo que tengo que preguntar y la manera en que lo tengo que preguntar, porque justamente la psicotraumatología nos permiten entender cómo hay áreas del cerebro que tienen que ver con el habla que están bloqueadas, cómo las memorias traumáticas tienen características diferentes a las memorias narrativas. Entonces la manera de preguntar, de hacer el diagnóstico de abuso sexual, implica tener en cuenta esto y sobre todo lo que tengo que buscar. Porque si yo no sé desde este marco teórico cual puede ser el impacto en el niño o en la niña, no voy a saber qué es lo que tengo que buscar. (Entrevistada 6)

El diagnóstico terapéutico clínico apuesta, entonces, al abordaje psicoterapéutico como devenir del diagnóstico en una continua retroalimentación. “Hay que apostar a que se genere esa continuidad, que no haya un quiebre. [...]. Sí, tiene que ser rápido el diagnóstico para las medidas de protección, pero va pegadito a lo terapéutico porque es como una continuidad” (Entrevistada 6).

6.3. Aportes teóricos y conceptuales del campo de la psicotraumatología: internaciones prolongadas en centros residenciales

Las internaciones en centros residenciales responden a la necesidad de generar un contexto protector para quien no lo tenía. Sin embargo, la vivencia que un niño o niña tiene de este evento está colmada de incertidumbre y desolación. Cuando los niños son internados a causa de una situación de abuso sexual se da la “profecía” que el abusador le transmitió al niño o niña por mucho tiempo: “si hablás, algo malo va a pasar”.

El desafío para quienes intervienen en estas situaciones es favorecer la integración en el niño o niña de dos cuestiones fundamentales: se encuentra viviendo en un internado para protegerlo/a de una persona a quien quiere, porque esta persona le hizo daño.

Su universo es complejo, porque en su universo hay un deseo de no haber sido abusado y un deseo de quedarse al lado de quien abusó de él y no lo cuida. Los dos deseos están guardados en la misma cabeza. (Entrevistada 7)

Lo más difícil de comprender es cómo a pesar de cesar la violencia, y puesto el niño en protección, los efectos de desregulación continúan. Aparecen las señales de ese daño en lo comportamental, en lo emocional, en lo cognitivo, porque realmente hay una herida, hay un daño psíquico importante que debe ser

reparado en mayor o menor grado y cuanto antes mejor. Cuanto antes podamos devolver la regulación a ese desarrollo más chance va a tener de tener una vida saludable. (Entrevistada 5)

La falta de información y de formación en quienes puedan estar atendiéndolo hace que no saben cómo contener a un niño o una niña que tiene un impacto traumático. Por ejemplo, si hay sobre sexualización o hiperactivación en sus conductas, cómo responder a ese shock emocional. (Entrevistada 6)

6.4. Características emocionales y fisiológicas de los niños y niñas que han vivido situaciones de abuso sexual

La matriz emocional en la que se encuentran los niños y niñas que vivieron situaciones de violencia sexual les genera una estructura psíquica deficitaria. Sin embargo, para estos niños es la única estructura posible: un padre abusa, pero tiene otras cosas buenas. Cuando el niño o niña es internado en un centro residencial proyecta en las relaciones que genera con quienes comparte la convivencia situaciones y conductas que hacen parte al contexto de confusiones en el que vivió.

Cuando los niños son internados a causa de situaciones de violencia sexual, el primer sentimiento de ese niño en algún lugar es de alivio, sentirse a salvo, poder dormir tranquilo, bañarse tranquilo, no tener miedo de estar con determinadas personas. Creo que eso debe ser el primer impacto. De hecho, en estos casos, me acuerdo de una experiencia, son casos donde estos niños o niñas pasan demasiado tiempo sin preguntar ni por la madre ni por nadie. (Entrevistada 1)

Lo más difícil de comprender es cómo a pesar de cesar la violencia y puesto el niño en protección los efectos de desregulación continúan. Aparecen las señales de ese daño en lo comportamental, en lo emocional, en lo cognitivo, porque realmente hay una herida, hay un daño psíquico importante que debe ser reparado en mayor o menor grado y cuanto antes mejor. Cuanto antes podamos devolver la regulación a ese desarrollo, más chance va a tener que detener una vida saludable. (Entrevistada 5)

Puede pasar que, en un centro 24 horas, un niño se comporte de manera armónica con una educadora, pero que con otra ocurra lo contrario. Si esta última reacciona en forma confrontativa, al niño se le refuerza la idea de que hay personas que “aunque me cuiden, me pueden hacer daño”.

Puede sentir. La gama de impacto traumático puede ser muy grande, pero la más cercana es el miedo que tienen, esa sensación de falta de confianza, de

extrañeza en el lugar donde pueda estar, miedo a que le pase algo a su familia o que le pase algo a él. Si fue amenazado, que esas amenazas se cumplan. (Entrevistada 6)

Por ello, cuando los niños están recibiendo tratamiento psicoterapéutico, lo ideal es que la persona que realiza el tratamiento pueda trabajar con los educadores/cuidadores que acceden a los referentes familiares de un niño que no está internado. Es habitual que cuando los niños reciben terapia vuelquen en el hogar situaciones y aspectos que los inquietan, incluso síntomas que ya habían remitido. Esta es una conducta esperada, para la que los educadores deben estar preparados y apoyarlos para que transiten esos momentos de forma contenida.

Las creencias negativas sobre sí mismo que, a largo plazo, más allá de la violencia sufrida, además van a incidir en su salud mental y su salud general. Insistimos en eso, porque crecer con este peso y con esta carga sabemos que enferma el cuerpo, no solamente la psiquis. (Entrevistada 5)

Me ha pasado en muchas consultas con chiquilines que han pasado la hora entera hechos una bolita en el piso (Entrevistada 8).

En lo comportamental, son niños que desde afuera uno los ve y pueden tener conductas erotizadas, esa búsqueda de satisfacción corporal de la manera que aprendieron y especialmente, si son adolescentes, que se incrementa eso cuando se encuentran con otros niños que han sufrido las mismas situaciones y no ha sido tratados. (Entrevistada 8)

Los niños necesitan sentirse seguros y protegidos. No sólo en lo que refiere a la posibilidad de vivir o no un episodio de violencia, sino también en lo que respecta a su seguridad psíquica. Necesitan sentir que recuperaron control de su cuerpo y de sus pensamientos, confiar en el mundo que les rodea. En otras palabras, necesitan hacer coincidir la matriz emocional que los acompaña con lo que sucede en la realidad.

La necesidad que tienen primero es de sentirse a salvo. Entonces uno dice: bueno, la situación ya fue interrumpida, sin embargo, eso no quiere decir que el niño o la niña se sienta seguro. Hay un montón de elementos contextuales que tienen que ser tenidos en cuenta para ir creando esa seguridad interna. (Entrevistada 6)

Lo mejor que podría pasar para ese niño es, por un lado, que en la institución tenga un referente más estable” (Entrevistada 7).

Sentirse queridos y contenidos (Entrevistada 8).

Niños y niñas que tienen la necesidad del abrazo, del contacto, sin importar quién se lo dé (apego indiscriminado)” (Entrevistada 4).

6.5. Características de la respuesta brindada por los hogares residenciales 24 horas en cuanto al acceso a los derechos establecidos en la Ley N.º 19.747

La internación en un centro residencial es una medida de protección excepcional para interrumpir la situación de violencia sexual. Implica la búsqueda de seguridad necesaria para iniciar un proceso de reparación de daño.

Los hogares muchas veces se quedan en esa primera respuesta (la de interrupción de la violencia), pero la violencia necesita ser intervenida en más de un nivel: el primero, vinculado a la valoración del riesgo y la protección; el segundo, vinculado al abordaje del daño con herramientas específicas. (Entrevistada 8)

Yo creo que no dar una respuesta inmediata es volver a violentar al niño. Porque se supone que nosotros somos el sistema de protección. Que parte de nuestra protección es intervenir y comenzar rápidamente un proceso de reparación” (Entrevistada 1).

Vos maneja te, yo cumplí con la orden judicial [...]. Y después tenés que maneja te: ver cómo consigues los recursos, si ya trabajaste con alguna organización, por ejemplo, ya hay un nivel de confianza: “che, te parece que yo puedo ir trabajando esto mientras ustedes...” (lo tienen en lista de espera). (Entrevistada 1)

En los centros de 24 h, los funcionarios que reciben al niño tampoco cuentan son información certera sobre los motivos de internación, sobre quiénes son los adultos que lo protegen y quiénes los que le hicieron daño. Entonces, tampoco es posible transmitirle si va a poder ver a sus adultos referentes, o qué pasó con la persona abusadora. Aun así, si contaran con la información, se necesita de un entrenamiento para atender a estos niños.

No sé si todos los operadores están formados respecto de cómo recibir a un niño o una niña que fue víctima de una situación de violencia, esto que vos decís, cómo le tienen que responder, cómo tienen que mirarlo, cómo tienen que escucharlo, cómo tienen que preguntar, cómo tienen hasta que moverse físicamente ellos en función de la protección del niño. (Entrevistada 6)

Las situaciones de violencia sexual no son abordadas especialmente, desde el punto de vista de la reparación del daño. Depende de la formación de los técnicos que intervienen

en la situación, así como de los recursos a los que ese centro residencial tenga acceso para brindarle determinado tipo de respuesta.

Incluso lo ideal sería que en vez de darle esa pastillita, den beca en un club deportivo, que pueda descargar eso que le está pasando de forma física, porque en realidad lo que le paso le paso en el cuerpo. Y muchos niños que están institucionalizados no practican deporte diariamente. Deberían todos practicar deportes. Nadie que vivió una situación de trauma debería dejar el cuerpo quieto porque el cuerpo en realidad necesita volver a restaurar los niveles de equilibrio. (Entrevistada 2)

La institución de cuidado tiene que hacerse cargo de poder devolver a ese niño lo que perdió, lo que le fue quitado y que es básico para tener un desarrollo normal de cualquier niña y niño. (Entrevistada 5).

Dadas las características administrativas de la institución que aloja a los niños y niñas, es altamente probable que los hermanos de diferentes edades sean alojados en distintos centros/hogares. En situaciones de abuso sexual, el daño se profundiza aún más, ya que los hermanos son las únicas figuras saludables de apego que tienen y sentirán culpa y responsabilidad por el destino de sus hermanos.

