

Derecho al tiempo, derecho al cuidado

Right to time, right to care

Vinka Jackson¹

Constanza Quintanilla²

Ignacio Fuentes³

La reciente promulgación en Chile de la ley por la imprescriptibilidad de los delitos de abusos sexuales contra niños, niñas y adolescentes menores de edad (2019, www.abuso-sexualimprescriptible.cl), ha sido un hito histórico no solamente para nuestro país sino para todos aquellos que hoy están luchando por el reconocimiento del derecho a justicia y reparación para víctimas que, debido al tipo de trauma vivido y a su edad -con la indefensión, inmadurez neurobiológica y dependencia inexorable de la infancia-, ni siquiera podían reconocerse como tales al momento de sufrir los abusos.

Durante una década de trayectoria, cual cada acción, cada deliberación del activismo por el Derecho al tiempo, fueron guiadas desde la mirada del cuidado ético: a las víctimas, al propio proceso legislativo en el contexto de una democracia que asimismo merece cuidados; y a todos quienes fueron tomando parte (en apoyos y disensos). Desde los aportes de los derechos humanos, la psicología del trauma y la neurobiología y la medicina, sumado a los testimonios de sobrevivientes, fue posible avanzar en una ley que permitirá a las víctimas develar, elaborar y verbalizar lo vivido sin que esos tiempos indispensables sean limitados por la prescripción que durante años ha operado como un impedimento de justicia y reparación. La evolución que entraña esta ley es para las víctimas, pero también como sociedad pues conlleva un cambio de mirada respecto del tiempo humano -desde la niñez, las etapas del ciclo vital, sus posibilidades, sus quiebres, etc.- y las consecuencias a largo plazo que significan los eventos de

traumatismos sexuales, en las diversas áreas de la integridad humana, y los desafíos que abren en tiempos continuos, imprescindibles, de apoyos a la salud y reparación.

Durante el tramo final del trámite legislativo, apoyado con suma urgencia por el Gobierno, la pregunta constante que nos acompañó, justamente, fue cómo habilitar procesos de reparación en los cuales el ejercicio del derecho pleno a justicia -antes denegado- en tanto factor de salud, fuera de la mano justamente con el derecho de los sobrevivientes para acceder a apoyos de salud y a otros imprescindibles para aportar a su calidad de vida en el contexto del trauma ASI y de sus secuelas. Dado que la ley de imprescriptibilidad es para las nuevas generaciones, y que una mayoría de sobrevivientes adultos no accederá a justicia, la respuesta social en materia de salud es un imperativo ético todavía mayor. Si no pudimos interrumpir a tiempo los abusos, ni fuimos capaces de interceder ni auxiliar a tiempo, ¿cómo hacemos para materializar caminos de reparación que hoy sí sean accesibles para la mayor cantidad posible de víctimas?

Gracias a diversos estudios entre los cuales destaca el de la CDC (EEUU, 1997) sobre infancias adversas -ACEs, adverse childhood experiences- (Felitti 1998) hemos aprendido de las consecuencias e impacto del ASI en la salud de las personas durante su ciclo vital: problemas de salud física, a los cuales se suma la dificultad de acceso a apoyo psicológico en un país como el nuestro. En tiempos en que mucho se habla acerca de la crisis de salud mental, y el aumento del suicidio

Recibido el 7 de octubre de 2019. Aceptado el 5 de noviembre de 2019

1 Médica. Psicóloga especialistas en intervención en trauma ASI, prevención y ética del cuidado. Correspondencia a: vinka.jackson@gmail.com

2 Psicóloga especialistas en intervención en trauma ASI, prevención y ética del cuidado

3 Psicóloga especialistas en intervención en trauma ASI, prevención y ética del cuidado

—también para víctimas de abuso sexual infantil—, necesitamos prestar extrema atención a los daños y prevalencia del ASI que vuelven todavía más urgente la inclusión en AUGE de categorías de trauma complejo y/o trastorno de estrés post traumático (TEPT) por ASI, así como una reforma del sistema de ISAPRES que permita ampliar el acceso a psicoterapia para las víctimas —y diagnóstico expedito para niños y niñas en procesos de revelación o cuyo ASI ha sido recientemente detectado e interrumpido—, considerando la delicada y cuidadosa tarea del reestablecimiento de las confianzas que precisamente el abuso sexual fractura, y que no pueden apurarse *a priori* por motivos azarosos. Estas necesidades que fueron planteadas en el curso del trámite legislativo, junto a la aspiración de una comisión de investigación y reparación del abuso sexual infantil, nos continúan ocupando. Pero en tanto se verifican los grandes ajustes y actualizaciones que requiere nuestra política pública en salud, no queremos dejar de lado preguntas que nos conminan como profesionales del área: ¿qué desafíos nos planteamos en nuestras prácticas cotidianas ante las diversas manifestaciones del sufrimiento humano?, ¿en qué podemos incidir para acompañar dolores, aliviar, evitar sufrimientos evitables, mejorar la calidad de vida de sobrevivientes de trauma? ¿Es posible optar por una ética del cuidado donde converjamos diversas disciplinas en la forma de concebir la atención en salud a niños y niñas víctimas y a mujeres y hombres sobrevivientes de ASI?

Pensamos que un aspecto muy concreto es la formación, difusión y colaboraciones interdisciplinarias, que propicien cambios en las nociones en la atención —toda: primaria, pública, privada, etc.— y en prácticas que tendrían un efecto positivo muy significativo para los sobrevivientes. La especialización de profesionales y equipos en todo centro de salud, en temáticas asociadas al traumatismo psíquico, abuso sexual infantil intrafamiliar, y TEPT, es muy necesaria, y en realidad imprescindible. La categoría de TEPT, hoy ampliamente reconocida, no sólo ha permitido abrir la puerta a múltiples estudios y reflexiones científicas en relación al trauma y el sufrimiento humano. En víctimas de atrocidades como el ASI (y otras formas de tortura), se percibe un sentido reconocimiento de este trastorno desde una sensación de legitimación de diversos sufrimientos con los que han debido y/o deben convivir como resultado de sus infancias devastadas por el abuso; sufrimientos que bajo un mismo nombre, permiten ser inscritos en la propia historia y devenir de una forma

menos amenazante, o ser compartidos con otras personas, volviendo un poco menos indecible, una experiencia esencialmente inenarrable (Van der Kolk 1996).

