

EL ENSUEÑO DE LA MADRE EN EL ABORDAJE DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

The mother's reverie to address de child sexual abuse

Alonso Manuel Paredes Paredes
aparedespared@unsa.edu.pe
Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa
<https://orcid.org/0000-0001-8647-3287>

Recibido: 03-11-2022

Aceptado: 09-12-2022

Publicado: 29-12-2023

RESUMEN

El abuso sexual infantil es sin duda uno de los problemas que sumen a nuestra sociedad en un permanente estado de degradación. Día a día este flagelo social se ensaña con los más vulnerables: los niños, quienes son lastimados en su indemnidad sexual y, por supuesto, en su desarrollo y dignidad humanos. En las siguientes líneas se desarrolla, desde una perspectiva reflexiva basada en la experiencia clínica y educativa, una viñeta sobre el abordaje del abuso sexual infantil, relevando la participación de la madre a través de su capacidad de ensoñación (rêverie).

Palabras claves: abuso sexual infantil, trauma psíquico, ensueño materno, abordaje

ABSTRACT

Child sexual abuse is undoubtedly one of the problems that plunge our society into a permanent state of degradation. Day by day, this social scourge takes its toll on the most vulnerable: children, who are harmed in their sexual indemnity and, of course, in their human development and dignity.

In the following lines, a vignette is developed from a reflective perspective based on clinical and educational experience on the approach to child sexual abuse, highlighting the participation of the mother through her capacity of reverie.

Key-words: child sexual abuse, psychological trauma, mother's reverie, treatment

1. INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista sintomatológico, las consecuencias del abuso sexual son múltiples, la clínica fenomenológica de los sistemas diagnósticos tales como las significativamente propuestas por la Asociación Psiquiátrica Americana a través de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014), o la Organización Mundial de la Salud con su Clasificación Internacional de las Enfermedades (2023) remiten siempre a la posibilidad de que se generen trastornos crónicos donde el más común resulta ser el estrés postraumático. (Crocq, 2014)

Sin embargo, desde el racionalismo idealista de la clínica psicoanalítica, como es entendida por Frebbuaio y Celener (2015), se trasciende a la atomización criterial para desarrollar la clínica del

trauma psíquico (Crocq, 2014; Lebigot, 2006), irreductible al quantum sintomatológico y que más bien, entre muchos otros aspectos, remite a la víctima a un estado de sufrimiento profundo, pues el hecho deletéreo subvierte sus afectos, sus emociones, su psicología y su confianza en el mundo. Es decir que la víctima pierde la confianza en los otros, pues fueron los otros (el agresor) quienes le enrostran la realidad de la muerte (Lebigot, 2006). Esta paradoja que se forma por la contradicción entre la esencia solidaria intrínseca a la vida social, pues sin un semejante no es posible la vida humana, y la amenaza o perpetración del daño o muerte proveniente de los propios congéneres, produce un hondo estado de confusión, incomprendible desde la lógica formal del pensamiento adulto e incomprensible desde los tanteos intuitivos con los que se forma primeramente el psiquismo —referencia al intuicionismo social de Haedt, citado por González Lagier, 2017— con teorías y aprendizajes tácitos que el niño desarrolla desde los primeros años de su ingreso a la vida social civilizada.

Entonces, el niño es defraudado, traicionado, utilizado, lastimado, confundido, objetivado, desestimado y agredido no solo por alguien, sino por todos, pues ese “alguien” es, de uno u otro modo, un representante de todos, vale decir, es un poco de la humanidad.

Este estado de confusión, dice Ferenczi (1984), se debe, en principio, a que el niño queda clivado por haber sido expuesto a un lenguaje que no es el suyo sino del adulto, pues el lenguaje del niño es la ternura, mientras que el impuesto por aquél: la pasión, dilema que se presenta en la inmadurez de su psicología que el niño resuelve por medio de la culpa, una culpa que no le corresponde. En este último aspecto, Finkelhor y Browne (citados por Martínez, 2000) resaltan los sentimientos de invasión, transgresión de la voluntad, impotencia y estigmatización que experimenta el niño, los que tributan en que mantenga el silencio, tanto así que, según Barudy (citado por Martínez, 2000), el niño sometido a una situación crónica de abuso pierde paulatinamente la capacidad de reconocerse como víctima.