La niña no entiende cuál es su responsabilidad en eso y es acusada de algo que no generó. Entonces ahí su cerebro queda como congelado en eso: “culpa mía”. Las creencias sobre sí misma van a quedar instaladas, como solemos decir, fijadas. Las redes de memoria de esta niña —en clave psicotraumatología— van a quedar ligadas a “yo generé esto que nunca debió haber pasado y llevé a toda mi familia a esta situación”, “no soy buena”, “no soy apta para la vida”, “no merezco vivir”. (Entrevistada 5)

6.6. Información complementaria

De las entrevistas realizadas y del intercambio con los informantes calificados surge información que aporta tanto al objetivo general de la investigación como a sus objetivos específicos. Los aspectos o temas relevantes refieren a los abordajes psicoterapéuticos hacia los sobrevivientes de violencia sexual, la figura del terapeuta, la sinapsis expectante de neuronas y la medicación o tratamientos farmacológicos.

Sobre la necesidad de que niños y niñas que vivieron abuso sexual reciban un proceso psicoterapéutico:

Sabemos la importancia para la mente de encontrar un sentido que nos ha pasado. Es justamente el antídoto del trauma, el que encuentra sentido a lo que

vivió y puede cerrar la historia. Y muchas veces, con niños institucionalizados, conocimos su historia y tenemos algunas piezas del puzle. Parte del abordaje es dar un sentido: “esto es esto que te pasó. Hay algunas cosas que recordás, que no la has podido comprender”. Poder recomponer la historia del niño o niña. Para un niño, que es su vida y que puede tener el final feliz de una historia en la que él está aquí, vivo, aquí y ahora, con posibilidades de seguir viviendo, por más triste que haya sido aquello. Es como parte de la reparación, es importante en la reparación. No es imprescindible saber todos los detalles mórbidos. (Entrevistada 5)

La mayoría de los niños y niñas que concurren a espacios psicoterapéuticos esperan que sea el técnico quien le transmita el motivo por el cual está concurrendo y qué se espera que suceda.

La mayoría como que esperan que vos mentalices o que vos pongas en palabra eso que sufrió, primero porque no lo pueden hacer, y a veces porque los abrumba la emoción y no pueden dar cuenta de eso. Entonces, comenzar por ahí es como comenzar a poner conciencia y desnaturalizar que eso que pasó no estaba bien y ahora comienza el camino de reparación de eso. (Entrevistada 2)

Los niños que están institucionalizados necesitan, además, encontrar una explicación al porqué del ingreso a un centro de INAU. Necesitan saber qué va a pasar con su familia, a la vez que precisan que alguien les reafirme que el develamiento de la situación fue lo mejor que podrían haber hecho y que lo hicieron los adultos no fue su culpa. “Ellos necesitan trabajar la institucionalización, la separación con los padres, que va ser de su vida. Saber si es que se portaron mal y por eso están institucionalizados” (Entrevistada 3).

Un niño que no recibe intervención tiene un pronóstico sumamente negativo [...]. Sabemos que los niños que vivieron situaciones traumáticas van a estar con un nivel de desregularización en todas las áreas, de hiperactivación y de disociación [...]. De esa base parten la mayoría de los niños que vivieron trauma, entonces, cuando vos no intervenís, lo que pasa es que el niño va de una forma reforzando esos mecanismos, que son los que utilizó para sobrevivir el trauma. Muchas veces esos mecanismos obviamente no son para nada adecuados. Uno de ellos puede ser la manipulación, puede ser la mentira, puede ser cortarse para aliviar el dolor, puede ser pegar a otros niños o a los educadores. O sea, cuando vos no intervenís psicoterapéuticamente esos mecanismos que fueron utilizados por el niño para sobrevivir, se van instalando, y los mecanismos de expresión de la

rabia se siguen instalando, la configuración de la personalidad de ese niño se va ir estructurando con base en la disociación, con base en la agresividad, y tenemos personalidades psicopáticas. (Entrevistada 2)

Eso de no intervenir oportunamente realmente puede distorsionar mucho el futuro de la vida de esta niña. La psiquis con distintos perfiles posibles, ¿no? Trastornos depresivos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad” (Entrevistada 5).

Los equipos que realizan los abordajes psicoterapéuticos hacen énfasis en la necesidad de garantizar que el niño o niña esté protegido de posibles situaciones de violencia previo a iniciar el proceso de reparación de daño. Esto refiere, por ejemplo, a evitar que el niño o niña mantenga encuentros con la persona agresora, en el hogar o fuera de él, o a que se habiliten salidas del hogar con adultos de los que se sospeche que en el pasado no pudieron protegerlos.

Para iniciar la intervención especializada es fundamental reunir la mayor cantidad de información sobre la situación del niño:

La mayoría de los casos que atendemos ya están dadas las medidas de protección y ya sabemos qué tipo de vulneraciones ha sufrido el niño y, por lo menos rápidamente, ya sabemos qué tipo de adversidades son las que vamos a estar trabajando y abordando. (Entrevistada 3)

Las entrevistas con el niño aportan sobre el nivel de daño que lo acompaña: indicadores de trauma y trastorno postraumático, establecer el vínculo con el terapeuta y un contexto que habilite la legitimación del sufrimiento.

Entonces, en los primeros encuentros fluctúa mucho el sentir del niño, hacerlo sentir cómodo, hacerle sentir que ese espacio es un espacio de protección, que es un espacio de disfrute, también de juego, donde va ir sanando progresivamente, y bueno, parte de los primeros objetivos es la legitimación del sufrimiento, o sea, que el niño pueda ir también, dándole todo un entorno seguro psicoeducativo de qué fue lo que le pasó, de por qué está acá. (Entrevistada 2)

Se abordan aspectos de la sintomatología del trauma que se manifiestan en otros espacios de la vida cotidiana de los niños (hogar, escuela, actividades recreativas). Por lo general, los mensajes del entorno que el niño recibe respecto a esas conductas (juicios calificativos, suspensión de actividades, consultas médicas, entre otras), retroalimentan la imagen negativa que tienen de sí mismos.

Para mí es bien importante transmitirle al niño que, como él está conmigo en el consultorio, él puede estar afuera con los demás, en cualquier ámbito. Porque generalmente, con nosotras —y nos pasa porque ya lo hemos conversado—, los niños logran vincularse de una manera muy hermosa. Prácticamente nunca hemos tenido experiencia de niños, o sea, de que nos han querido lastimar, o pegar, o escupir, o cosas así, que sí sabemos que es lo cotidiano en el hogar. Ellos acá se vinculan de otra manera porque cuidan ese vínculo que entienden que es de amor, es de cuidado, y nos respetan muchísimo. (Entrevistada 2)

De esta forma, el espacio terapéutico contribuye de manera diferencial a devolverle al niño o niña su capacidad para regularse y para ser empático, al igual que muchas otras que se ponen en juego, en un principio, en forma exclusiva en el espacio terapéutico.

Cuando el niño entiende que eso que logra hacer contigo, él tiene la capacidad de hacerlo afuera, con su maestra, en el hogar, con otros adultos, con otros niños también es como empezar a mostrar cómo está dentro de él esta capacidad de autorregularse, esta capacidad de no romper todo cuando se enoja. (Entrevistada 2)

Una intervención que se llama: Mi buen corazón. ¿De qué se trata? Bueno, de separar el comportamiento del niño de su esencia como ser humano. “Tú sos un niño bueno al que te han pasado muchas cosas, y este comportamiento que tenés no tiene que ver con el niño bueno que tú sos [...]”. Entonces, mirarlo con esa mirada esperanzadora, separando su comportamiento y todas las consecuencias de lo que haya vivido de lo que él ve como persona, de lo bueno que él es [...]. Me ha pasado de encontrarme con niños con sintomatologías múltiples —independientemente de que hayan sido violentados o no— y la alegría escuchar: “porque una vez tú me dijiste que yo era bueno” o “tú le dijiste a mamá que yo era una buena persona”. Ya con 15, 20 años: “y acá estoy, soy una buena persona porque mi mamá se lo creyó, entonces fui lo que ella se creyó”. Si será importante en estos niños, y lamentablemente, la mirada de la misma institución, muchas veces, en la comunidad, y de los profesionales también. Es triste pero es así. (Entrevistada 5)

La figura del terapeuta en los procesos de reparación de daño:

Cuando el vínculo de apego está dañado, el rol número uno del terapeuta es ofrecer esa figura, es ofrecer ese lugar, tomar ese lugar para ese niño. (Entrevistada 5).

Parecería que no hay plazo para eso, y eso es muy alentador y es un desafío. No solamente hay que abordar esos niños, sino que a su vez hay que hacerlo con esta cabeza, porque somos la chance y es posible recuperar esa confianza y esa certeza cuidada, solamente si se establece un vínculo de apego símil, símil a aquel que debería haber tenido y fue roto. Cuando el cerebro aprende que eso es posible, entonces todas las otras posibilidades se alinean detrás de esta. Esta es la principal. (Entrevistada 5)

La importancia también de que es un espacio para ellos, porque pensando en los que están institucionalizados, todo es como en conjunto, como en grupo, y acá tener su espacio, su lugar, su terapeuta, saber que en la medida de lo posible podemos guardar cierto secreto o tener como el silencio a determinadas cosas para el afuera. Eso es como muy tranquilizador. (Entrevistada 2)

Nos pasa muchas veces, sobre todo con los más chicos, esto de que nosotras oficiamos como figuras saludables. (Entrevistada 3).