Lo anterior, si ya no lo ha sido, debe incorporarse desde ya en mallas curriculares de carreras que tengan trato directo con usuarios/pacientes, como parte de una formación además ética, en la ética del cuidado como un marco conocido, transversalmente, por profesionales y funcionarios de salud que, en diversos ámbitos y modalidades, tienen relación con usuarios. Del mismo modo, es inseparable de esta mirada formativa, el relevar constantemente las determinantes sociales de la salud, de la violencia, y una mirada del ser humano traumatizado por el ASI que no separe lo biográfico del contexto histórico, cultural, social en que creció esa persona —sin cambiar su atrocidad, puede ser muy distinta la experiencia del ASI vivido con apoyos como la escuela, acceso a cultura, viajes, o rodeado de precariedad en la pobreza, sistemas de protección, en redes de explotación sexual— y el estado de fragilidad en que puede encontrarse la víctima en distintos momentos de su ciclo vital. Esta es una consideración fundamental a inscribir y desplegar en toda atención provista por centros a los cuales concurrirán sobrevivientes por otras urgencias o necesidades de salud, que no son separables o impermeables a una experiencia de vida donde se incluyen los abusos sexuales y sus secuelas (un relato que escasamente será compartido en contextos que no sean el círculo cercano o el espacio psicoterapéutico). ¿Cómo respondemos ahí? Aunque existan guías clínicas y orientaciones de diversos organismos, internacionales y locales, en relación a la primera respuesta de víctimas infantiles y adolescentes de abuso sexual, es mucho menos frecuente que se expliciten criterios específicos de atención para sobrevivientes adultos traumatizados por ASI. Esto permanece como desafío.

Hoy en día, debido a la magnitud y destrucción que causa el abuso sexual infantil, y que ha llevado a su calificación como pandemia (UPD 2018), es que éste debe abordarse necesariamente como un problema de salud pública (MINSAL 2016) donde se requiere incorporar una mirada multidisciplinaria desde diversas profesiones de la salud, tales como: psiquiatría, ginecología, odontología, enfermería, odontología, kinesiólogía, terapia ocupacional, etc. La OMS señala que el impacto del abuso sexual explicaría un 6% de casos de depresión, 6% de abuso o consumo de drogas, un 8% de intentos de suicidios, un 10% de trastornos de pánico,

un 27% de estrés postraumático, además de otros comportamientos y factores de riesgo que pueden contribuir a algunas de las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad (OMS 2006). Es más, globalmente, 1 de 8 adultos reportan situaciones de abuso sexual en la infancia y casi 1 de 4 reportan experiencias de maltrato físico (Stoltenborgh 2015), por lo que los daños en la niñez deben ser vistos como un desafío mayor que requiere no solamente un cambio en las políticas de salud y atención, sino también un cambio social en diversas esferas de convivencia, y profesiones que tienen contacto con personas.

Por supuesto cada víctima es una persona única, y existe un número de factores que pueden ser anteriores al trauma, peritraumáticos (severidad, repeticiones, relación del abusador con la víctima, duración del abuso y etapas que atraviesa), y post trauma, y todos incidirán de diversas maneras en la trayectoria de reparación, así como en las actitudes y respuestas de los sobrevivientes en relación a su salud. Como psicólogos que trabajamos en esta esfera, somos testigos cotidianos de las consecuencias emocionales, físicas y sociales de la violencia sexual en la infancia, que se manifiestan de forma distinta en cada persona: también en relación a sentimientos, frustraciones y ansiedades relativas a su estado general de salud, y/o a la atención de salud propiamente tal. Por ejemplo, en relatos de sobrevivientes adultos de ASI prolongado, que no son depresivos ni están deprimidos, aparece periódicamente la idea de la muerte como un “descanso” y no porque no aprecien sus vidas o quieran morir, sino por una extenuación arrastrada desde los años de vivir en el horror del ASI, y por la continuidad de ese desgaste en la convivencia con secuelas y limitantes post traumáticas durante la adultez. No es infrecuente que, ante un control anual de próstata o un PAP, o un simple examen de sangre, las y los sobrevivientes eviten concurrir sólo por librarse de la angustia de exponer sus cuerpos a interacciones físicas (inseparables de la emoción) que pueden vivirse como intimidantes: sólo desvestirse puede serlo, o abrir la boca en el dentista (recordemos que una forma recurrente de ASI involucra lo bucal en lo que solo podemos definir como otra forma de violación). El cuerpo, aunque no quiera, recuerda. Van der Kolk (2014) señala “*toda memoria es una encarnación*” y nos cuesta pensar en una mejor descripción de lo vivido por sobrevivientes de trauma sexual que ante una sola palabra o roce, pueden quedar expuestos a las evocaciones más terribles de su experiencia, completamente vívidas a nivel

corporal, fisiológico, con sensación inescapable, reales en tiempo presente.

Hoy en día, los profesionales -y la propia sociedad, gracias a procesos legislativos, divulgación en los medios, etc.- tenemos un mayor conocimiento general de la experiencia del ASI. La evidencia científica, de forma destacada, ha propiciado un nivel de comprensión cada vez más específico de la fenomenología del abuso y de los cambios neurológicos y fisiológicos causados por el trauma vivido durante años y años de la niñez (así como en sus secuelas que se proyectan a etapas posteriores). Cambios en la función y estructura cerebral, fragmentación de memorias, desregulación del sistema nervioso autónomo y del sistema límbico, alteración de mecanismos de detección del peligro y extinción del miedo, sentimientos de angustia y terror (inclusive muchos años después de la niñez, o de la muerte de los abusadores), estupor, evocaciones traumáticas experimentadas en tiempo real (*flashbacks*), trastornos en la esfera de los afectos y la sexualidad, de la toma de decisiones, la lista es desoladora. Y sin lista, basta para desolarnos, el hecho de que el cerebro infantil en vez de orientarse al aprendizaje y la adquisición de conocimientos y herramientas para la vida, deba ocuparse en sobrevivir, sortear o evitar (si llega a ser posible) los peligros, amenazas abrumadoras y daños físicos y morales asociados a la vivencia de los abusos, desviando energía indispensable para un crecimiento y desarrollo saludable. En la mirada del ciclo vital, el impacto del estrés tóxico sostenido durante la infancia se proyecta a la adultez con una mayor incidencia de ciertos trastornos y enfermedades crónicas (cardiorrespiratorias, por ejemplo), aumento en la probabilidad de adicciones, depresión, suicidalidad, y una potencial mengua de la esperanza de vida de hasta veinte años (según los estudios de CDC), entre otros perjuicios. Las solas probabilidades -que por cierto no son designios y pueden beneficiarse del influjo de actos de cuidado, salud, contención y resignificación en sus múltiples esferas- dan para concentrar todos los esfuerzos como país -un ejemplo es Escocia- en la prevención de violencias infantiles y otras experiencias adversas de infancia.

