

Serie de  
herramientas  
para la  
intervención

5 de 6

5

Argentina,  
octubre 2023

# Niñas y adolescentes embarazadas en contextos abusivos

La entrevista. Apertura del  
proceso de consejería y  
entrevista psicológica en el  
espacio de la consejería pre  
y posaborto



Dirección Nacional de  
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de  
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud  
Argentina

Presidente de la Nación

**Alberto Fernández**

Ministra de Salud de la Nación

**Carla Vizzotti**

Secretaria de Acceso a la Salud

**Sandra Tirado**

Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

**Valeria Isla**

Coordinadora general

**Silvia Chejter**

Autoría

**Alicia H. Ganduglia**

Licenciada en Psicología y especialista en clínica infanto-juvenil. Capacitación y Supervisión en abuso sexual de niñas/os y adolescentes. Exintegrante del Programa de Asistencia al Maltrato Infantil del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y exmiembro del Equipo de Coordinación de la Línea 144 de Violencia de Género.

La producción general estuvo a cargo de Daniel P. Zárate y Mariana Papadópolos. La edición estuvo a cargo de Andrea Franco y el diseño de Mauro Salerno.

Esta herramienta se elaboró especialmente para el proyecto “Estrategia de abordaje en red para la detección y atención de los embarazos forzados producto de abusos sexuales hacia niñas y adolescentes menores de 15 años”, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, SAS, MSAL - UNFPA, 2023.

Este documento sigue los lineamientos de lenguaje inclusivo establecidos por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020) y por la Resolución 952/2022 del Ministerio de Salud de la Nación.



Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asigne los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales. Distribución gratuita.

# Niñas y adolescentes embarazadas en contextos abusivos

## 5 La entrevista. Apertura del proceso de consejería y entrevista psicológica en el espacio de la consejería pre y posaborto

Argentina, octubre 2023



Dirección Nacional de  
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de  
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud  
Argentina

## INTRODUCCIÓN

Esta herramienta se propone aportar criterios para abrir un proceso cuyo objetivo es determinar las condiciones subjetivas en las que se encuentra la niña y/o adolescente para tomar la decisión de continuar o no con su embarazo; proceso que se dará en un vínculo de intersubjetividad con quienes son profesionales de referencia, y estará caracterizado por el respeto por su palabra, el cuidado y la posibilidad de reparación.

Estas herramientas surgen de la sistematización de la experiencia de varios proyectos iniciados en el 2019<sup>1</sup> y que tienen continuidad en el proyecto en curso: “Estrategia de abordaje en red para la detección y atención de los embarazos forzados producto de abusos sexuales hacia niñas y adolescentes menores de 15 años”<sup>2</sup>; y se complementan con la Guía de Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años. Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud<sup>3</sup> y el Protocolo para la atención integral de las personas con

<sup>1</sup>DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación - PNUD. Abusos sexuales y embarazos tempranos. Pautas orientativas para la intervención con perspectiva de género y generacional. Estudio diagnóstico (2019); DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación - PNUD. Implementación y evaluación de un Modelo de atención a niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de embarazo y abuso sexual (2020); DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación - PNUD. Estrategia en red y especializada para la detección temprana y la atención de los embarazos forzados y abusos sexuales de niñas y adolescentes menores de 15 años (2021); DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación - FUSA - UNFPA. Estrategia de abordaje en red para la detección y atención de los embarazos forzados producto de abusos sexuales hacia niñas y adolescentes menores de 15 años (2022).

<sup>2</sup> Estrategia de abordaje en red para la detección y atención de los embarazos forzados producto de abusos sexuales hacia niñas y adolescentes menores de 15 años”, SAS, MSAL-UNFPA 2023.