El concepto de sinapsis expectante lo trae la Dra. Magdalena García y refiere concretamente a los comportamientos o habilidades neuronales que se van adquiriendo durante toda la vida con el estímulo del medio

El niño viene y necesita ser estimulado para hablar, para caminar, para mover, para adquirir habilidades sociales, las va adquiriendo en contacto con nosotros. Por eso, las manos en las que cae el cerebro son tan importantes. Si no reciben en tiempo y forma el estímulo que necesitan, esa posibilidad se pierde. Sin embargo, las sinapsis que están destinadas a establecer el vínculo de apego, el vínculo más profundo y de confianza y de cuidado, no caducan. Siempre hay chance, y eso muestra lo importante que es para la especie el apego. O sea, es tan vital para un niño, tan vinculado a la vida, que por eso está previsto que su cerebro mantiene la posibilidad de generar esa sinapsis hasta que se ocurra. (Entrevistada 5)

Cuando ese adolescente tenga 16 años, con 16 años ya las probabilidades de reparar algo son bajísimas. ¿Cuándo reparamos? Bueno, reparamos por un tema de plasticidad cerebral, reparamos cuando sucede el trauma, repararlo cuando el cerebro todavía está ahí en vía de desarrollo, en vías de estructurarse. (Entrevistada 2)

Es habitual que los niños y niñas que se encuentran internados reciban tratamiento medicamentoso. Esto debe ser el complemento de un abordaje psicoterapéutico para aquellas funciones que se han visto afectadas y que se acostumbraron a funcionar a un

nivel insuficiente como el sueño, el humor, la concentración, entre otras. El síntoma o la manifestación aprehendida del evento traumático nunca debe ser desalentada únicamente con tratamiento farmacológico:

Psiquiatras tomamos conciencia de que lo que tiene que ver con los efectos de la violencia realmente no mejora sensiblemente, sustancialmente o solamente con el fármaco. Y a veces lo que hacemos es intervenir farmacológicamente mientras —así debería ser— suceden otras cosas. (Entrevistada 5)

Porque el abordaje en estas situaciones decimos que es sintomático, quiere decir que si un niño tiene un grado de agresividad tan grande que se daña y daña a otros niños, nosotros intervenimos para frenar esa impulsividad, sabiendo que esa impulsividad es el cerebro bichito suelto y que tenemos que devolverle la corteza pre frontal para que pueda él mismo regularse. Mientras tanto, ayudamos para que no se dañe gravemente, ni dañe a otros. Lo mismo con otras funciones, como el sueño. (Entrevistada 5)

La medicación bien entendida y cuando realmente se necesita, a mi entender ayuda y complementa lo que es el trabajo nuestro (psicoterapia). El tema es que, en el contexto con los chiquilines que trabajamos, en el mejor de los casos puede ser que el psiquiatra lo vea una vez cada seis meses y que no se acuerda quién es, entonces, ese seguimiento y esa situación es como inviable, entonces no está bien hecho. Y muchas veces vamos por la demanda del adulto del hogar que no puedo con este gurí: “medicámelo”. (Entrevistada 2)

La mayoría de los casos que tengo, la medicación está siendo contraproducente, porque en realidad favorece la disociación de las emociones, los niños no sienten, no están conectados con lo sienten, entonces ese lugar, a su vez, muchas de las veces quedan en estado de somnolencia, la cabeza como embotada. (Entrevistada 2)

7. Hallazgos teóricos y empíricos que aportan a la discusión.

Los hallazgos que surgen en este apartado son producto del análisis de la información relevada en función de los objetivos específicos de la investigación. Se integra la revisión de aportes teóricos y empíricos que complementan la conceptualización y el conocimiento del problema.

7.1. La respuesta del sistema de protección a situaciones de violencia sexual infantil

Las situaciones de violencia sexual a niños y niñas detectadas por el sistema de protección —sea a través de indicadores o mediante relato del niño, niña o de un tercero— realizan un recorrido institucional a efectos de recibir una respuesta que logre interrumpir la situación de violencia, salvaguardar la integridad del niño o niña a partir de una propuesta de reparación de daño.

Las situaciones de violencia sexual, sobre todo, requieren de intervenciones altamente especializadas. Particularmente, son fundamentales los procedimientos del sector de la salud, que deben ser rigurosos y estandarizados, ya que de la calidad de la actuación del sector depende el curso de la situación y, por lo tanto, el tipo de protección que pueda brindarse al niño o niña.

En algunas situaciones, a efectos de interrumpir la violencia y de proteger al niño o niña, se le brinda hospitalización inmediata. Esto se dispone cuando la persona abusadora convive con el niño o niña; cuando no se identifica una persona adulta que pueda protegerlo; o cuando el cuadro clínico requiere atención que sólo puede brindarse en este nivel de atención en salud.

En estas situaciones, los equipos de referencia en violencia basada en género y generaciones¹⁷ de los prestadores de salud inician el proceso de investigación diagnóstica con el fin de recabar los elementos necesarios para judicializar la situación. Enterada de los hechos, la justicia deberá tomar una o varias de las medidas de

¹⁷ Los Equipos de Referencia en Violencia Basada en Género y Generaciones están a cargo de la atención y seguimiento a las situaciones de violencia doméstica y sexual a lo largo del ciclo vital, de alto riesgo y/o daño; identificar barreras existentes en el prestador de salud para el abordaje de la temática y proponer estrategias adecuadas para superarlas; favorecer la articulación de la respuesta a lo largo de todos los niveles de atención, asegurando la adecuada referencia, contrarreferencia y seguimiento longitudinal; Asesorar a las Direcciones Técnicas en todo lo que atañe a la problemática como referentes técnicos del prestador de salud; transversalizar este tema en todo el proceso de atención que se brinda en la Institución de manera que la atención a la violencia doméstica y sexual se integre como un tema de salud a partir de la sensibilización y capacitación al personal; participar en espacios de articulación intra e interinstitucional e intersectorial; y, por último asesorar al prestador para cumplir con el envío de la información a las dependencias correspondientes (Reperfilamiento de los Equipos de Violencia Doméstica, 2015)

protección urgentes establecidas en la Ley N.º 19.747 ya mencionadas, que incluyen, entre otras y como última medida, la internación provisoria del niño o niña por amparo en hogar de INAU, según lo establece el artículo 120.

Si esta es la medida de protección dispuesta, es probable que durante la internación hospitalaria el niño o niña esté al cuidado de una acompañante de hospital, sin poder recibir visitas de otros familiares, salvo que el INAU informe lo contrario —a efectos de preservar la investigación judicial en curso—, a la espera de un cupo en un centro residencial.

Según establece el *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes* en el marco del SNIS, durante la internación hospitalaria se le practicará una serie de estudios clínicos y paraclínicos para conocer la entidad y la magnitud del daño generado por la situación de abuso. Si es posible, se intentará recabar pruebas que logren incriminar a la persona agresora (MSP, 2018).

Una vez que el niño o niña se retira del centro de salud e ingresa a INAU —entre uno y dos meses después del ingreso al hospital— es probable que su situación sea conocida por los técnicos intervinientes no de forma inmediata. Los tiempos acotados que genera la sobrecarga de trabajo de los técnicos y la complejidad propia de una situación de abuso sexual contribuyen a esta espera. Como se mencionó en el capítulo anterior, la violencia sexual infantil suele “paralizar” a los adultos del centro residencial donde permanecerá el niño o niña. En la gran mayoría de las veces, con el afán de no generar más daño, los operadores optan por reprimir cualquier señal que pueda “traer” la situación de abuso al momento presente. “La incomodidad ante el trauma puede hacer que los adultos cambien rápidamente de tema, que pregunten con dudas o simplificando las preguntas, o que cuestionen a los niños por no haber contado antes” (Silberg, 2013, p. 18).

Entonces, el silencio sobre lo que le ocurrió, por qué está en INAU, dónde está su familia o cuándo la podrá ver, se hace presente por un período de tiempo aún mayor. Este conjunto de factores contribuye a la necesidad de trabajar en la reparación del daño respecto al abuso sexual, a la vez que el daño que le produjo la atención desajustada, distante y silenciosa del sistema de protección.

Este tipo de respuesta promueve la retractación del niño y desorganiza la información disponible en el diagnóstico psicosocial, especialmente en lo relacionado con la valoración de los vínculos de las personas del entorno del niño o niña. Como se esboza en el capítulo anterior, son los mismos equipos los que solicitan al juzgado medidas de restricción de acercamiento cuando infieren que el vínculo que establecen las personas

adultas del entorno al niño o niña no es protector. Pese a los tiempos en los que esta medida podrá efectivizarse, es la herramienta más efectiva de la que disponen los equipos para garantizar la protección del niño, especialmente cuando quien solicita el encuentro con el niño o niña viene acompañado de un abogado que lo represente.

7.2. El daño en las situaciones de abuso sexual infantil

Hacer referencia a niñas y niños sobrevivientes de abuso sexual no es otra cosa que hablar de las consecuencias y el daño que un evento traumático de esta naturaleza les ha dejado. Sin dudas ello va a depender de una serie de variables vinculadas al hecho en sí y a los recursos del niño/a, a saber:

- El tiempo transcurrido desde el inicio del abuso. A mayor cronicidad, más daño potencial.
- La proximidad afectiva con el perpetrador. Las peores consecuencias se presentan cuando el victimario es una figura de apego.
- Tipo de conducta abusiva (uso o no de violencia física). La presencia de dolor físico y el uso de violencia que evidencia intencionalidad de dañar están ligados a mayores consecuencias a largo plazo.
- Fragilidad psíquica previa del niño/a. Niños sugestionables, sumisos, con baja autoestima tienen mayores dificultades en la evolución.
- Reacción del entorno. Si el entorno reacciona en forma desmedida y desajustada, el niño/a va a considerar que lo que le ha sucedido no tiene solución. De igual modo, si no le creen cuando refiere lo que le sucede, va a sentir mayor desprotección.
- Sostén familiar y social con que cuente. A mayor sostén familiar y comunitario, mayores posibilidades de reparación de daño. (MSP, 2018)

A nivel psicológico y fisiológico, especialmente, en edades tempranas, es posible observar alteraciones en:

- El sueño: despertares frecuentes, dificultades para conciliar el sueño.
- La alimentación: vómitos frecuentes sin causa detectable, pica, selectividad.
- El juego: juego pobre, repetitivo, imposibilidad de simbolizar.¹⁸

¹⁸ En la niñez se suele jugar al *como si*: hacer que se toma de una taza invisible, que un palito es un avión, etc. A eso se le llama *juego simbólico*. Quienes han sufrido un trauma se vuelven *concretos*, no pueden jugar así.

- Del comportamiento: balanceo y *head banding*,¹⁹, deambulación errática, rumiación (regurgitación repetida de alimentos).
- De las relaciones sociales: miedos extraños ante personas o situaciones, apego indiscriminado o muy selectivo. (MSP, 2018)

Por su parte, la Unidad de Víctimas y Testigos de la Fiscalía General de la Nación en su *Protocolo de actuación de la Unidad de Víctimas y Testigos para las situaciones de violencia doméstica y sexual* (FGN, 2020) realiza una descripción sobre cómo el nivel de daño provocado por la situación de violencia sexual puede afectar en forma significativa al proceso de investigación penal.

Los niños que han sufrido una modalidad extrema de abuso sexual están menos dispuestos a revelar su victimización sexual. A su vez, la edad es un factor que muestra diferencias en las características del relato de develamiento: tiende a ser vago en niños pequeños; tiende a ser accidental y responde a eventos precipitadores, mientras que los niños de mayor edad son más propensos a develar en forma activa. Asimismo, los niños pequeños de menos de 6 años están menos dispuestos a la develación en un contexto formal de investigación. (FGN, 2020, p. 40)

Si bien todos los niños y niñas son diferentes en cuanto a su estructura psíquica, y pese a la diversidad de contextos y dinámicas que acompañan una situación de abuso sexual, existen denominadores comunes que pueden observarse con precisión al describirlos desde el enfoque de la psicotraumatología. Varios son los autores que describen, retoman y profundizan en torno a estos síntomas y sus manifestaciones, entre ellos Herman, Silberg y Vander Kolk.