2. METODOLOGÍA

El presente trabajo presenta una viñeta clínica y educativa con carácter reflexivo respecto de la experiencia que he logrado a lo largo de más de 20 años de ejercicio profesional como psicólogo,

priorizando, esta vez, un enfoque teórico proveniente de la psicología psicodinámica y relacional que se presenta en un estilo narrativo personal (Wortham, 2001) y en primera persona, resaltando el rol de la madre en el auxilio del abuso sexual infantil.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la línea de la clínica del trauma psíquico del abuso sexual, el niño se ve expuesto a otro hito de desconfianza: su propio cuerpo, y es que su incipiente desarrollo fue objetivado y trasgredido desde su indefensión. En cualquier caso, el cuerpo, es también depositario del dolor, y mientras se lo sigue objetivando, por ejemplo, por la necesidad de curaciones y pericias médico-legales, es posible que se originen no con poca frecuencia nuevas formas de victimización o revictimización. (Paredes, 2019a, 2019b)

Sin embargo, la comprensión mínimamente tridimensional de la desconfianza en su fusión psicológica, biológica y social ofrece derroteros que podrían orientar la acción terapéutica no solo en un sentido recuperativo sino preventivo. Quiero decir que la confianza es una fortaleza que se forma con el contacto adulto y la diferenciación progresiva y empoderada del niño en la vida social que, al mismo tiempo, se afianza a manera de un exoesqueleto que le provee la subjetividad del adulto sano al ofrecerle amor, ternura y verdaderas atenciones.

Esto no significa que el niño pueda evitar el abuso del adulto, pues como plantea Martínez (2000) luego de una revisión exhaustiva de los programas más comunes de prevención del abuso sexual, la prevención es un asunto bajo la responsabilidad del adulto, pues independientemente de educar al niño o prevenirlo con conceptos y conocimientos al respecto, dejarlo a merced de un adulto abusivo no puede suponer sino una situación que desborda ampliamente lo que el niño pueda hacer para evitarlo. Más bien, la citada autora encuentra que, entre otros aspectos, el énfasis preventivo debe ser puesto, como recomiendan McLeod y Wright (citados por Martínez, 2000), en que el niño divulgue el abuso.

No obstante, la externalización del abuso sexual entraña una serie de otros problemas, pues el pavor experimentado por el niño, la confusión a la que es sometido, la culpa y escisión de su mundo psicológico interno, o, como ha sido mencionado, la pérdida de la capacidad de identificarse como

víctima, inciden en la mantención del silencio, situación que requiere para el niño la presencia de un adulto que le dé soporte, alguien en quien pueda confiar y le retorne a la comunidad de humanos de la cual el abuso pretendió proscibirle. (Lebigot, 2006)

En efecto, la seguridad, autonomía y confianza se restituyen por ese volver que parte por creerle al niño y no desmentirlo cuando relate lo que le pasó. En este sentido, Ferenczi (citado por Osmo y Kupermann, s.f.) relieves la acogida del niño versus “la desmentida”, en otros términos, creerle al niño supone el inicio de un camino curativo, legitimando su palabra.

Bien ahora, ¿quién es la persona más indicada para este fin recuperativo? Creo que es la madre, pues siempre que sea posible contar con ella será un recurso invaluable por lo que comporta, siempre y cuando esté del lado de la víctima. En esta parte me atrevo a contradecir, es decir, colocarme en una posición no solo diferente sino frontal, al conocido aforismo “nadie es culpable hasta que se pruebe lo contrario”.

En efecto, esta puede ser una verdad para la práctica jurídica, sin embargo, en mi experiencia clínica y considerando cómo se forma el mundo afectivo de la psicología humana en el trauma, las víctimas, especialmente los niños, necesitan mucho más, es decir, requieren, como afirma Ferenczi, de la acogida cálida y sincera de cuanto dicen, especialmente en un tema tan sensible y deletéreo como el abuso. Creerles en el espacio privado de quien les cuida, sin el afán de buscar evidencias que les contradigan, supone ponerse del lado del niño y tomar distancia del agresor, dentro una nueva lógica de la intimidad de la intervención psicológica que invierte el primer aforismo para optar por otro del orden reparador: “lo que dice el niño es verdad hasta que se pruebe lo contrario”. Luego, competirá a la acción de la justicia la pesquisa de los hechos conforme los criterios e instrumentos que plantea el derecho.