<sup>3</sup> Guía de Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años. Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud / 3a ed Ministerio de Salud de la Nación - UNICEF, 2021 (Resolución Ministerial 1841/2021). Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/atencion-de-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos-embarazadas-hoja-de-ruta>; y Anexo, disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/atencion-de-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos-embarazadas-hoja-de-ruta-anexo>

derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE). Actualización 2022.<sup>4</sup>

El proyecto se enmarca en el fortalecimiento de Estrategias en Red, conformada por profesionales de diferentes disciplinas en las que cada profesional cumple su rol específico sabiendo que su intervención es fundamental pero insuficiente para abordar todas las dimensiones que la problemática requiere. Cada profesional actúa con conciencia de los alcances y también de los límites de su intervención, así como se sabe parte de una estrategia conjunta para dar la respuesta a esta problemática tan compleja.

---

<sup>4</sup> Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE). Actualización 2022. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación (Resolución Ministerial 1063/2023). Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>

## PRIMERA ENTREVISTA

Los equipos profesionales que abordan a niñas o adolescentes embarazadas en contextos abusivos se ven llevados, por las características particulares de la consulta, a considerar un contexto de múltiples dimensiones, articuladas en relación a la salud integral de quien es la protagonista de dicha consulta.

De aquí en más hablaremos de niñas o adolescentes indistintamente pero teniendo en cuenta que, desde el punto de vista del desarrollo, se tratará de una niña púber, con las implicancias que esto tiene en relación a las vivencias de su propio cuerpo y la confrontación con la sexuación.

A partir de la consideración de la subjetividad de la niña o adolescente se tratará de visibilizar una imbricación de factores imprescindible a tener en cuenta para un acercamiento a la comprensión de la intervención sobre su situación, sin perder de vista el objetivo específico de la consejería. Factores que van desde sus vínculos familiares y extrafamiliares más cercanos, su contexto sociocultural hasta el de las instituciones que tendrán a cargo las medidas jurídico-proteccionales que la situación requiera; desde la intervención de los equipos de salud hasta la de sus referentes escolares; hasta la ideología de quienes intervengan. Es este panorama el que ha llevado a consensuar en la literatura sobre el tema la necesidad de un abordaje interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial ordenado alrededor del eje del respeto al proceso de subjetivación de la problemática que presenta la niña o adolescente.

De modo que los equipos profesionales deberán tener en cuenta las características evolutivas propias de este ciclo vital –de la pubertad en

adelante–, con sus peculiaridades emocionales y cognitivas, así como del contexto abusivo en el que la mayoría de las veces se ha producido el embarazo. La experiencia abusiva confrontará a la adolescente con el dilema, en términos de toma de decisiones, de que en última instancia se haga “responsable” de una situación cuyas consecuencias no pudo prever, y que implica un grado de autonomía –y por lo tanto el ejercicio de un consentimiento– que aún está en construcción, pero que desde el punto de vista de sus derechos no se puede soslayar.

Si bien las líneas que siguen están fundamentalmente elaboradas para la situación de niñas embarazadas como producto de una experiencia abusiva, muchas de sus consideraciones podrán aplicarse también en algunos casos en los que suponemos “consentimiento”, término del orden jurídico cuya resignificación en el ámbito psicosocial no deja de ser problemática, ya que no puede evadir la consideración a la edad y el momento evolutivo, la dinámica abusiva y las desigualdades sociales y de género.

El trabajo en equipo interdisciplinario o la escucha interdisciplinaria de profesionales de referencia es la premisa o pauta fundamental para introducirnos en el tema. Las diferencias en las modalidades de violencia sexual, los contextos, las características personales y el ámbito sociocultural condicionan la manera de utilizar el recurso de la entrevista, sea la primera, de apertura, o las que le sigan.

En relación a la intervención médica de los padecimientos mentales, Winnicott se refiere “a la `dispersión de los agentes responsables’, complementaria, por un lado a la disociación implícita en el mismo padecimiento, y a su vez a la compartimentalización del saber sobre los procesos de salud-enfermedad.”<sup>5</sup> Antes, este autor había llamado

<sup>5</sup> Del Olmo, J. D. *La Clínica con Winnicott. Elementos para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Entreideas, 2022.

“la atención sobre lo que Balint postula como `la connivencia del anonimato ´ (...)”<sup>6</sup> ya que “la multiplicidad de médicos intervinientes facilitarían la fragmentación de las responsabilidades sin que exista un ‘mecanismo de reintegración ´ o `una coordinación en los esfuerzos ´”<sup>7</sup>.