Silberg enfatiza en la distinción entre el trauma producto de incidentes aislados y el trauma crónico o a largo plazo, cuyo origen se sitúa durante los primeros años de vida. Cita a Herman (1992) en referencia a la definición que ella hace de *trauma complejo* y la similitud con este último tipo de trauma, lo considera un trauma relacional de origen temprano que deja efectos duraderos en las capacidades básicas de las personas traumatizadas tempranamente.

Se identifican seis áreas de funcionamiento que se ven afectadas por el trauma temprano: alteración de la regulación afectiva, de la conciencia de la percepción

¹⁹ Cuando se produce violencia pueden presentar síntomas similares al autismo: se balancean de atrás hacia adelante y golpean la cabeza contra la pared (*head banding*).

de uno mismo, de la visión del autor de los hechos, de las relaciones y de los sistemas de sentido o significado. (Silberg, 2013, p. 18)

El niño o niña que ha sido traumatizado, así exista la seguridad que está a salvo, tiene la sensación de que algo malo puede ocurrirle. Focaliza su atención en no volver a ser agredido y vive en forma perturbadora determinados momentos del día que lo evocan a la situación de abuso.

Cuando un niño/adolescente se enfoca en la supervivencia, los aprendizajes se ven afectados, la atención se centra en detectar señales de alerta, especialmente todos los comportamientos no verbales implicados en la comunicación, en detrimento de la comprensión de contenidos. (SIPIAV, s. f., p. 18)

Van der Kolk, junto a Robert Pynoos, en el año 2009 presenta formalmente, junto a especialistas integrantes de la National Traumatic Stress Network (EEUU), la categoría diagnóstica conocida como *trauma complejo del desarrollo* (van Der Kolk, 2015). Este concepto diagnóstico incluye una serie de criterios consensuados, muchos de los cuales se reflejan en la siguiente enumeración de despliegues conductuales de niños y niñas que vivieron situaciones de violencia sexual y están internados en un centro 24 horas:

Miedo excesivo (terror) e hipervigilancia

Los niños y niñas que experimentan sistemáticamente eventos traumáticos desarrollan mecanismos de adaptación de las funciones corporales a la situación. La hiperactivación permanente altera en forma dramática la autorregulación corporal (sueño, alimentación, eliminación de esfínteres, etc.). Esta adaptación se caracteriza por una sobre exigencia de la función corporal, inhibiendo su comportamiento normal, generando enfermedades físicas y daño en los órganos del cuerpo. "Atrapados en un ciclo de necesidades razonables y expectativas irracionales, algunos niños desatendidos se vuelven extremadamente obedientes, temerosos de que un error les prive del escaso cuidado y atención que reciben" (Yehuda, 2016, p. 82).

Disociación

La desconexión o evitación emocional con la situación responde a la incapacidad de integrarla y reconocerla como tal. En el momento de experimentar el evento traumático se constituye un estado de separación entre lo que se esté viviendo y lo que está pensando. Este mecanismo aprehendido se activa en forma involuntaria cuando se perciben potenciales situaciones de riesgo.

Algunos niños aprenden a protegerse contra la conexión, ya que esta conlleva una pérdida repetida (por ejemplo, trabajadores que bañan rápidamente al niño y luego desaparecen, pérdida de colocación, adopciones fallidas). Es posible que algunos de ellos no sepan como reconocer o aceptar atención cuando se les ofrece. (Yehuda, 2016, p. 87)

Autopercepción negativa

La imagen que los niños y niñas tienen de sí mismos es de merecedores de cosas malas o negativas. Esto es producto de los mensajes que se recibió por parte de la persona abusadora, a efectos de culpabilizarlo y responsabilizarlo de la situación. También es producto de haber pedido ayuda, pero no haber sido registrados por quienes aparecían como referentes principales de cuidado. “Aunque no tienen opción ni culpa alguna, sin importar como se desarrolle el abuso, suelen culparse a sí mismos y se sienten avergonzados, culpables, sucios, rotos y malvados” (Gómez, 2012; Herman, 1997; Lehman, 2005; Putnam, 1997; Silberg 2013; Wieland, 2011, como se citó en Yehuda, 2016, p. 102).

La National Traumatic Stress Network, en adelante NCTSN, refiere a una percepción negativa y persistente de uno mismo, que incluye autoaversión, impotencia, inutilidad, ineficacia o defectuosidad.

Desregulación emocional

Los estados emocionales desregulados producto de las experiencias traumáticas que evocan terror, ira y dolor se agrupan en una categoría a la que los psiquiatras han llamado *disforia*. Se trata de un estado de confusión, agitación, vacío y absoluta soledad.

Según la NCTSN, el niño o niña presenta competencias disminuidas para regular su activación frente a determinados estímulos: incapacidad para tolerar o superar estados de afectos extremos y alteración de las funciones corporales (sueño, alimentación, reactividad exagerada o insuficiente al tacto y a los sonidos, desorganización en las rutinas), disociación y dificultad para describir emociones o estados corporales.

Apego traumático/desorganizado

Se trata del apego construido en base a un vínculo ambivalente con el referente principal de cuidado. Es el tipo de apego que se genera en las situaciones de violencia interpersonal cuando la persona cuidadora es quien atemoriza al niño o niña, pero a la vez es quien, en momentos de relativa calma, le brinda cuidado y protección. “Es posible confundir la dependencia con un apego rápido, pero rara vez es un apego seguro, puesto que está impulsado por la ansiedad, la pérdida y el anhelo” (Liotti, 2009; Lyons-

Ruth et al., 2009; Schore, 2012; Silberg, 2013; Wieland, 2011; como se citó en Yehuda, 2016, p. 82).

La fragmentación de la conciencia es una de las estrategias que utilizan niños y niñas para sobrevivir al apego traumático. Es un recurso que utilizan para funcionar en el debate constante entre evocar representaciones internas de referentes adultos protectores y la necesidad de protegerse de estos mismos adultos, ya que necesitan de ellos de la misma manera que necesitan protegerse (Herman, 2005). Siberg realiza una interesante descripción del síntoma: “los trastornos de memoria asociados con el abuso sexual, tanto la hipermnesia (un recuerdo tan nítido que parece que está ocurriendo de verdad) como la amnesia de eventos traumáticos o autobiográficos, pueden asociarse con anomalías en el hipocampo” (Silberg, 2013, p. 28).

Los jóvenes supervivientes de traumas durante los primeros años de vida -abuso sexual, maltrato físico, negligencia, abandono, haber vivido en múltiples hogares de acogida- suelen utilizar estrategias disociativas para afrontar los dilemas de su mundo. Utilizan programas automáticos como la rabia, la retirada, o la regresión, que les ayudan a evitar la implicación emocional [...]. A veces sufren amnesia de episodios recientes porque han aprendido que recordar la realidad de su propia conducta y la de los demás puede generar una ansiedad abrumadora que son incapaces de calmar. (Silberg, 2013, p.11)

La NCTSN ha identificado este tipo de comportamiento como *desregulación del yo* y *desregulación de las relaciones*. Refiere a la confusión que se genera en el niño o niña sobre quién es en relación con los otros. Esto lo lleva a tener sentimientos y conductas ambivalentes respecto a las personas que los cuidan y respecto a sí mismo, como por ejemplo, excesiva preocupación y cuidado por las personas que les hicieron daño; contacto físico inapropiado o excesivo con personas que los cuidan en vínculos saludables (Vander Kolk, 2015).

7.3. El daño en las situaciones de internación prolongada

Las rutinas y condiciones del internado inciden dramáticamente en el desarrollo de la autonomía y la construcción de la identidad de los niños y niñas. Según refieren autores citados por Dorado Primo²⁰ en una investigación referida a los efectos de la internación prolongada en niños y niñas menores de 8 años de edad, sus efectos en el niño o niña dependerán de la edad que tenía al momento de la internación; de los cuidados —y

²⁰ Eisemberg, 1982; Beres y Obers, 1950; Gregory, 1958; Pringle y Bossio, 1958; Rurrer, 1972.

descuidos— que recibió previo a ésta; de la edad que tiene cuando finaliza la internación; del tiempo que dura y de la posibilidad de mantener vínculos con su familia de origen en el internado (Dorado, 1990).

En Uruguay, el Informe N.º 35 del MNP de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (NDDHH, 2015), da cuenta de que algunos de los centros residenciales para niños y niñas no contemplan aspectos que hacen a la preservación y/o construcción de su identidad. Por ejemplo, no cuentan con espacios personalizados para que guarden su ropa y/o pertenencias. Por el contrario, la ropa es compartida por los niños. En este tipo de centros la rutina se organiza en forma grupal y homogénea, los horarios son rígidos y existe escases de espacios alternativos. La despersonalización del trato profundiza el efecto traumático de la violencia sexual vivida previo a la internación dando lugar a pensamientos negativos sobre sí mismos, como percibirse inexistentes o no merecedores de distinción alguna.

Respecto a la atención en salud mental, el Informe N.º 35 del MNP de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo refiere a la existencia de dificultades para el acceso de los niños internados por amparo a tratamientos en salud mental, principalmente cuando se requiere de psicoterapia especializada para situaciones que generan traumas graves y complejos, como la violencia, el abuso y la explotación sexual. En el interior del país la situación es más limitada, ya que no existen servicios especializados que aborden este tipo de problemática, a diferencia de Montevideo y el área metropolitana, donde pese a estar sobrecargados, existen servicios especializados gestionados por organizaciones de la sociedad civil en convenio con INAU (INDDHH, 2015):

Como consecuencia de todo lo anterior, muchas situaciones de niños y adolescentes con problemáticas de salud mental que no son correctamente atendidas durante su tránsito por el sistema de protección, derivan en egresos hacia clínicas psiquiátricas y otros procesos de institucionalización, con limitadas posibilidades para el desarrollo de proyecto en medio familiar y/o autónomo. (INDHH, 2015, p. 46)

Otra dificultad importante del Sistema de Protección 24 horas refiere a la fragmentación etaria de los hogares. Esta situación genera la separación de hermanos en distintos hogares cuando son varios los niños de un grupo familiar los que ingresan al sistema. En estos casos, se apuesta a generar encuentros periódicos entre los niños, lo que no siempre es fácil de sostener, ya que depende de los tiempos y las posibilidades de los educadores y/o funcionarios.