Sin perder de vista progresos valorables y la creciente evidencia científica que puede aportar a nuestro quehacer, el abuso sexual infantil nos sigue conminando a un constante autoexamen y a hacernos la pregunta, muy franca, acerca de cuánta formación tenemos, cuánta recibimos en el pregrado, qué más necesitamos para que nuestra atención tenga mayor potencial de apoyar, o al

menos no dañar procesos de reparación en trauma ASI. Asimismo, es esencial que el sistema de salud, en todo centro, dé cuenta de una comprensión suficiente de la prevalencia del ASI, dado que en pocos espacios podemos suponer con tanta seguridad, la concurrencia cualquier día -en cualquier consultorio o clínica- de víctimas y sobrevivientes de ASI. Seres humanos de distintas edades para quienes algo tan sencillo como la forma de saludar, el tono de voz y el lenguaje de quien atiende, la actitud de escucha y de dar crédito a lo que es comunicado –así sean los síntomas de un resfriado común-, o la solicitud nada de trivial de desabotonar una blusa o camisa para ser examinados, puede hacer toda la diferencia en desencadenar o no una evocación traumática. Hemos acompañado a sobrevivientes quienes luego de una atención médica sentida como invasiva, indolente o sojuzgadora, han experimentado flashbacks, ideaciones o intentos de suicidio, o que se han autolesionado gravemente, dañando su trayectoria de reparación, y agudizando resistencias a recurrir apoyos en salud (algo que puede observarse inclusive en enfermedades como el cáncer).

Los sobrevivientes de ASI pueden vivir con una sensación general de miedo e inseguridad -con distintas intensidades y periodicidad- que es herencia de del trauma o de la inexistencia, simplemente, de un aprendizaje o experiencia perdurable del amparo y el cuidado cuando niños. Sentirse seguros, “*a salvo*”, requiere de personas, de profesionales que tomen en cuenta y validen sus inquietudes, su autoconocimiento, sus límites, así como también sus negativas. Explicar los procedimientos, informar anticipadamente, hablar con calma, preguntar a los usuarios si quedan dudas, proponer expresarlas de distintas maneras si es más fácil -oralmente o por escrito-, puede tener un estatuto muy distinto a las experiencias adversas impuestas a la fuerza en el pasado. De ahí que cualquier tipo de elección que se entregue a los pacientes -por pequeña que parezca- resulta también una invitación al reconocimiento, respeto y agenciamiento (en algunas ocasiones por vez primera) de una singularidad. ¿Cómo pueden preservarse, en una situación de asimetría e inexorable disparidad, derechos humanos y aquellos términos de relación que cuiden la integridad y dignidad del otro?: ésta es una pregunta fundante del cuidado como ética. A la base de aprendizajes y actividades humanas como el autocuidado –o autogobierno- y en el desarrollo del consentimiento, las preferencias, los límites y los derechos son determinantes, y aun en condiciones no adversas,

hablamos de una trayectoria delicada, progresiva, que requiere de mucho tiempo para asentarse. Al fragor de asaltos y saltos de tiempos vitales como los que impone el ASI a sus víctimas en la niñez y adolescencia, el esfuerzo requerido será no sólo mucho mayor, sino que puede sentirse –en decisiones tanto rutinarias como de mayor complejidad- como abrumador y desmoralizante. Todo apoyo en este sentido, toda escucha –la sola escucha respetuosa, inclusive, independientemente de cursos de acción que sigan- de las afirmaciones y/o declinaciones y negativas expresadas por las víctimas, tiene un valor inconmensurable para las trayectorias de reparación.

En la esfera de los derechos, la carta de los pacientes ha sido y es un aporte, pero necesitamos más. Guiarnos desde el entendimiento que toda interacción en el sistema de salud ya es una intervención: desde la persona que en la recepción realiza las primeras preguntas (o pide llenar un formulario), hasta el equipo médico que participa en una cirugía. Las prácticas informadas en trauma, aplicables a todas las interacciones, prácticas y actividades sanitarias, deberían a lo menos incluir y promover ciertas condiciones como la seguridad, confiabilidad, la escucha y posibilidad de elección (o consentimiento) o participación en decisiones que afectan la propia salud y la propia vida, el empoderamiento de las personas, la atención a aspectos biográficos y culturales en la salud de las personas. Estos últimos revisten mayor importancia en relación, por ejemplo, a fenómenos migratorios ocurridos en el último periodo, siendo un desafío para los profesionales del área poder reconocer prácticas situadas culturalmente, así como las condiciones de afectación a la salud mental -como traumas en sí mismos- que significan vivencias como el desarraigo y la pérdida de referentes asociado a la migración.

Nos parece pertinente citar en extenso a Bein(2011), quien refiere que los objetivos comunes de atención médica para los sobrevivientes adultos son que puedan sentirse seguros, tener acceso a la información, poder contar con o bien ser derivados a referentes de atención médica que entiendan la violencia sexual. Hay algo que observar, y aprender, desde el ámbito de la justicia donde la defensa legal presenta diferentes caminos a los sobrevivientes. Los defensores, por ejemplo, tienen una gran capacidad de desglosar información complicada en piezas manejables y ayudar así a las víctimas a navegar en situaciones cargadas de emociones, con respeto y tratando de proteger siempre la elección de la/el sobreviviente. El

sistema de justicia puede ser hostil, aterrador o confuso. Por eso los defensores establecen alianzas colaborativas tanto con los propios sobrevivientes como con otros profesionales que puedan ayudar, por ejemplo, a producir guías y diagramas de flujo para mostrar las distintas opciones de la víctima en el sistema legal penal, o civil, y pensar en conjunto, “fuera de la caja” de una defensa legal tradicional. Estas habilidades y formas de trabajo podrían ser utilizadas en una diversidad de problemáticas y desafíos de la atención médica de sobrevivientes de trauma ASI.