En cuanto a la divulgación del secreto, Martínez (2000) encuentra recomendable que se prepare el medio social del niño para no cuestionar su relato, si bien se debe promover la divulgación del abuso también es necesario favorecer un medio social en el que se le crea. Al respecto, Laing y Kamsler (2002) y en un estudio victimológico realizado por Paredes (2019a), se resalta la importancia de la madre en la divulgación y el trabajo terapéutico

del abuso sexual. Se trata de que la víctima descubra junto a los suyos los recursos de afrontamiento ante este problema, lo que transita por ayudar al niño, como indica Cyrulnik, a encontrar un sentido a lo vivido. (citado por Itad Sistémica, 2015 [vídeo])

De esta manera, considero que el abordaje del abuso sexual infantil encuentra en la madre a la mejor aliada de los niños victimizados, pues desde la posición de la preocupación maternal primaria, la madre puede invocar esa forma de relación única que caracteriza los primeros momentos e interacciones con sus hijos. Me refiero que, sobre la base de colocarse del lado del niño, la madre sea capaz de ofrecerle atenciones y cuidados suficientes tal como lo hizo ante lo que Freud (1992) considera el primer traumatismo: el nacimiento.

En esta línea de pensamiento, al referirse a la preocupación primaria de la madre Winnicott (citado por Courtinat, s.f.) resalta la necesidad de asistirlo con una madre y un ambiente suficientemente buenos que, sensibles, identificados y adaptados a las necesidades del bebé, le aseguren un sentido de continuidad vital. Por lo tanto, creo que esta recuperación de la preocupación materna primaria protege al niño del sentimiento de aniquilación, como fue en el pasado, esta vez potencialmente presente en el trauma del abuso sexual.

Refiriéndose a Bion, Scerpella Robinson (2013) subraya la capacidad de ensoñación de la madre a partir de la cual ésta se interesa anticipatoriamente por las necesidades de su hijo, hace cuanto está a su alcance por comprenderlo y a través de su sensorio percibe y metaboliza las mismas.

En otras palabras, la madre coloca su propio cuerpo y psicología a la atención del niño, a quien le procura cuidados amorosos, fundiéndose en el binomio que alguna vez escindió el nacimiento, donde él es ahora parte de ella y ella parte de él, mientras se encamina un proceso de individuación.

Así, la exclusión y escisión provocadas por el trauma, en mi entender, colocan al niño en absoluta soledad, pero encuentra en el ensueño materno la compañía y amparo de quien lo cuidará con esmero, mientras el trauma deja de ser vivido unilateralmente para ser procesado por ambos. El llanto, angustia, disociación, sideración, disforia, desrealización, etc., tratan de ser asimilados/digeridos por la madre que sin reproches dona su ser, convir-

tiéndose en salvaguarda contra la angustia de aniquilación que en el trauma amenaza con eliminar los contenidos psíquicos de la víctima, o reducirla, como advierte Lebigot (2006), a la nada, lo que se traduce en la pérdida de la alegría de vivir.

En suma, gracias al *rêverie*, la madre orienta el vínculo con su niño, lo abraza, lo besa, lo acaricia, lo apapacha, lo mira a los ojos, lo escucha, lo siente, lo aguarda, lo consuela, lo acompaña, lo sostiene, lo guía, lo alimenta; se ríe con él, llora con él; juega con él, camina con él, etc., pero no desde el discurso impuesto por el abusador y el abuso, ni siquiera por las narrativas de los servicios asistenciales y terapéuticos que tienden a patologizar y atomizar la condición humana, tampoco por la estigmatización y prejuicios de una sociedad violenta y fracturada, sino desde un nuevo posicionamiento que plantea para la víctima al menos un sentido bipersonal y binomial frente a lo acaecido, consistente en que a partir de ahora madre e hijo construyen, comparten y viven una verdad: la de estar juntos y unidos.

Y es que a pesar de que el abuso es una experiencia dolorosa y perturbadora las víctimas cuentan con fuerzas para resolver las dificultades sobrevinientes (Durrant y Kowalski, 2022). En otros términos, el abuso sexual es una afrenta perpetrada por seres humanos en contra de seres humanos, y su abordaje terapéutico debe convocar a la comunidad de humanos (Lebigot, 2006), donde la madre se convierte gracias a su amor y ensoñación en agente sanador y de reenlace entre la víctima y el mundo y entre el mundo y la víctima, pues la madre es el niño y es el mundo a la vez.