El abordaje de estrategias para grupos de hermanos, reviste particular preocupación en la mirada al sistema de protección. Especialmente en aquellos casos donde no existen referentes familiares capaces de asumir el cuidado de los mismos (ni en la familia nuclear, ni en familia extensa u otros vínculos significativos); el sistema evidencia dificultades para generar respuestas pertinentes que puedan garantizar su derecho a permanecer y crecer juntos. (INDDHH, 2015, p. 29)

La manifestación del daño que produce la internación prolongada de niños y niñas en hogares residenciales, en especial cuanto este ocurre en edades tempranas, se asemeja a las características de un diagnóstico de autismo. Esto se debe al contexto y la dinámica de los estímulos que reciben por parte de las personas encargadas de su cuidado en el centro residencial:

Es posible que los niños no se apeguen o comuniquen adecuadamente porque nunca han aprendido el modo de hacerlo; pueden no asociar con la comunicación o el lenguaje los sonidos que emiten otras personas porque los sonidos del lenguaje no estaban dirigidos a ellos y no eran más significativos que los sonidos de fondo. (Yehuda, 2016, p. 87)

Por último, Felipe Lecannelier, es categórico cuando se trata de valorar los efectos de la institucionalización. Los estudios que se han desarrollado por el instituto que dirige (Centro de Apego y Regulación Emocional) han demostrado que las zonas más afectadas son aquellas vinculadas al desarrollo emocional y que la severidad de estos efectos dependen del tiempo de internación y de la posibilidad de mantener cuidadores estables y exclusivos.

La evidencia de los efectos de la institucionalización temprana ya es bastante clara, ya se están haciendo estudios de desarrollo cerebral, de psicofisiología, psiconeuroinmunología, y lo que se ha visto, en general, es que todas las áreas del desarrollo se ven afectadas con la institucionalización temprana. En particular, las áreas que más se ven afectadas son las más importantes en el desarrollo socioemocional. No todo niño institucionalizado está condenado al riesgo. Hay varias variables que influyen. Las dos más importantes son: el tiempo de institucionalización, más de dos, tres años, sobre en los primeros dos o tres años de vida, y la ratio de cuidadores por niño. (UNICEF, 2015, p. 15)

8. Consideraciones finales

La violencia sexual a niños y niñas, especialmente cuando ocurre en edades tempranas, genera un daño psíquico profundo que se manifiesta tanto a nivel fisiológico como psicológico. A efectos diagnósticos, la psicotraumatología como disciplina permite visualizar y comprender las manifestaciones del daño producto de la violencia sexual, al mismo tiempo que facilita la identificación de los componentes necesarios para elaborar una respuesta que apunte a su reparación.

La internación de un niño o niña en un centro residencial es una medida de protección que se define en forma excepcional, cuando no existe otra alternativa que permita interrumpir la situación de violencia. Se configura frente a la inexistencia de personas adultas que puedan hacerse cargo de su cuidado de manera saludable y/o que garanticen su seguridad. No es posible dimensionar el alcance de este tipo de respuesta, ya que en Uruguay se desconoce el número absoluto de niños y niñas que vivieron situaciones de abuso sexual.

Siguiendo esta línea argumental, puede inferirse que los niños y niñas objeto de esta medida han vivido no solo violencia sexual, sino también desamparo en forma crónica por parte de las personas encargadas de su cuidado. Es posible inferir, entonces que el desamparo presentado de esta forma, comprende distintos tipos de violencia de manera sistemática y sostenida: maltrato emocional, abandono, negligencia, maltrato físico. El encuentro entre una situación de abuso sexual infantil y una o varias tipos de violencia supone la imposibilidad de interrumpir la situación de abuso, en el entendido de que quienes desamparan son las mismas personas que deberían proteger.

La psicotraumatología aporta elementos para comprender la afectación que produce el daño en niños y niñas sobrevivientes a la violencia sexual en contextos de desamparo cónico. Según esta perspectiva, las manifestaciones de estos síntomas corresponden con el concepto de trauma complejo del desarrollo, y deben ser atendidas desde la reelaboración de la causa del trauma, no únicamente desde la regulación del comportamiento que lo expresa.

Las manifestaciones que propone el concepto de trauma complejo del desarrollo encuentran su correlato en la sintomatología que presenta gran parte de los niños y niñas internados en instituciones residenciales como medida de protección al abuso sexual: desregulación afectiva y fisiológica; desregulación de la atención, la conducta y el manejo del estrés; desregulación del yo y relacional; síntomas del espectro postraumático con una duración de al menos 6 meses y disminución funcional en la escuela, la familia y el grupo de semejantes.

Bajo esta premisa, es esperable que los y las operadoras que reciben a los niños y niñas en los centros residenciales se encuentren con la sintomatología del trauma desplegada en forma caótica y contundente. Si, además, el niño o niña tuvo una estadía breve o prolongada en una institución de salud previo a la medida de amparo, es esperable que las consecuencias de ese pasaje hayan agudizado la intensidad del daño.

La preparación que tenga el personal del centro residencial —técnicos, auxiliares y educadores— es determinante para iniciar la reparación del daño. Se requiere de un entrenamiento preciso en violencia sexual infantil para acompañar al niño o niña en el tránsito por su internación de manera empática y comprensiva. Las prácticas cotidianas que despliega el personal de la institución son fundamentales para devolverle la capacidad para conectar con otros, el sentido de protección y una visión positiva de sí mismo. Entender, empatizar y saber cómo actuar y qué decir frente a determinadas preguntas del niño o situaciones que se generan es fundamental para no seguir revictimizando.

Lo primero que necesita el niño o niña que vivió abuso sexual es sentirse protegido, sentir que esa situación no se volverá a repetir y que ha recuperado el control de su cuerpo y de sus pensamientos. Una de las dificultades con la que se encuentran los técnicos y el personal del centro refiere a la ambigüedad generada por el derecho de los niños a mantener sus vínculos familiares en el marco de la medida de protección, y la posibilidad de que la persona a quien se autoriza el encuentro con el niño sea quien lo abusó o quien habilita, promueve o naturaliza el abuso.

En esta situación existen dos herramientas de las que puede hacerse el personal del centro para evitar los encuentros: solicitar medidas de restricción de acercamiento a la justicia y, mientras se esperan que las personas sean notificadas, evitar que se genere el contacto, y trabajar con las personas no agresoras la desnaturalización de la situación de violencia.

Otro aspecto que es fundamental para el niño o niña en esta situación refiere a la necesidad de encontrar un sentido a lo que le pasó. Reelaborar lo vivido es la manera de dar sentido a su existencia y de recuperar el control de su cuerpo y sus pensamientos. El espacio terapéutico contribuye de manera diferencial a devolverle su capacidad para regularse y ser empático.

De este modo, es fundamental que el personal que está en contacto cotidiano con el niño o niña pueda poner en palabras las razones por las cuales está en el centro, por qué existen estos centros, quiénes son las personas adultas que están ahí, dónde están

sus hermanos, cuándo los podrá ver y por qué no están juntos ahora, así como todos los demás aspectos que hacen a su vida en este nuevo lugar.

Una de las consecuencias de la revelación del abuso sexual es el sentimiento de culpa que invade a los niños y niñas que lo sufrieron. Ese malestar debe ser abordado de manera inmediata por el sistema de protección. El mensaje de “soy malo” que se instaló fruto de la dinámica relacional del abuso sexual se refuerza con la internación. Este sentimiento se profundiza cuando hay hermanos que también son internados, especialmente cuando son internados en diferentes hogares. Dadas las características administrativas de la institución que aloja a los niños y niñas, es altamente probable que los hermanos de diferentes edades y/o géneros sean alojados en distintos centros/hogares. En situaciones de abuso sexual, el daño se profundiza aún más, ya que los hermanos son las únicas figuras saludables de apego sostenida en el tiempo.

El acceso a un dispositivo especializado en violencia infantil depende de la posibilidad que tengan técnicos y técnicas de acceder a este, o de si la situación vino o no acompañada de una resolución judicial donde se exhorta al sistema de protección a que ello ocurra.

Lo ideal es que el terapeuta que atienda al niño o niña trabaje además con sus educadores, de manera tal que puedan comprender y acompañar el proceso que está transitando. Es esperable que vuelque en sus espacios cotidianos situaciones y aspectos que lo inquietan y que se movilizan en el espacio terapéutico, incluso síntomas que ya habían remitido.

Si la respuesta del sistema de protección no contempla un abordaje de reparación a la situación de violencia sexual, se genera una profundización del daño: no veo el abuso, igual que tus cuidadores no lo vieron. El mensaje que les llega es que son merecedores de lo que les ocurrió. Además, en el contexto de la violencia sexual y el desamparo crónico, niños y niñas desarrollan mecanismos y estrategias para sobrevivir de manera funcional a esa dinámica relacional, como la mentira, la manipulación y la disociación. Si no existe una intervención oportuna que apunte a desarticular estos mecanismos, en un futuro podrían configurarse estructuras de personalidad en las psiquis de los niños con rasgos psicopáticos.

El término *sinapsis expectante* profundiza la necesidad de incorporar espacios de reparación de daño a los niños y niñas sobrevivientes de violencia sexual en contexto de desamparo crónico. Alude a las neuronas que debían ser estimuladas con el apego temprano y que fueron desestimadas. Las neurociencias refieren a la capacidad de reparación que estas neuronas tienen cuando se las estimula adecuadamente pese al

tiempo transcurrido. Esto es posible por la plasticidad que tiene el cerebro en desarrollo. La situación en la que se encuentran los niños y niñas objeto de este estudio propicia que el vínculo de apego se reelabore a partir de la figura del terapeuta.

El sistema de protección 24 horas carece de orientaciones institucionales que le indiquen cómo debe recibir al niño o niña, así como de orientaciones que enmarquen la estrategia de abordaje a desplegar. Actualmente, no existe un mecanismo que indique, disponga o exhorte a los centros residenciales a integrar al niño o niña a un dispositivo especializado para recibir un abordaje psicoterapéutico como parte de la respuesta de protección.

Los tratamientos medicamentosos son el recurso más accesible con el que cuentan los centros que reciben y alojan a los niños y niñas para aplacar las manifestaciones de la sintomatología del trauma. Que el niño logre funcionar en todos los espacios de su vida cotidiana es fundamental, pero los psicofármacos deben ser el complemento de un abordaje psicoterapéutico para aquellas funciones que se han visto afectadas y que se acostumbraron a funcionar a un nivel insuficiente.

En las situaciones de violencia sexual, el amparo como medida de protección, especialmente cuando se brinda en una institución residencial, no garantiza el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas establecidos en la Ley N.º 19.747. La excepción está dada por el acceso del niño o niña a un centro educativo — probablemente uno distinto al que concurría— y la atención de su salud física. El sistema de protección 24 horas de INAU tiene el desafío de generar condiciones para la reparación integral del daño y dar cumplimiento a los artículos que refieren al tema (Art. 118, 120 y 125).