No podemos olvidar que el sometimiento y el silencio son vertebrales en las dinámicas de abuso sexual infantil; y que ni un mínimo desacuerdo o reparo podía ser expresado por la víctima al abusador-cuidador. Como adultos, todavía, expresar los propios deseos, necesidades o las emociones más elementales (pena, temor) puede ser un tremendo desafío para los sobrevivientes. Más todavía en contextos asimétricos de poder, y peor en culturas donde se endiosa a la autoridad, no se la cuestiona, y se le hace caso ciegamente. Si consideramos que la mayor parte de los abusos sexuales a niños, niñas y adolescentes ocurren en el entorno familiar y por conocidos, es importante relevar que este hecho incide de manera directa y contundente en las manifestaciones psicológicas y físicas del sufrimiento, junto con las dinámicas traumatogénicas que llegan a dominar y someter a las personas atacadas (Finkelhor 2005). Lo anterior, influirá además en el tiempo que conlleva a la persona desbloquear, recordar y elaborar los ataques, eso si cuenta con el espacio adecuado y las redes de apoyo tanto familiares, como sociales, de salud, educativas, entre otras. Sumado a ello, resulta crucial que distingamos en las personas que fueron víctimas de ataques sexuales intrafamiliares reiterados, entre dinámicas de lealtad hacia los agresores, sentimientos de temor, odio y amor, junto a la dependencia de tipo económica -y afectiva muy probablemente-, expandiendo la dimensión psicológica de la vulneración y los lazos establecidos. La cronicidad del ASI finalmente impacta en los tiempos que se necesitarán para un proceso psicoterapéutico que dimensione, acoja y acompañe las severas secuelas que estas transgresiones instaladas generan.

En este sentido, cabe recordar que todo abuso sexual es primeramente un abuso de poder, y parte de sus consecuencias es la implantación de una sexualidad excesiva y desbordante (y adulta) en un psiquismo infantil que no tiene -ni puede por las condiciones de dependencia radical hacia

los adultos-, las posibilidades de metabolizar por sí mismo tal destructivo evento. De este modo, las condiciones para su sanación deberían considerar la especificidad de relaciones profesionales que puedan volver a generar condiciones traumáticas en caso de no ser llevadas a cabo con la especialización requerida, puesto que se arriesga replicar dinámicas de poder que pueden finalmente interferir o impedir el objetivo reparatorio que persiguen. Por eso las apelaciones a nuestra sensibilidad, cuidado, creatividad y nuestra flexibilidad, son de la mayor importancia. Si una mujer expresa que se siente angustiada -rasante en una crisis de pánico- frente a un determinado procedimiento o en presencia de enfermeros hombres, esto necesitará ser tomado en cuenta. O si un sobreviviente comparte que un poco de música puede ayudar a reducir la tensión corporal -con menor probabilidad de memorias intrusivas- frente al contacto inevitable del instrumental médico, asimismo esto podría acogerse con bastante facilidad (por ejemplo, usando el teléfono celular). Si este tipo de consideraciones no tienen espacio ni son un elemento habitual de la atención de salud, necesitamos ver la forma de favorecer su inclusión.

Conscientes de que los recursos pueden ser limitantes, no podemos desconocer el impacto que tendría en el sistema público y privado de salud poder contar con alguna persona o equipo especializado que pudiera orientar, formar continuamente, o ser consultado caso a caso, sobre la mejor forma de trabajar con sobrevivientes de ASI tanto en la atención clínica como en hospitalaria (más o menos prolongada). Se han reportado situaciones con mujeres ancianas que aun en estado de sopor reaccionan violentamente al contacto de enfermeros o médicos hombres, y niñas o mujeres en coma cuyos indicadores vitales se alteran en presencia de determinadas personas. Deviene un desafío pensar en cómo apoyar a los proveedores de salud, o trabajadores de la salud, para poder entregar a sobrevivientes y víctimas una atención que integre derechos humanos, la perspectiva de género, la interculturalidad. En suma, una ética del cuidado que se refleje en la orientación a construir una base de confianza en las relaciones, con disposición a escuchar -y dedicar el tiempo, a pesar de otras presiones, para hacerlo-, y a realizar/recibir preguntas y acoger la información comunicada por el paciente, brindando oportunidad o pidiendo a los usuarios que describan con sus propias palabras lo que se les compartió como indicación profesional, facilitando así una apropiación subjetiva de aquello que, de otras formas,

puede experimentarse como otra imposición/negación.

No se agota lo que podríamos compartir en un ámbito que nos compromete y apasiona, también, y hay un diálogo que crece como sociedad, y que todavía tiene mucha superficie de vuelo por explorar, juntos, desde nuestras disciplinas y vocaciones dedicadas al cuidado. Pero queremos terminar, compartiendo algunas ideas y sugerencias que podrían ser utilizadas, criticadas, desarmadas y vueltas a armar, con miras justamente a sembrar la inquietud de una apropiación antes que una imposición. Cabe recordar, que en nuestra realidad local se asiste mucho más al doctor que al psicólogo, y cada espacio de cuidado y buen trato puede incidir en una respuesta humanizante que permita restituir, en sus diversos aspectos, la confianza en el lazo social dañado por el ASI, y quizás, por otros sufrimientos y violencias que también nos fragilizan como colectivo, pero que nos presentan, al mismo tiempo, la oportunidad de agenciar preguntas, puentes, solidaridades, cada uno y juntos, en el deseo de contribuir a aliviar y acompañar, pero sobre todo a evitar sufrimientos que sí pueden ser evitables.