La referencia a las niñas y adolescentes embarazadas en contextos abusivos implica, en la perspectiva del Proyecto que no solo se focalizará en la situación de embarazo, sino que deberá atenderse a todos los temas vinculados, ya que se estará actuando y procesando tanto por parte de los equipos profesionales como de la niña y adolescente ambos aspectos de la situación –embarazo y abuso– en forma simultánea. Cabe aclarar que las violencias sexuales contra las niñas pueden ocurrir en distintos contextos, y que muchas veces se solapan. Las consideraciones del presente documento son válidas no solo para los casos intrafamiliares y/ diádicos, sino también para las situaciones de explotación sexual como la pornografía y la prostitución infantil, así como los abusos rituales, si bien estos contextos afectarán de distinta manera la subjetividad de la niña o adolescente vulnerada.

## NOCIONES DE PARTIDA

Por un lado, el primer contacto de una niña o adolescente embarazada con el sistema de salud puede ser con profesionales de cualquier disciplina de ese ámbito (pediatría, ginecología, trabajo social, psicología, obstetricia) quienes deberán propender a su salud integral. Profesionales que por su formación de grado pueden diferir en su capacidad de escucha específica, disponibilidad de recursos técnicos y

<sup>6</sup> *Ibidem*.

<sup>7</sup> Del Olmo, J. D. *La Clínica con Winnicott. Elementos para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Entreideas, 2022.

humanos, sensibilidad, experiencia e ideología, así como en aspectos ético-morales.

Por otro lado, las niñas o adolescentes que llegan a la consulta pueden tener 11, 12, 13 o 14 años (en el marco de este proyecto la población destinataria son niñas o adolescentes menores de 15 años)<sup>8</sup>. Este primer dato nos remite a una población heterogénea en cuanto al momento evolutivo, y características diversas en lo cognitivo, emocional y lo simbólico, y por lo tanto en su posibilidad de poner palabras a la experiencia vivida, como diversos son también sus contextos familiares y socioculturales.

Otra consideración a tener en cuenta, es que ya desde el punto de partida los equipos profesionales se enfrentan a otro aspecto fundamental que hace a la complejidad de su abordaje: el margen de tiempo. La situación obligará tanto a las niñas o adolescentes como a profesionales intervinientes a abordar una serie de decisiones, relacionadas con el embarazo y el condicionante abusivo, en un enorme porcentaje de casos en tiempos acotados, a veces breves. De ahí también la insistencia en que el primer supuesto de partida para garantizar una intervención que pueda dar respuesta a las niñas o adolescentes embarazadas deberán ser intervenciones interdisciplinarias, para las que es necesario considerar la conformación de equipos interdisciplinarios o articulaciones previamente establecidas de profesionales de referencia en el tema específico, que faciliten y garanticen las distintas acciones que sean necesarias. Esto no solo asegura una atención más precisa y cuidadosa, y atenta a los condicionantes temporales, sino que facilita la tarea de los equipos de salud, basada en el respeto y el reconocimiento de que cada cual hace lo que sabe, ya que no todas las disciplinas pueden aportar lo mismo.

<sup>8</sup> Sin embargo, muchas de las ideas aquí vertidas pueden ser válidas para adolescentes de cualquier edad.

Que cada profesional se ocupe de lo que sabe y puede no impide la posibilidad de articulación de saberes y posibilidades. Toda información puede ser básica y necesaria para cada profesional que interviene, de ahí la importancia fundamental de consignar todo en la historia clínica, evitando la reiteración de intervenciones con las niñas o adolescentes, de modo de construir una continuidad en el proceso de la consejería, que redundará en la reparación de la disrupción de su propia continuidad existencial.

La historia clínica, al resignificarse en los ámbitos interinstitucionales, exigirá, para no convertirse en un factor más de vulneración de la subjetividad, un nuevo esfuerzo de articulación entre diferentes agentes.