Un aspecto relevante que subraya Miguel Maldonado (comunicación personal, 08 de agosto, 2023) es el *rêverie* como anticipación a la externalización del abuso, es decir, cómo la madre puede rescatar al niño cuando es agredido especialmente dentro de la familia, habida cuenta de que la mayor parte de las agresiones sexuales tiene lugar dentro del hogar. Al respecto, considero que la ensoñación maternal tiene un rol trascendental no sólo cuando el abuso ha ocurrido, sino cuando éste está ocurriendo o, incluso, cuando no ha ocurrido aún.

La entrega asimiladora de la madre le permite presumir que algo no marcha bien. El llanto del niño, sus incomodidades, sus cambios de ánimo, su repliegue, su silencio, su confusión, su mirada fija o distraída, su voz sin peso le van brindando refe-

rencias, pero qué mejor que aquella proveniente del propio diálogo interrumpido, donde ella lo busca en sus arrullos, en su aliento, en su mirada, en su sonrisa, en sus caricias, y no lo encuentra. Es cuando lo busca donde continúa su ensoñación y donde lo encuentra en que se devela el secreto. La madre orientada por su atención flotante puede comprender mejor el lenguaje cifrado de su bebé o pequeño niño, gracias justamente a la percepción inconsciente de la fractura en lo que se comunica ahí donde el niño no verbaliza sea por su corta edad, sea porque está clivado.

De ser así, la madre está en posibilidades de comprender al niño y percibir el ambiente donde éste se encuentra y a quienes le rodean, vigilante, lo representa y le da voz, pues su metabolismo afectivo asimila también su entorno y sus peligros, lo que tributa en diferenciar y disuadir con su presencia y cuidados maternos una potencial agresión contra el infante, se trate de un familiar o de un extraño. Esta capacidad de disuasión que entraña la ensoñación materna es diferenciada en el tiempo y espacio, ya que no se reduce a la permanente sospecha sobre todos quienes forman parte del entorno del niño, sino que se afina y dirige a momentos e instancias de riesgo.

A propósito, un paciente me cuenta que cuando estuvo en el extranjero, caminando por las calles céntricas de Barcelona, se detuvo en una tienda de revistas que observaba desde afuera, en eso se percata de que una mujer junto a su bebé en un cochecito se detiene frente al establecimiento, ella se interesa por una revista y pretende entrar al recinto con el carrito, pero no puede hacerlo porque entre la acera y la vitrina del vendedor había unas cuantas gradas. Entonces la madre deja al bebé en el pequeño vehículo y decide ingresar sola, cuando en el primer paso hacia el lugar duda como si recibiera un soplido en el oído, algo así como una voz que le hace reparar, la mujer voltea, observa la situación, retrocede con energía para tomar a su niño, lo levanta, lo mira, lo abraza y con él entra a la tienda, mirando de reojo la calle, para volverlo a abrazar con alivio. Quizás la madre de esta historia evitó una situación de riesgo: la posibilidad de que el niño le sea sustraído.

Sin embargo, en este punto huelga decir que la prevención del abuso como se mencionó líneas arriba nunca es responsabilidad del niño, pero culpar llanamente a la madre sería igualmente un error, pues el culpable es el adulto agresor que sabotea el contrato social original de convivencia

que se constituye con la interdicción del incesto como verdad que opera en el inconsciente humano y que en ese sentido, en mi entender, forma parte de los supuestos del *rêverie* materno, de otro modo la ensoñación devendría en paranoia.

De todos modos, cuando la madre no está preparada o no se encuentra en condiciones para desempeñar esta delicada misión, es decir, cuando la madre se muestra ambivalente, negligente, débil, inconsistente y escéptica ante la realidad del abuso, por colocarse del lado del agresor, o, quizás, no quiere o no puede ensoñar a su hijo, alguien más facultado debe entonces tomar la responsabilidad materna. Si, incluso así, no se tiene a nadie en la familia, Barudy (citado por Itad Sistémica, 2015 [video]) propone la parentalidad comunitaria que concierne a la intervención de alguien competente psicoafectivamente que sin pertenecer a las familias de los niños victimizados procura su bienestar y desarrollo a partir de nuevos vínculos, acaso, diríamos, a través de nuevas formas, alguna forma u otras maneras de ensoñar al niño que tributen en la superación del abuso.