SUGERENCIAS A PROFESIONALES DESDE LA PSICOLOGÍA

Las sugerencias que siguen, son una muy una resumida colección de recomendaciones que incluyen impresiones y sugerencias de sobrevivientes -incluidas psicólogos/os sobrevivientes- con quienes trabajamos, recomendaciones técnicas, y *tips* compartidos por profesionales de salud que ejercen en Chile y otros países (como EEUU, por ejemplo). Todo es parte de un trabajo en desarrollo sobre orientaciones para atención de salud de sobrevivientes de trauma ASI (que esperamos compartir en 2020).

Estas sugerencias y aproximaciones pueden ser leídas y discutidas por todos/as aquellos quienes tienen contacto directo con pacientes y usuarios, no únicamente profesionales del área médica. Estamos pensando en toda persona que desempeñe funciones ligadas al sistema de salud -en diversas áreas, incluidas aquellas de servicio y orientación a usuarios de Fonasa o Isapres- y que tenga trato directo con pacientes. Desde la premisa de que el cuidado de todos/as nos concierne a todos/as, cuanto mayor sea la comunidad de criterios y consistencia, mayor será el beneficio para quienes reciben la atención de salud.

Una pregunta relevante, que merece tiempo de

reflexión, de diálogo entre disciplinas, y que vale considerar en este contexto, es acerca de la pregunta realizada a pacientes adultos y jóvenes y a los cuidadores que acompañan a niños y niñas, en la anamnesis vía oral o por escrito, sobre sus experiencias de violencia física y/o sexual (del pasado reciente o lejano). A esta pregunta general, puede seguir la pregunta específica sobre experiencias de abuso sexual, incesto, violación, explotación sexual comercial infantil. Sabemos que existen lugares donde, por protocolo, las atenciones de a lo menos un número de especialidades incluyen esta línea de preguntas, justamente por el riesgo de victimización secundaria que puede prevenirse o aminorarse en una atención bien informada. Sin embargo, lo que puede ser una práctica habitual en otros países y culturas, y reconocida como una ayuda -no como una intromisión- desde los propios usuarios de los sistemas de salud, necesitamos contemplarla a la luz de nuestras realidades, y de la vivencia de los sobrevivientes mujeres y hombres, de distintas edades -muchos de ellos adultos mayores-, en un país donde hace relativamente poco tiempo se ha abierto el tema a nivel social, y donde hace menos tiempo aún, hemos comenzado a contar con legislaciones al respecto que han ido permitiendo una mejor comprensión del fenómeno.

A pesar de los avances en nuestro país, el ASI continúa siendo un tema que coexiste con estigmas, confusiones (si no hay violación es “menos abuso”; si un niño abusado llega a un colegio, puede “exponer” a otros niños) y una necesidad, todavía, de mucha información y educación. Recordemos que nuestra sociedad aun en este siglo, habilita un número de prejuicios y juicios, inclusive sanciones -es cosa de observar la respuesta a licencias médicas, o en entornos laborales-, a personas que viven con problemas y dolencias de salud mental, o enfermedades graves como la depresión. En un contexto como éste, la forma de incorporar una pregunta necesaria y útil para la atención de salud -como aquella acerca de experiencias de violencia sexual, o ASI- requiere de un muy dedicado análisis, progresiones, evaluación de impacto y brechas, antes de ser asumida como criterio universal. La conversación vale ser planteada; invitémonos a sostenerla. Por ahora, queda la proposición de considerar esa pregunta, cada uno, como una constante en nuestro quehacer: ya sea que la expresemos en voz alta -por que se vuelve inexorable hacerla en determinadas situaciones y con determinadas personas- o que la conservemos como una voz interna que quiere

recordarnos esa probabilidad biográfica, lamentablemente muy alta, en cada encuentro con otro ser humano, humana, para hacer todo a nuestro alcance por evitar sufrimientos evitables, y cuidar mejor.

- En primer lugar, una recomendación general es iniciar la atención saludando cordialmente, con un saludo con un apretón de mano, o con palabras y tono amable (buenos días, tardes). Si es posible, se sugiere tomar unos segundos para preguntar a la/el paciente si prefiere que lo traten por su nombre o apellido, de tú o de usted, para fortalecer un trato que además de bueno sea dignificante, evitando a toda costa el uso de diminutivos o formas de dirigirse a las personas que, aunque intenten expresar aprecio o infundir calma, resultan disonantes con la instancia de una atención en un centro de salud (mi reina, mi rey, mi princesa, príncipe, mi niña, mi niño, m'hijita, abuelitos, mamita, papito, etc.).
- Se trate o no de una primera atención, la escucha trasciende lo que es conversado. Potenciar sensibilidad al estado de ánimo del sobreviviente, lo que expresa con palabras y claves no verbales (paralingüísticas, proxémicas, etc.)
- Aun sin conocer la historia de vida completa de quienes estamos atendiendo, conviene anticiparnos y estar atentos a lo que se dice y lo que no se dice en el espacio de atención, teniendo presente la epidemiología existente respecto del abuso sexual infantil, su prevalencia y la probabilidad de que estemos en presencia de alguien que lo vivió (aunque no lo relate).
- Recordar que las emociones -y consiguientes respuestas fisiológicas- son respuestas evolutivas que tienen como fin el comunicarnos de manera más inmediata con nuestros semejantes, y por ende, facilitar la comprensión del estado interno de otros. La información provista por el estado emocional del paciente, su ánimo, la mirada u otros gestos, la tensión corporal, las inflexiones del discurso (sus pausas y silencios), etc, es información a tomar en cuenta. Hay muchas sensaciones del sobreviviente de las cuales no se acusa recibo o que se gestionan desde quienes atienden desviando atención hacia cualquier tema cuando a veces, lo más sencillo y más afín al cuidado, sería preguntar o hacer reconocimiento de lo que atestiguamos (por ejemplo, ofreciendo un pañuelo desechable si alguien llora, o reafirmando que toda emoción tiene cabida, “entiendo que esto pueda causar nerviosismo, aprensión”).
- En la realización de un examen físico -que

involucre cualquier parte del cuerpo, desde el brazo para una muestra de sangre, la apertura de boca con un bajalenguas, situar el estetoscopio en el pecho o la espalda, hasta exámenes ginecológicos, proctológicos, etc.-, los proveedores o profesionales de salud pueden orientarse a prevenir y/o minimizar el estrés o sufrimiento, respetando límites corporales y emocionales de la persona. ¿Es siempre necesario desvestirse, obedeciendo a una instrucción de hacerlo, sin mayor explicación? ¿Es posible subirse a la pesa sólo sin zapatos y abrigo, pero sin necesidad de hacerlo en ropa interior?