Por último, revisten especial atención las dificultades que este tipo de respuesta genera en el proceso de investigación penal. Cuando el niño o niña ingresado por amparo a un centro residencial empieza a vivenciar las consecuencias de esta medida, de no mediar un mecanismo que permita identificar quiénes son los referentes saludables de su familia con los que mantener contacto en la internación, es posible que se retracte o niegue haber vivido el abuso sexual.

Referencias Bibliográficas

- ANEP (2021). *Mapa de ruta ante situaciones de violencia a niños, niñas y adolescentes en Educación inicial y Primaria*.
<https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/Mapa%20de%20ruta%20%20Inicial%20y%20primaria%202021.pdf>
- ANONG / CDNU (2021). "Diagnóstico nacional sobre violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes. URUGUAY". Red de Coaliciones Sur.
<https://www.cdnuruguay.org.uy/wp-content/uploads/2021/08/INFORME-URUGUAY-5ago.pdf>
- Barudy, J. (2005). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Paidós.
- Batthyány, K. y Cabrera, M.(2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales, Apuntes para un curso inicial*. Universidad de la República, Uruguay.
- Benyakar, M. (2006). *Los disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Biblos.
- Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial de la Niñez y la Adolescencia (CONAPEES) (2016). *Plan Nacional para la erradicación de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes*.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2013). *Manual de investigación cualitativa VI. El campo de la investigación cualitativa*. Editorial Gedisa.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2013). *Manual de investigación cualitativa V III. Las estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa.
- Dorado Primo, J. A. (1990) Privación psicosocial en niños de orfelinato. *R.A.E.N*, Vol. X (35), p. 505.
- Domínguez, P., Silva, D. (2017) ¿Es posible cuidar sin encerrar? Niñas, niños y adolescentes institucionalizados por protección y el derecho a vivir en familia. *Derechos Humanos en Uruguay, Informe 2017*, p. 123
<https://sitiosdememoria.uy/sites/default/files/publicaciones-completas/2021-02/derechos-humanos-en-el-uruguay-2017.pdf>
- Fiscalía General de la Nación (2020). *Violencia doméstica y sexual. Protocolo de actuación de la Unidad de Víctima y Testigos*. Fiscalía General de la Nación, Universidad de la República, UNFPA.

- Garay, A., Iñiguez, L., Martínez, L. (2005). La perspectiva discursiva en Psicología Social. *Subjetividad y Procesos Cognitivos* (7), pp. 105-130.
<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630246006.pdf>
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa.
- INAU (2015). *Derecho a vivir en familia. Hacia un modelo alternativo a la internación*.
- INAU (2019) *Manual de procedimiento para el procedimiento de atención integral 24 horas*.
- INAU (2020). *Estudio de Población y Capacidad de respuesta en el sistema 24 horas de INAU*.
- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (julio de 2015). *Mecanismo Nacional de Prevención: Sistema de Protección de Tiempo Completo de Niños, Niñas y Adolescentes. Informe Diagnóstico Global, Informe N.º 35*.
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-global-sistema-proteccion-2015>
- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (abril de 2021). *La infancia que no queremos ver. Encierro y salud mental de niñas, niños y adolescentes*.
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-infancia-queremos-ver>
- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (julio de 2024). *X Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/x-informe-anual-del-mecanismo-nacional-prevencion-tortura-2023>
- López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y la adolescencia maltratada: El trauma Complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 1(3), p. 159.
- Ministerio del Interior (2024). *Caracterización del abuso sexual hacia niñas, niños y adolescentes en Uruguay*. Dirección Nacional de Políticas de Género.
<https://www.gub.uy/ministerio-interior/sites/ministerio->

[interior/files/documentos/publicaciones/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20abuso%20sexual%20hacia%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20en%20Uruguay%20%283%29.pdf](https://www.gub.uy/files/documentos/publicaciones/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20abuso%20sexual%20hacia%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20en%20Uruguay%20%283%29.pdf)

Montes Maldonado, C. (2019) Agentes del sistema de protección en Uruguay: sentidos del cuidado. *Rev. Polis e Psique*, 2019; 9(3): 190 – 212

<https://doi.org/10.22456/2238-152X.86648>

MSP (2015). *Reperfilamiento de los Equipos de Violencia Doméstica*.

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Reperfilamiento%20de%20los%20equipos%20VD%20y%20VS_1.pdf

Ogden, P. (2009). *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Editorial Descleé de Brouwer.

OMS (2016). *Inspire. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas*. Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.unicef.org/ecuador/media/2416/file/INSPIRE.pdf>

OMS (2017). *Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS*.

<https://www.paho.org/es/documentos/como-responder-ninos-ninas-adolescentes-que-han-sufrido-abuso-sexual-directrices>

OPP, UCC, CEEPI (2014). *Marco curricular para la atención y educación de niñas y niños uruguayos. Desde el nacimiento a los 6 años*.

OPS (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. OPS-OMS

Perrone, R. y Nannini, M. (2005). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Paidós.

Rodríguez, C. (2016). *Lo insostenible en las instituciones de protección a la infancia*. Azafrán Editorial.

Sarmiento Dussán, V. (2018). *Desarrollo socio-emocional en niños, niñas y adolescentes institucionalizados con Trastorno Traumático durante el Desarrollo. Comparación con un grupo control (Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia)*. Repositorio institucional Universidad Nacional de Colombia

<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69055>

- Silberg, J. L. (2020). *El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Editorial Desclée de Brouwer.
- SIPIAV (2021). *Modelo de Atención del SIPIAV*.
- SIPIAV (2023). *Informe de Gestión*.
- SIPIAV (s. f.). *Proceso de reparación de daño*.
- UNICEF-FJD (2013). *Internados. Las practicas judiciales de institucionalización por protección de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Montevideo*.
https://observatoriojudicial.org.uy/wp-content/uploads/2013/11/Internados_web.pdf
- UNICEF (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=141
- UNICEF (2017). *Panorama de la violencia hacia la infancia en Uruguay*.
https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=182
- UNICEF-MSP (2018). *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes en el marco del SNIS*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/protocolo-para-el-abordaje-de-situaciones-de-violencia-sexual-hacia>
- UNICEF-INAU (2021) *Estudio de Población y Capacidad de respuesta en Sistema de Protección de 24 horas de INAU*
https://bibliotecaunicef.uy/documentos/234_Estudio_poblacion_24H_INAU.pdf
- Valbuena, C y Saldarriaga, J. (s/f). *Efectos psicológicos de la institucionalización en niños, niñas y adolescentes*.
<https://repositorio.ucp.edu.co/server/api/core/bitstreams/3094aef2-f153-4e64-931d-06aaea71840d/content>
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta*. Editorial Eleftheria.
https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/URY/INT_CAT_ADR_URY_31800_S.pdf

Anexos

Anexo 1: Ley N.º 19.747

Ley 19747. Ley Código de la Niñez y la Adolescencia. Modificación del Capítulo XI de la Ley N.º 18.723

Artículo 1º. Sustitúyense los artículos 117 a 131 del CAPÍTULO XI del Código de la Niñez y la Adolescencia, aprobado por Ley N.º 17.823, de 7 setiembre de 2004, y sus modificativas, por los siguientes:

Capítulo XI

I. Protección de los derechos amenazados o vulnerados de las niñas, niños y adolescentes

Artículo 117. (Principio general). Siempre que los derechos de las niñas, niños y adolescentes sean amenazados o vulnerados, se aplicarán las medidas que dispone este título.

Artículo 118. (Derechos de las niñas, niños y adolescentes). En los procedimientos administrativos y judiciales de restitución de derechos vulnerados o amenazados, deberá velarse para que durante estos se garantice a toda niña, niño o adolescente el derecho:

- A) A recibir un trato digno, que tenga en cuenta su edad y las especiales circunstancias que atraviesa.
- B) A que, cualquiera sea su edad, se tenga especialmente en cuenta su opinión, necesidades y expectativas para la efectiva restitución de sus derechos, atendiendo en los casos que corresponda el principio de autonomía progresiva.
- C) A no ser discriminado por su sexo, edad, origen étnico, racial, orientación sexual, identidad de género, condición económica, social, situación de discapacidad o lugar de origen o residencia.
- D) Al asesoramiento y patrocinio letrado.
- E) A ser acompañado en todas las instancias por una persona adulta de su confianza.
- F) Al respeto de su vida privada, su identidad e intimidad.
- G) A ser informado respecto al estado de las actuaciones y las posibles resultancias del procedimiento.

- H) A la reparación integral del daño, disponiéndose, a través de los organismos competentes en cada caso, medidas y acciones para la restitución de los derechos vulnerados, que deberán comprender, como mínimo, la atención y el restablecimiento de su salud psicofísica.

Artículo 119. (Deberes y responsabilidades de la defensa). Sin perjuicio de otras responsabilidades inherentes al cargo, la defensa de niñas, niños y adolescentes deberá:

- A) Entrevistar a quien defiende al inicio de su actuación para interiorizarse de su situación y conocer su opinión y necesidades.
- B) Informarle y asesorarle respecto a sus derechos.
- C) Escuchar y tener en cuenta su opinión en todas las etapas del proceso y en especial a la hora de tomar decisiones que afecten directamente sus condiciones de vida.
- D) Llevar adelante las acciones judiciales necesarias para el restablecimiento, protección y efectividad de los derechos de su defendida/o.
- E) Requerir y tener en cuenta la opinión de técnicos y profesionales que hayan tenido conocimiento o intervención en la situación para que la defensa sea adecuada a las características individuales de quien defiende y de su contexto familiar y social.

Artículo 120. (Procedimiento). El Tribunal que tiene conocimiento, por cualquier medio, que una niña, niño o adolescente se encuentra en la situación prevista en el artículo 117 de este Código, procederá en forma urgente al inicio del proceso previsto en los artículos 59 a 64 y 68 a 69 de la Ley N.º 19.580, de 22 de diciembre de 2017, teniendo especialmente en cuenta lo dispuesto en los artículos 9º, 45 y 46 de dicha norma y con las siguientes especificidades:

- Será preceptiva la defensa letrada de los niños, niñas y adolescentes, debiéndose escuchar su opinión, así como la de sus representantes legales o responsables de su cuidado y tener especialmente en cuenta los informes técnicos.
- En la audiencia, la Fiscalía y la Defensa deberán ser oídas preceptivamente, debiendo formular la pretensión de amparo o restitución de derechos que consideren.
- El Tribunal resolverá de inmediato, sobre las medidas solicitadas y las que fueren de oficio procedentes, salvo en casos de complejidad en que podrá

prorrogar la audiencia por tres días, sin perjuicio de la vigencia de las medidas cautelares que se hayan adoptado.