4. CONCLUSIÓN

A lo largo del presente trabajo he abordado algunos aspectos de la clínica del abuso sexual infantil en el trauma psíquico con acento en la intervención psicoanalítica que se interpela sobre el significado de esta afrenta como pretensión de sustracción de la comunidad humana y remisión de la víctima a la angustia de aniquilación, valorando la presencia de la madre que con la actualización de su preocupación primaria de los primeros días y el amor de *rêverie*, reposicionan el binomio terapéutico vincular madre-hijo, para coadyuvar en la prevención o detención del abuso y la recuperación de la esperanza y la alegría de vivir del niño victimizado.

REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Virginia: Arlington

Courtinat, E. (s.f.). La préoccupation maternelle primaire 1956 Donald Wood Winnicott. Recuperado de [https://www.psychanalyse.com/pdf/WINNICOTT%20-%20LA%20PREOCCUPATION%20MATERNELLE%20PRIMAIRE%20\(1956\)%20-%202015%20Pages%20-%202074%20Ko.pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/WINNICOTT%20-%20LA%20PREOCCUPATION%20MATERNELLE%20PRIMAIRE%20(1956)%20-%202015%20Pages%20-%202074%20Ko.pdf)

Crocq, L. (2013). Le traumatisme psychique: Histori-

que et concepts fondamentaux. Syllabus du séminaire: Principes de victimologie. Partie 1. Victimologie Générale. Formation en Victimologie Appliquée de l'Institut Belge de Victimologie

Durrant, M. y Kowalski, K. (2002). Superar los efectos del abuso sexual. En M. Durrant y Ch. White (Eds). Terapia del abuso sexual. (pp. 90- 153). Barcelona: Gedisa

Febbruaio, A., y Celener, G. (2015). Técnicas proyectivas. Actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense. Buenos Aires: Lugar Editorial

Freud, S. (1992). Inhibición síntoma y angustia (1926 [1925]). Obras Completas, Tomo XX, 3era reimp, p. 71-161. Buenos Aires: Amorrortu

González Lagier, D. (2017). A la sombra de Hume. Un balance crítico del intento de la neuroética de fundamentar la moral. Madrid: Marcial Pons

Itad Sistémica (2015, septiembre 3). Resiliencia Cyrulnik Barudy 2009 II. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=FtPrXC-NWD6A>

Laing, L. y Kamsler, A. (2002). Poner fin al secreto. Terapia para tratar a madres e hijos después de haberse revelado el abuso sexual infantil. En M. Durrant y Ch. White (Eds). Terapia del abuso sexual. (pp. 218-246). Barcelona: Gedisa.

Lebigot, F. (2006). Traumatisme psychique. Recuperado de http://www.yapaka.be/files/ta_trauma_psychique.pdf

Martínez, J. (2000). Prevención del abuso sexual infantil: análisis crítico de los programas educativos. PSYKHÉ, 9(2), 63-74. <https://ojs.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/20491/16953>

Organización Mundial de la Salud (2023). 6B40 Post traumatic stress disorder [6B40 Trastorno de estrés postraumático]. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>

Osmo, A. y Kupermann, D. (s.f.). Confusión de lenguas, trauma y acogida en Sandor Ferenczi. Artículos sobre Ferenczi. Clínicos trauma-abuso. Recuperado de <https://www.alsf-chile.org/Independsi/Articulos/Trauma-Abuso/Confusion-de-Lenguas-Trauma-y-Acogida-en-SandorFerenczi.pdf>

Paredes Paredes, A. (2019a). Estrategias de afrontamiento psicossocial en el abuso sexual infantil. Valoración cualitativa de casos de relevancia victimológica. MLS Psychology Research, 2(1). Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.33000/mlspr.v2i1.82>

Paredes Paredes, A. (2019b). Victimización terciaria en el abordaje del abuso sexual infantil. Apuntes para la práctica victimológica. Recuperado de <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/>

- bitstreams/746b050c-b239-418d-b514-a3feab-f18c2/content
- Scerpella Robinson, R. (2013). Rêverie: Apuntes personales. *Revista Psicoanálisis*, (12), 63-80.
- Wortham, S. (2001). *Narratives in Action: A Strategy for Research and Analysis*. New York: Teachers College