- Se recomienda el uso de un lenguaje, de conceptos y terminologías -médicas, dentales, etc.- comprensibles y sensibles al género de la/el sobreviviente, su edad (por diferencias generacionales), etc. Que el diálogo permita momentos de escucha, asimilación, y abra en lo posible formas alternativas de expresión -si lo oral se hace difícil para el paciente, podría escribir o dibujar, o mostrar- y de relato. Si sigue siendo demasiado arduo para un paciente comunicar algo, ofrecer, cuando se pueda, dejar información para ser compartida en una futura ocasión (o tal vez compartir correo o teléfono, según protocolos institucionales que se recomienda tener).
- Informar acerca del sentido y/o posibles resultados de exámenes o procedimientos que se realicen o vayan a realizar próximamente. Ir entregando información anticipada (ojalá con apoyos gráficos, escritos, fáciles de comprender y recordar), describir instrumentos, etapas o tiempos estimados, qué esperar o qué no, etc.
- Siempre que sea una posibilidad, es fundamental ofrecer la elección del género y/o edad del examinador. En muchos lugares ya es un estándar que esté otra persona presente durante la atención médica y dental de pacientes adultos, y también niños (aun cuando en general concurren acompañados).
- Usar instrumentos poco amenazantes en lo posible -o buscar una forma de morigerar el impacto visual o táctil-, y posicionarse físicamente de tal forma que se aminore la incomodidad o estrés y ansiedad del paciente.
- Si es posible, frente a emociones de alto estrés, terror o ante la petición de la persona, contemplar uso de ayudas -sedativos- antes de un examen invasivo, por ejemplo con espéculo en el caso de las mujeres, o de un procedimiento dental sencillo (limpieza, control de seguimiento).

- Si es primera vez que un/una sobreviviente habla del abuso -situaciones que se dan con frecuencia en la consulta ginecológica o en exámenes como ecotomografías transvaginales-, es esencial ofrecer una respuesta acogedora, comprensiva, no juzgadora, que establezca claramente la no-responsabilidad de la víctima al tiempo que se valora la develación. Abstenerse de consejos o advertencias que por bienintencionados que sean, solo refuerzan la soledad y el estigma -por ejemplo, algunos que frecuentemente nos comparten pacientes mujeres: “mejor no le cuente a su pareja para que no le pierda el respeto ni le tenga lástima”, o “para que no se afecte la dinámica de la relación sexual”-, y revictimizan.
- Ya sea que una primera develación ocurra en la consulta o que, en una primera consulta con un determinado especialista, la/el sobreviviente comparta información sobre su historia de ASI, es importante explicitar la confidencialidad y cuidado que guía el tratamiento de esta información. Hay sobrevivientes que sí bien pueden llegar a compartir su historia con el profesional de salud, no quieren que ese dato se registre en su ficha médica. Eso necesita ser acogido.
- En cualquier atención, consultar a la persona por sus preocupaciones, necesidades, comprometiéndose a responder sus preguntas de la mejor manera y más completa posible.
- Asegurar respeto y cuidado de la privacidad: hablar y reflexionar en torno a lo que la víctima, el profesional de salud, u otros profesionales elijan como posición frente a lo que se comparte con terceros, o en coberturas periodísticas, si fuera el caso.
- Es fundamental, previa consulta y acuerdo con el paciente, incorporar a aquellos terceros significativos como red de apoyo para acompañar a quienes han sufrido ASI. El apoyo a la red más cercana del sobreviviente -familia, pareja, hijos mayores de edad, etc.- es un facilitador y apoyo en la salud y proceso de reparación del sobreviviente, por ejemplo, en compartir información que ayude a sus terceros significativos a entender el proceso o determinados síntomas del trauma, así como posibles respuestas que éstas podrían requerir.
- Proponer a la o el paciente, aunque sea adulto, entrar acompañado a la consulta; o permitir esperar fuera del box de espera como indicio que hay alguien de confianza que estará allí, al alcance, en cualquier momento del procedimiento, idealmente posterior al final.
- Integrar a la evaluación física, médica, los aportes del sobreviviente en relación a su salud emocional y psicológica.
- Considerar las diferencias entre sobrevivientes respecto de su disposición a compartir y qué comparten de su experiencia como información de apoyo al profesional de salud.
- Priorizar el uso de preguntas abiertas, así como tener especial cuidado en no redundar ni insistir en detalles que pueden ser re-traumatizantes e innecesarios en el momento vital (no somos investigadores científicos ni policiales, no estamos en búsqueda de datos para nuestros estudios ni de relatos verificables para un juicio, y nuestra prioridad e interés es dar crédito a las víctimas y atenderlas en el rol y capacidad que nos compete).
- Vectores de cuidado son el respeto incondicional y la no discriminación hacia los usuarios, así como el reconocimiento de cada persona en tanto conocedora de su cuerpo, su transcurso, sus dolores. Es importante propiciar la participación de las/los pacientes, cada vez que sea posible, en decisiones que tendrán implicancias para sus vidas. Podemos a lo menos escuchar opiniones, preferencias, y límites, y tomarlos en cuenta en el diseño y entrega de la atención de salud. Eso ya significa una validación y un estímulo al ejercicio del consentimiento y de la autonomía; y un apoyo en la reparación.
- Por último, queda a consideración de los profesionales en sus diversos entornos de atención, la posibilidad de dejar establecido un puente, sobre todo si ya están en conocimiento del trauma ASI de sus pacientes, a fin de facilitar la comunicación y accesibilidad en situaciones o ante inquietudes que para los sobrevivientes pueden vivirse con gran angustia, y que pueden ser relativamente sencillas de resolver o iluminar, a través de un mensaje telefónico o vía email. En nuestra experiencia clínica de intervención en trauma ASI -en la respuesta a necesidades y urgencias que pueden surgir 24/7-, es rutinaria la entrega de información que permita a las personas contactarnos en cualquier momento. Es un factor que apoyo y seguridad durante la reparación, al que se recurre con moderación, pero que los sobrevivientes expresan como muy significativo y tranquilizador.