“Proponer el trabajo en equipo –o un equipo de trabajo– como un cuerpo de profesionales vivo, conectado, no disecado, con incumbencias e instancias –procesos y medios– de elaboración singulares, conduce por lo pronto a dos premisas:

- por un lado, el hecho de que cada interviniente es un agente que debe autoperibirse y ser reconocido como tal;
- por el otro, la agencia implica responsabilidad.

(...) Existe una condición básica para que un equipo de trabajo se desarrolle articuladamente: la confiabilidad mutua, ese cruce entre la capacidad de confiar, contar y esperar que el otro ejerza un sostén suficiente de su función, y el acto efectivo que confirma tal expectativa, en una dependencia recíproca. Cada uno depende del otro, de cada uno depende el otro”.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Del Olmo, J. D. *La Clínica con Winnicott. Elementos para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Entreideas, 2022.

Es en este marco que revisaremos algunas de las dimensiones generales a tener en cuenta en la primera entrevista psicosocial de apertura del proceso de Consejería, tanto a través de la estructura de la entrevista como de la subjetividad de la niña o adolescente que la tiene como protagonista.

Por último cabe aclarar que, en la medida en que las herramientas de evaluación como las entrevistas condensan la complejidad del tema en su multidimensionalidad, estos documentos pueden ser considerados como lineamientos orientativos, o guías, antes que como protocolos, destinados a profesionales de la salud en el nivel de la atención primaria. En última instancia, se trata de una serie de recomendaciones y puntualizaciones para ayudar a cualquier profesional de la salud en esta tarea.

El carácter de lineamientos o guías flexibiliza su aplicación en función de la enorme variabilidad de las circunstancias en las que se presentan los casos, así como de las teorías con las que cada profesional encuadra su práctica sin perder la especificidad y rigurosidad que la problemática exige. Los lineamientos persiguen en última instancia fundamentar criterios de intervención, más que determinar pasos y momentos rígidamente formalizados.

Faller<sup>10</sup> argumenta en favor de una estructura de entrevista que sea simple, ya que considera que cuanto más prescriptiva sea mayor es el riesgo de que quien entrevista se desvíe, porque quienes entrevistan también deben tratar de seguir a la niña o adolescente, quienes no saben de estructuras.

<sup>10</sup> Coulborn Faller, K. *Forty years of forensic interviewing of children suspected of sexual abuse 1974-2014: Historical benchmarks*. Social Sciences 4, 2015, pp. 34-65.

Los equipos profesionales que deban abordar una primera consulta de una niña o adolescente embarazada se verán enfrentados tanto a una situación de importancia crucial para la consultante por las consecuencias en su futuro, como también a un enorme desafío personal.

Resolver desde el punto de vista médico un “embarazo” en la adolescencia puede resultar de menos complejidad que abordar una “niña embarazada”, situación en la que, como se señaló, se cruzan e influyen mutuamente una cantidad de variables cuya articulación exigirá una escucha técnica y un compromiso profesional como casi en ninguna otra circunstancia.

Estamos frente a una adolescente o en todo caso a una niña en transición a la adolescencia, lo que nos obliga a considerar, todo lo que se escuche y se piense, desde el punto de vista del desarrollo físico y emocional.

En la mayoría de estas situaciones, por otra parte, el contexto abusivo, sea por la edad, sea por la coerción, implica tener presente que el desarrollo psicofísico de la niña se ha visto interferido por una experiencia de violencia sino traumática al menos disruptiva de su continuidad existencial. Y que dicha interferencia se hará presente en todos los aspectos de la subjetividad de quien consulta, desde el cognitivo hasta el emocional, limitando generalmente los recursos personales: “(...) muchos profesionales de la salud mental no son conscientes del modo en que el trauma impacta en la comunicación y/o desarrollo infantil, a pesar de que el lenguaje y la comunicación son parte de muchas intervenciones terapéuticas, así como de la narrativa y de la interpretación de sentimientos y eventos”<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Yehuda, N. *Comunicar el trauma. Criterios clínicos e intervenciones en niños traumatizados*. Bilbao-España: Desclée De Brouwer, 2019.

Por otra parte, el contexto psicosocial y comunitario, desde la familia hasta la escuela, y otras instituciones, incluidas las instancias de protección y/o judiciales, también presentes, puede tanto enmarcar positivamente el abordaje de la problemática o ser un factor disruptivo más.