Artículo 120.1. (Principios generales). Todas las medidas que se adopten deben dar estricto cumplimiento a los principios y disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño, demás instrumentos de derechos humanos del ámbito internacional e interamericano y a los principios rectores de este Código.

En especial deben:

- A) Asegurar la no discriminación en base al género, la edad, el origen étnico racial, la orientación sexual, la identidad de género y la condición socioeconómica.
- B) Promover la vida libre de violencia basada en género o intrafamiliar.
- C) Asegurar el cumplimiento estricto del interés superior del niño.

Artículo 120.2. (Competencia). En todas las situaciones de niñas, niños y adolescentes con derechos vulnerados, entenderán los tribunales y fiscalías previstos en los artículos 51 a 58 de la Ley N.º 19.580, de 22 de diciembre de 2017.

Artículo 120.3. (Apelación). El recurso de apelación deberá interponerse dentro del plazo de tres días y se sustanciará mediante traslado a la otra parte y a la Fiscalía con igual plazo. El Tribunal resolverá dentro de los cuatro días siguientes a la recepción de los autos.

La providencia que deniegue, disponga o modifique una medida de protección será apelable sin efecto suspensivo. La providencia que disponga el cese de la medida será apelable con efecto suspensivo.

Artículo 120.4. (Medidas de Protección). Son medidas de protección y restitución de derechos:

- A) La inclusión de la niña, niño o adolescente en el sistema educativo.
- B) La inclusión de la niña, niño o adolescente en otros lugares de educación o recreación.
- C) La realización de tratamientos para la atención de la salud en coordinación con servicios de salud públicos y privados.
- D) La participación en programas de apoyo económico.

- E) La participación en programas de apoyo familiar del INAU (en la propia familia, en la familia ampliada o en una familia que ofrezca las garantías necesarias para su desarrollo).
- F) Advertir a los padres o responsables a los efectos de corregir o evitar la amenaza o violación de los derechos de las niñas, niños y adolescentes a su cuidado y exigir el cumplimiento de las obligaciones que le correspondan en la protección de los derechos afectados.
- G) Orientación, apoyo y seguimiento temporario socio-familiar prestado por programas públicos o privados reconocidos.
- H) El tratamiento ambulatorio, médico, psiquiátrico o psicológico en instituciones públicas o privadas del sector salud.
- I) Otras medidas que se consideren favorables a su desarrollo integral.

El Tribunal deberá indicar el sujeto u organismo responsable de cumplir la medida. El cumplimiento de las medidas debe ser supervisada por equipos especializados creados a esos efectos.

El INAU podrá solicitar directamente al Tribunal aquellas medidas que entienda convenientes. También podrá aplicar aquellas medidas que estén en el ámbito de su competencia, cuando su intervención haya sido requerida por la niña, el niño o el adolescente, padres o responsables o terceros interesados.

Artículo 120.5. (Programas de alternativa familiar). Podrá integrarse al niño, niña o adolescente gravemente amenazado en su derecho a la vida o integridad física al cuidado de una familia seleccionada por el INAU que se comprometa a brindarle protección integral, de acuerdo con las previsiones del artículo 132.1 literal C) de este Código.

Estos niños, niñas o adolescentes deberán recibir orientación y apoyo de la familia designada, la que será supervisada por equipos del Instituto.

Artículo 120.6. (Programas de atención residencial en régimen de veinticuatro horas). El INAU deberá garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes el derecho a acceder voluntariamente a programas de atención en régimen de veinticuatro horas, cuidados y alojamiento.

Si existiera oposición de los padres o responsables, sin perjuicio de la inmediata adopción de medidas para la debida protección de los derechos de las niñas, niños o adolescentes, la situación se pondrá en conocimiento de la Fiscalía especializada y el Tribunal competente resolverá en definitiva, siguiendo el procedimiento previsto por el

artículo 120 de este Código, considerando la opinión del niño, niña o adolescente y su interés superior.

Si la solicitud de internación en programas de veinticuatro horas, fuera formulada por los padres o responsables, se oirá previamente a la niña, niño o adolescente.

En todos los casos la defensa actuará en forma preceptiva dando estricto cumplimiento a los deberes y responsabilidades previstos en el artículo 119 de este Código.

Artículo 120.7. (Internación involuntaria en programas de atención residencial en régimen de veinticuatro horas). Solo podrá procederse a la internación de las niñas, niños y adolescentes contra su voluntad, como medida de último recurso, cuando fuere imprescindible para preservar su vida o su integridad física. La resolución judicial que disponga esta internación, deberá estar fundada en dictámenes especializados de profesionales competentes en la materia a que refiera cada problemática.

El INAU podrá aplicar directamente esta medida mediando indicación médica y psicológica, y cuando su internación obedezca a la situación de una niña, niño o adolescente que ponga en riesgo inminente su vida o la de otras personas, de todo lo que se dará cuenta inmediata al Juez competente.

El plazo máximo de la internación será de treinta días prorrogables por períodos de igual duración, siempre con indicación médica hasta el alta de internación.

Artículo 120.8. (Condiciones y supervisión de la internación en programas de atención residencial en régimen de veinticuatro horas).

- A) La internación residencial en régimen de veinticuatro horas será siempre de carácter transitorio, durará el menor tiempo posible y hasta tanto la niña, niño o adolescente pueda ser reintegrado a su familia o a otra familia de alternativa.
- B) No podrá implicar en ningún caso privación de libertad y se promoverá el goce y ejercicio de todos sus derechos.
- C) Mientras dure la internación se procurará mantener los vínculos familiares, según lo dispone el artículo 12 de este Código y, en particular, la no separación de los hermanos. En caso de imposibilidad, se garantizará su contacto fluido.
- D) Bajo la responsabilidad de las autoridades correspondientes de INAU y de ANEP, deberá incorporarse a las niñas, niños o adolescentes al sistema educativo en forma inmediata si su salud se lo permite.

- E) El Tribunal que dispuso la internación será responsable de controlar y vigilar las condiciones en que se lleva a cabo, así como las acciones que se adopten para superar la situación que la motivó y asegurar su vida en familia.

Artículo 121. (Responsabilidad penal). Si de las actuaciones surgiera responsabilidad penal, la Fiscalía deberá actuar conforme lo disponen los artículos 43 y siguientes del Código del Proceso Penal.

En situaciones de violencia sexual, todos los operadores de las instituciones intervinientes, bajo su más estricta responsabilidad, deberán priorizar las medidas necesarias para asegurar la protección de la integridad tanto física como psíquica de los niños, niñas o adolescentes involucrados, sean como víctimas o como testigos, así como también la protección de su intimidad y privacidad.

Artículo 122. (Finalización del proceso de protección). Cumplidas las medidas de restitución o protección dispuestas, se reservará el trámite sin perjuicio del seguimiento y control que disponga el Tribunal, hasta su archivo.

II. De las medidas ante el maltrato y la violencia sexual

Artículo 123. (Objeto). A los efectos de esta sección entiéndese por maltrato o violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes, toda forma de perjuicio, abuso o castigo físico, psíquico o humillante, descuido o trato negligente, abuso sexual o explotación sexual en todas sus modalidades, que ocurra en el ámbito familiar, institucional o comunitario.

También se entiende por maltrato hacia niñas, niños y adolescentes su exposición a violencia basada en género contra sus madres u otras personas a cargo de su cuidado.

Artículo 124. (Principios de intervención complementarios). Además de los principios establecidos en el artículo 118, en todas las situaciones referidas en el artículo 123 de este Código, el principio orientador de las actuaciones, tanto en el sistema de justicia como en el ámbito administrativo, será prevenir la revictimización.

Asimismo, se deberá:

- A) Adoptar medidas de protección de la integridad física y emocional de las niñas, niños y adolescentes involucrados, así como la de su familia y testigos frente a posibles represalias. Esta protección debe extenderse a los técnicos de las instituciones que denuncian o intervienen en el caso.
- B) Asegurar que la víctima, denunciante y testigos que le acompañan no permanezcan en ningún momento en lugares comunes con la o las personas denunciadas, tanto en el ámbito del sistema de justicia como en los procesos administrativos.

- C) Asegurar que el relato de las niñas, niños y adolescentes sobre los hechos denunciados sea recabado por personal técnico especializado, en lugares adecuados a tal fin y evitando su reiteración.
- D) En todos los casos el Juez deberá asegurar el respeto de la privacidad de la víctima y familiares denunciantes respecto de terceros, manteniendo en reserva su identidad e imagen y adoptar todas las medidas necesarias para impedir su utilización por los medios masivos de comunicación.
- E) En los procesos por denuncias sobre violencia sexual no podrá disponerse la revinculación de las niñas, niños y adolescentes con el denunciado, salvo que la víctima lo solicitara expresamente y se cuente con el visto bueno de los técnicos que estuvieren interviniendo. En todos los casos el Tribunal requerirá de asistencia técnica especializada que acompañe el proceso.

Artículo 125. (Especialización). Se procurará que los técnicos individuales de cualquier disciplina y los equipos multidisciplinarios, tanto públicos como privados que intervengan en los diagnósticos, en la atención, reparación y en el seguimiento de las medidas de protección que se dispongan en situaciones de maltrato, violencia sexual de niñas, niños y adolescentes, deban ser especializados y contar con la debida formación previa en la temática.

Las capacitaciones correspondientes deberán incluir dentro de su marco teórico y conceptual, los principios y normas de la Convención sobre los Derechos del Niño, la CEDAW, Belem do Pará y demás normas internacionales de derechos humanos ratificadas por el país.