DESAFÍOS INTERDISCIPLINARIOS

Finalmente, nos gustaría compartir algunas proposiciones a considerar y reflexionar en la perspectiva de un quehacer interdisciplinario que resulta indispensable e inseparable de respuestas sociales efectivas frente al fenómeno del abuso

sexual infantil —en las dimensiones de prevención, detección, reparación, atención en salud, procesos de justicia con valor restaurativo, educación ciudadana, protección y garantías integrales a la infancia, articulación de recursos comunitarios de apoyo en el cuidado infantil y para la reparación, agenciamiento de cambios en la política pública y legislaciones, entre otras— que no se agota en los desafíos que todavía nos presenta.

- Apoyo a estudiantes en profesiones de la salud y a profesionales médicos, con miras a potenciar la formación en su ámbito, y también en legislación y deberes sociales, de justicia, ética del cuidado en relación al abuso infantil y el ASI, específicamente.
- Problematicar, pensar los valores y creencias del profesional en relación al ASI y las experiencias de violencia sexual vividas por adultos en la niñez y adolescencia; qué mitos persisten (el trauma es sólo psíquico), qué tabúes (mejor no hablar de esto), mecanismos de relativización de daños (ya pasó hace mucho tiempo; está exagerando), miradas condicionadas según género (adolescentes o mujeres sabrían a lo que se exponen) que resultan exculpatorias de abusadores y de respuestas sociales como la indiferencia o la impunidad, etc. En esta misma línea, pensar en cómo nos vinculamos o nos situamos en relación a los derechos humanos de la infancia —su conocimiento, promoción, nuestras propias tensiones y cuestionamientos— y a determinantes sociales de la salud, y de atrocidades como la violencia sexual contra niños, niñas y mujeres, víctimas históricas de coerciones y violaciones a la integridad, tan aterradoras y convincentes, tan destructivas del ser, que imposibilitan cualquier resistencia o escape de sus victimarios (Herman 1992).
- Cabe una pregunta sobre cómo observamos o reconocemos abusos cotidianos, y/o confusiones que se habilitan desde el poder —con esfuerzo y mérito se puede lograr todo, las “elecciones” dependen de cada uno, la vulnerabilidad como un defecto o anomalía y no como una condición humana, la razón vs la emoción, la separación de cuerpo y mente, el apego como algo a favorecer o cancelar según necesidades productivas y no del desarrollo infantil, entre otras—, que afectan, tensionan y hasta pueden demoler las trayectorias de reparación de víctimas de trauma, y peor aún, sostener y amplificar la probabilidad de nuevas vulneraciones con generaciones actuales de niños.
- Una reflexión primordial de la ética del cuidado,

completamente pertinente a la atención de salud de víctimas de trauma ASI, es cómo preservar términos de respeto por la integridad y derechos del prójimo, en una situación de inevitable asimetría (relación médico paciente, profesional-sobreviviente, adultos-niños, etc.). En esta pregunta se abre otra igualmente relevante en relación a cómo situarse en la escucha y la intervención, prescindiendo de juicios —o formas de interacción y comunicación que aun sin intención de reproche, sean así recibidas por víctimas y sobrevivientes. Sobrevivientes que conviven por ejemplo con trastornos alimentarios, consumo abusivo de sustancias (drogas, alcohol, inclusive cigarrillos), reportan haber recibido de parte de sus profesionales comentarios genéricos tales como “usted no se cuida/ha cuidado”, o bien, “si hubiera venido cuando correspondía”, etc., que han sido revictimizantes. Es posible comunicar sin ocultar ni alterar información vital, y hacerlo de manera franca y respetuosa, pero prescindiendo de juicios.

- En procesos de reparación, observamos cómo se vuelve cada vez más necesaria la pregunta de cómo incorporamos a la atención de los sobrevivientes, el trabajo con sus familias o terceros significativos para abordar el apoyo en salud mental, y orientar cómo vincularse a la atención médica de manera asertiva. Tanto los sobrevivientes, como sus familias, valoran estas instancias que pueden darse en distintas modalidades; psicoeducativa, de psicoterapia grupal, u otras formas (por ejemplo, apoyando procesos de otras familias de sobrevivientes).
- Contar con sistemas de registro de información bien definidos, y de igual modo, precisar con la mayor exactitud canales y destinatarios de la información. En este proceso vale preguntarnos qué significados conferimos, o qué ética del cuidado guía nuestra recepción de las historias compartidas por nuestros pacientes, y la manera de tratar esa información ¿Priorizamos ser testigos que escuchan y acompañan procesos de salud, de reparación, o bien contemplamos estudiarlos, acopiar datos para nuestro próximo paper, o para aportar pruebas a un proceso judicial?, finalmente ¿el otro como objeto o como sujeto? Sincerar estas posiciones frente a nosotros mismos es parte del autoexamen que nos ayuda a precisar los términos o estándares preferidos para realizar nuestro trabajo, diseñar nuestra atención de salud y orientarla en direcciones que quizás confirmen su adhesión y continuidad en la línea del trauma ASI, o no.