Artículo 126. (Denuncia y procedimientos). Ante denuncia escrita o verbal de una situación de maltrato o violencia sexual contra una niña, niño o adolescente, la autoridad receptora lo comunicará en forma inmediata a la Fiscalía y al Tribunal actuante, el que dispondrá de inmediato las medidas de protección que correspondan, procediéndose de acuerdo con lo previsto en los artículos 117 y siguientes de este Código. Asimismo, tanto en el ámbito judicial como en el administrativo, deberá darse cumplimiento a las especificidades y restricciones siguientes:

- 1) Limitación de la intervención policial. El personal policial, no tomará declaración a la niña, niño o adolescente, debiéndose en su caso aplicar las normas previstas en los artículos 213 literal d) y 164 del Código del Proceso Penal.
- 2) Limitación de la concurrencia de las niñas, niños y adolescentes a la sede judicial. Se restringirá al máximo la concurrencia al Tribunal, sin perjuicio del

ejercicio de su derecho facultativo a declarar conforme el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

- 3) Careo u otras formas de confrontación. Se prohíbe el intento de conciliación, la mediación, el careo y cualquier tipo de confrontación de la víctima o testigos niños, niñas o adolescentes con la persona denunciada y otras personas que participen en el proceso. El Tribunal velará por el acatamiento de esta disposición. Sin perjuicio de la nulidad absoluta de las diligencias realizadas sin observancia de esta norma, su infracción acarreará responsabilidad a los magistrados intervinientes.
- 4) Consentimiento. No podrá alegarse o tomarse en cuenta el consentimiento del niño, niña o adolescente para disminuir la responsabilidad de la persona denunciada, sin perjuicio de lo que estableciere la ley penal.
- 5) No responsabilidad penal. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de actividades tipificadas como infracciones a la ley penal en el marco de una situación de explotación sexual o de trata, no serán penalmente responsables por los hechos o conductas referidas a esas situaciones.

Artículo 127. (Medidas cautelares). Las medidas cautelares que se dispongan en estas situaciones, tendrán como objetivo asegurar el cese de las situaciones de maltrato y violencia sexual, prevenir posibles represalias o amedrentamientos y la permanencia de la niña, niño o adolescente con referentes familiares siempre que sea posible.

A tales efectos podrán disponerse las medidas previstas en el artículo 10 de la Ley N.º 17.514, de 2 de julio de 2002 y en el artículo 120.3 de este Código. En particular podrán disponerse, entre otras:

- A) Prohibición al presunto agresor o abusador de comunicarse, relacionarse, entrevistarse u otra conducta de acercamiento con la presunta víctima o denunciante del hecho.
- B) Otorgar la tenencia provisoria de la niña, niño o adolescente a familiares cercanos o a otras personas con quienes mantenga vínculos positivos.
- C) Decretar provisoriamente alimentos respecto a quienes estén obligados a ello.
- D) Disponer el retiro de la persona denunciada de la residencia común, si la hubiere.
- E) Derivación a INAU, quien ofrecerá al Juez, a través de sus equipos técnicos, las distintas posibilidades de protección provisoria para la niña, niño o adolescente.

Siempre que se decida la internación en programas de atención residencial de veinticuatro horas de las niñas, niños o adolescentes, será de aplicación lo previsto por el artículo 120.7 de este Código.

Las medidas cautelares de protección a la niña, niño o adolescente dispuestas por el Juez de Familia en el ámbito de su competencia, lo son sin perjuicio de las que pueda dictar el Juez competente en ámbito penal, respecto de la persona denunciada.

Artículo 128. (Pericias a niñas, niños o adolescentes). Las pericias se realizarán por los técnicos especializados en la materia de acuerdo con las previsiones del artículo 125 de este Código, únicamente cuando resulten imprescindibles y siempre que no existan otros medios de prueba que permitan acreditar los mismos hechos y que no se centren en la persona de la niña, niño o adolescente.

Deberá recabarse el previo consentimiento informado de la niña, niño o adolescente el que, conforme a su edad y madurez de acuerdo con su autonomía progresiva, podrá otorgarlo en concurrencia con sus referentes adultos de confianza.

En los casos de violencia sexual, para la realización de los exámenes físicos u otras acciones que afecten su privacidad o intimidad, las niñas, niños y adolescentes tienen derecho al acompañamiento por la persona adulta de su confianza que designen por sí mismos, y a escoger el sexo del profesional o técnico para dichas prácticas, el que preferentemente deberá ser especializado y formado con perspectiva de género.

En caso de su realización, deberá hacerse en el más breve plazo posible posterior a la denuncia de los hechos, y previamente se deberán cumplir los requisitos procesales necesarios para que la pericia a efectuarse sea útil y válida tanto para el proceso de protección como para el proceso penal.

Si se considerare imprescindible realizar una nueva pericia, deberá previamente recabarse el consentimiento de la víctima, la que será asistida, a tales efectos, por la defensa.

Previa conformidad de la persona a periciar y del perito, podrá ser registrada mediante videograbación u otro mecanismo equivalente.

Se procederá de acuerdo con las especificaciones previstas para las pericias en el Código del Proceso Penal y en el Código General del Proceso en lo pertinente.

Artículo 129. (Atención inmediata y reparación del daño). De las denuncias que se presenten referidas en las conductas previstas en el artículo 123 y siguientes de este Código, el Tribunal actuante dará conocimiento al organismo estatal competente en

materia de protección a la infancia, el que coordinará los servicios públicos y privados necesarios para la atención inmediata de las niñas, niños y adolescentes involucrados.

Los referidos servicios deberán asegurarles, como mínimo, los tratamientos médicos necesarios para revertir las secuelas físicas si las hubiera, intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos y eventualmente también para su familia o entorno protector, tendientes a la reparación de los daños causados y al restablecimiento de sus derechos vulnerados.

A tales efectos, los servicios intervinientes deberán informar al Tribunal actuante en la denuncia, sobre los avances y resultados de las prestaciones efectuadas, en un plazo de seis meses posteriores al inicio de los tratamientos.

Artículo 130. (Aplicación). Lo dispuesto en los artículos 124, 126 y 128 de este Código será de aplicación en los procesos penales a que dieran lugar las situaciones de maltrato y violencia sexual.

Artículo 131. (Medidas restaurativas para niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial a fin de facilitar su proceso de desvinculación). Sin perjuicio de asegurar su inserción educativa, el Estado, a través de sus instituciones competentes o mediante convenios con el sector privado, procurará ofrecer a las víctimas adolescentes pasantías de trabajo remuneradas supervisadas por equipos psicosociales".

Artículo 2.º. Sustitúyese el inciso primero del artículo 66 del Código de la Niñez y la Adolescencia, aprobado por Ley N.º 17.823, de 7 de setiembre de 2004, por el siguiente:

"(Competencia de urgencia).- La Suprema Corte de Justicia asignará, a los Juzgados Letrados de Familia en Montevideo y a los Juzgados Letrados de Primera Instancia del Interior de la República, que entienden en materia de familia, competencia de urgencia, con excepción de las infracciones de adolescentes a la ley penal, para atender en forma permanente todos los asuntos que requieran intervención inmediata".

Artículo 3.º. Sustitúyese el literal C) del artículo 132.1 del Código de la Niñez y la Adolescencia, aprobado por Ley N.º 17.823, de 7 de setiembre de 2004, por el siguiente:

C) Inserción provisional en una familia de acogida de acuerdo con lo previsto en el artículo 120.5 de este Código. La guarda material del niño, niña o adolescente por la familia de acogida no podrá superar el plazo establecido en el artículo 132.2 de este Código.

Artículo 4.º. (Creación del SIPIAV). Créase con carácter permanente el Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia, que funcionará en la órbita del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.

Artículo 5.º. (Integración). El Sistema estará integrado por los siguientes organismos:

- Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay encargado de presidirlo y coordinarlo.
- Ministerio de Desarrollo Social.
- Ministerio del Interior.
- Ministerio de Salud Pública.
- Administración Nacional de Educación Pública.
- Fiscalía General de la Nación.

El Sistema podrá solicitar la designación de un representante titular y alterno del Poder Judicial, de la Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales (ANONG), de la Universidad de la República y de todas las instituciones que considere pueden aportar a la protección integral de las niñas, niños y adolescentes.

Artículo 6.º. (Cometidos). Son cometidos del Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV):

- A) Prevenir, atender y reparar las situaciones de violencia hacia niñas, niños y adolescentes mediante un abordaje integral e interinstitucional.
- B) Promover el desarrollo de modelos de intervención desde las distintas instituciones que participan en el proceso de atención y reparación asegurando la integralidad del proceso.

Las Instituciones que integran el SIPIAV aportarán los recursos necesarios para alcanzar los cometidos planteados.

Artículo 7.º. (Estructura). El Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia estará formado por un Comité Nacional y Comités de Recepción Local.

- A) COMITÉ NACIONAL. El Sistema contará con un Comité Nacional integrado por un representante titular y uno alterno de cada una de las instituciones que lo conforman, el que será presidido por INAU. Tendrá como cometido promover el intercambio y la discusión conceptual relacionada con el abordaje de la problemática de la violencia contra niños, niñas y

adolescentes, para avanzar en el diseño de programas de prevención y atención a la temática. Dicho Comité se reunirá ordinariamente en forma mensual y extraordinariamente las veces que lo considere oportuno, a partir de situaciones específicas o a convocatoria de la coordinación.

B) **COMITÉS DE RECEPCIÓN LOCAL.** En cada Departamento se conformarán Comités de Recepción Local, equipos de atención integrados por cada una de las instituciones que integran el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV). Tendrán como cometido recepcionar, orientar y coordinar la atención de situaciones de violencia a niñas, niños y adolescentes de forma intersectorial en el marco de la protección integral desde la perspectiva de derechos y de género.

Artículo 8.º. (Equipo técnico y soporte administrativo). El equipo técnico de apoyo, supervisión y seguimiento quedará conformado por funcionarios del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay y de todas las Instituciones integrantes del Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV). La conducción y supervisión del Equipo Técnico estará a cargo de la Coordinación del Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) y el soporte administrativo estará a cargo del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.

Artículo 9.º. La presente ley entrará en vigencia a partir de los ciento ochenta días de su promulgación.

Anexo 2: Pautas de entrevista

Pauta 1

1. Implementación de la respuesta del sistema de protección a niños y niñas víctimas de violencia sexual:
 - Acceso al sistema de protección
 - Tiempos
 - Medidas cautelares y de protección más empleadas
 - Fortalezas y debilidades en términos de protección de derechos
2. Características de la población infantil que sido víctima de violencia sexual intrafamiliar
 - Sentimientos y emociones
 - Necesidades
3. Amparo y Ley 19747:
 - La reparación integral del daño, en especial tratamiento psicoterapéutico
 - La inclusión de la niña, niño o adolescente en el sistema educativo, y en otros espacios de recreación
 - El vínculo con sus familiares mientras dure la internación en particular, se propiciará la no separación de los hermanos. En caso de imposibilidad, se garantizará el contacto fluido entre ellos
4. ¿Afectación del no cumplimiento de estas medidas en la vida del niño niña?

Pauta 2

1. La psicotraumatología (aportes teóricos que aportan a conceptualización de)
 - Violencia sexual infantil
 - Internación
2. Características de la población infantil que ha sido víctima de violencia sexual.
 - Sentimientos y emociones
 - Necesidades
3. Efectos de la internación en niños y niñas víctimas de violencia sexual.