- Como ya se comentó, el fenómeno del abuso sexual y su acompañamiento interdisciplinario conlleva un especial cuidado, debido a los altos montos de afecto involucrados, que minan y/o dificultan la posibilidad de elaboración e integración psicológica. Por consiguiente, se considera fundamental la posibilidad de brindar espacios de supervisión clínica asociada al acompañamiento de los casos.
- Los efectos de la intervención pueden conllevar a fenómenos en los profesionales como identificación/proyección de los afectos involucrados en el grupo de trabajo, además de experiencias como la fatiga por empatía, trauma vicario, burnout y backlash, por lo que resulta indispensable diseñar espacios efectivos de cuidado de equipo que faciliten elaboración grupal del dolor psíquico (Aretio 2012) y superen la mera realización de actividades que tienden a confundirse como “autocuidado” y o aportan significativamente a éste (actividades recreativas y de esparcimiento, por ejemplo).
- Reflexionar acerca del inmenso potencial reparador de la esfera de salud, sobre todo cuando la justicia nos elude. Pensemos en los niños que siguen llegando al sistema de salud por situaciones de violencia sexual reciente, mientras en paralelo existen procedimientos judiciales que sobre todo pueden resultar re-traumatizantes cuando el foco que priorizan es la búsqueda y ratificación de una verdad jurídica, antes que la verdad subjetiva. ¿De qué manera los recibimos, nos relacionamos con ellos para que esa experiencia de cuidado en la atención de salud, se sienta protectora, reparadora, capaz de escucharlos y hacerlos parte en tanto personas?
- Desde las disciplinas médicas, resulta fundamental incorporar espacios para la discusión acerca de cómo propiciamos, a nivel profesional, académico, social, comunitario, etc., la consciencia acerca de riesgos, señas y consecuencias del abuso sexual infantil y del trauma complejo por ASI, compartiendo conocimientos y herramientas que han servido o se han probado como efectivos en la atención con sobrevivientes. Recordar que aquello que el trauma separa o divide, una comunidad en tanto red puede ayudar a restaurar. En quienes han sufrido, y también en el propio seno, el tejido social (la herida del abuso también alcanza a la comunidad). Judith Herman señala que el proceso de sanación comienza en la restauración de la conexión con otros seres humanos. Sanar necesita de un espacio donde junto a otros, la

desesperación se vuelve comunicable y donde se reconoce el daño de la herida moral infligida; y donde el duelo que puede ser un experiencia compartida o acompañada, permitiendo la restitución de vínculos –poco a poco, confianzas, o la ampliación, simplemente, de un mundo donde las relaciones tengan muchos más matices que abusadores, víctimas y “salvadores” o héroes, como relatan muchas víctimas-, o el descubrimiento de resiliencias y resistencias que surgen a partir de historias devastadoras que, en el colectivo, pueden volverse aprendizaje y herramienta. Para prevenir, para fortalecer el cuidado humano en todas las acciones mancomunadas que surgen como respuesta al trauma (Shay 1994).

- Existe un profundo desafío en lo que respecta a las particularidades de la atención con NNA víctimas y con adultos, cuando el médico desconoce que son sobrevivientes, o que están viviendo actualmente alguna transgresión en sus espacios de intimidad. Lamentablemente, el maltrato y diferentes formas de violencia son una realidad que atraviesa cuerpos e historias de vida de miles de personas. Por eso la apelación, antes de hacer una observación o dictamen acerca del comportamiento quizás perturbador, extraño, inadecuado, excesivo (demasiado sociable, demasiado pesimista, etc.), “conflictivo” de un adulto/a, o antes de pensar a un niño, o validar comentarios de terceros, en relación a cuán “inquieto o problemático” pueda ser en sus formas de comportarse, es a permitirse la pregunta, una pregunta sobre qué pueden significar estas actitudes o manifestaciones (qué podrían estar informando acerca de la historia de vida de nuestros pacientes). Siendo niños hoy, o habiéndolo sido alguna vez, recordarnos que ante el silencio de lo inenarrable, de las palabras que nunca serán suficientes para relatar ciertas vivencias, sólo queda el propio cuerpo para decir, para “hablar” de aquello que hace sufrir, y tal vez, también, de aquello que podría necesitar como amparo, como aliento, para dejar espacio libre a la vida que añora ser vivida plenamente.

Queremos terminar este artículo, declarando nuestra esperanza en medio de los tiempos que vivimos, a pesar de todas sus fragilidades. Hoy como nunca se está prestando atención a las necesidades y urgencias de salud mental a nivel mundial: las ciencias hablan del sufrimiento humano, de la soledad, de las experiencias de trauma con que distintas formas de violencia nos desgarran y

sobre todo a los más indefensos, los niños y niñas –y la tierra que nos cobija. Pero también hemos ido redescubriendo, nuestra capacidad de preguntarnos cada vez más amorosa y firmemente, qué cuida y que no, qué daños son accidentales y cuáles deliberados, y cuánta responsabilidad tenemos en tratar de prevenirlos, aliviarlos. En la memoria del 2019 queda una ley histórica como la de imprescriptibilidad del ASI que fue lograda gracias a sobrevivientes, familias, profesionales de la salud, la educación, el derecho, la sociedad civil y el gobierno, el parlamento, ciudadanos hombres y mujeres de todas las avenidas de la vida. Esa comunidad de empeños, de cuidado ético y de justicia, se sintió ya como reparadora por muchas víctimas; y vitalizadora como país (juntos se puede lograr tanto, en palabras de Helen Keller). Desde nuestras disciplinas y vocaciones de servicio, podemos –queremos plenamente- continuar en esa dirección.

REFERENCIAS

1. Aretio C, Heresi M, editores. Temas de psicología clínica infanto-juvenil: Aportes y reflexiones Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales; 2012.
2. Bein K. National Sexual Assault Coalition Resource Sharing Project. [Online].; 2011. Disponible en: https://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_RSP_Action-engagement-remembering-services-for-adult-survivors-child-sexual-abuse.pdf.
3. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine.
4. Finkelhor D. Abuso sexual al menor México D. F.: Editorial Pax; 2005.
5. Minsal, Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual. [Online].; 2016.. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-dprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf.
6. Herman J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror New York: Basic Books; 1992.
7. OMS, Organización Mundial de la Salud. La violencia contra los niños puede y debe prevenirse, dice la Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2006. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/>.
8. Shay J. Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character New York: SCRIBNER; 1994.
9. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg M, Alink L, van Ijzendoorn M. The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. Child Abuse Review. 2015; 24(1): p. 37-50.
10. UPD, Centro de Derechos Humanos. Los efectos de la violencia sexual contra niñas y mujeres. Los casos de la violación como resultado de embarazo y de la violencia sexual contra las mujeres migrantes en la ruta hacia Chile. Santiago de Chile, 2018.
11. Van der Kolk B, McFarlane A, Weisath L. Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society New York: The Guilford Press; 1996.
12. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma New York: Viking; 2014.

“Lo que finalmente repara y renueva a las personas es la creencia de que su capacidad de amar no ha sido destruida. Que es posible regresar al amor por otras personas, por los animales, la naturaleza, o hasta por la música. Por frágil y tenue que sea esa conexión en un comienzo, es la piedra fundante de vínculos de cuidado que el perpetrador no pudo destruir”. Judith Herman