Finalmente, quien escucha a la niña o adolescente consultante, forma parte de una sociedad en la que si bien se ha legislado con la Ley 27.610 el Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y Atención Posaborto, las transformaciones culturales, que como en muchos otros casos, deberían acompañar a las regulaciones, están a mitad de camino, lo que lleva a la emergencia de dilemas ético/morales, tanto en consultantes como en profesionales, dilemas u obstáculos que sin duda influirán en su disponibilidad y posibilidades de escucha.

Cuando la primera consulta es además un primer contacto con el sistema de salud se deberá tener presente que abre la puerta de entrada a un proceso que de no abordarse con la especificidad que la problemática exige influirá en forma negativa en los pasos a seguir.

Son todas estas referencias las que han llevado a intentar delinear una serie de recomendaciones y puntualizaciones con el objetivo de apoyar la actuación de cualquier profesional de la salud que tenga a su cargo la escucha y orientación de una niña o adolescente embarazada en un contexto abusivo, y direccionado en el acompañamiento de la toma de decisiones.

## LA ADOLESCENCIA VULNERADA

¿Por qué es necesario conocer algunas consecuencias de las violencias sexuales para abordar la problemática de la adolescente embarazada?

1. El embarazo es un indicador específico de abuso sexual en la infancia.
2. El abuso sexual es un factor de riesgo para un embarazo precoz.

“Un estudio reciente (Boyer, 1995) encontró que el 62 % de las adolescentes embarazadas habían experimentado abusos sexuales, intento de violación, o violaciones anteriores a su primer embarazo. Aunque esto no implica una relación causal, el abuso sexual en la infancia, y la explotación sexual son factores en las adolescentes de alto riesgo, de conductas sexualizadas y embarazo. Además, aunque los informes de embarazos producto de incesto se mencionan esporádicamente en la literatura, la posibilidad de tales embarazos existe y deberían ser cuidadosamente evaluados”<sup>12</sup>.

3. Porque las violencias sexuales de niñas o adolescentes, así como cualquier otra forma de maltrato perturba el desarrollo y dificulta todas las tareas que este implica; y el embarazo como una de sus consecuencias muestra como ninguna otra que abuso y embarazo constituyen, como se señaló, una única problemática y así debería ser abordada.

La falta de una perspectiva de género que aborde las desigualdades estructurales desde el punto de vista socio-cultural parece llevar

<sup>12</sup> Gil, E. *Treating abused adolescents*. EE.UU.: The Guilford Press, 1996. [Traducción propia]



a una disociación bastante extendida entre ambas situaciones, abuso y embarazo, por parte de los equipos profesionales, ya que en la medida en que el embarazo, desde la determinación de los roles sexuales en una cultura patriarcal da identidad y una supuesta autonomía naturaliza la situación e invisibiliza el abuso que en la mayoría de los casos lo tuvo como causa. En una niña o adolescente abusada la mirada profesional se ubica sobre la experiencia de abuso, mientras que en una niña o adolescente embarazada generalmente se localiza en el embarazo. El primero se considera producto de una agresión o victimización interpersonal o relacional; el segundo, el embarazo, se considera un producto de la biología y la “naturaleza” femenina.

4. Finalmente, porque las consecuencias o el impacto de los abusos o violencias sexuales determinarán en gran medida la posición subjetiva de la niña o adolescente frente al mismo, así como su capacidad de agencia y decisión, y por lo tanto tendrá implicancias clínicas para profesionales que la entrevisten.

Las consecuencias de los abusos sexuales no llegan a conformar un perfil definido

asociado linealmente con la experiencia atravesada, sino que pueden también ser consecuencia de cualquier otro hecho disruptivo, aunque sea posible distinguir entre indicadores inespecíficos y otros que lo son menos. Eso dificulta ordenar conceptualmente los efectos de las violencias sexuales sobre las niñas o adolescentes, si bien los más generalizados se vinculan con el estrés postraumático. En aproximadamente 40 investigaciones, Kendall-Tackett, Williams

y Finkelhor<sup>13</sup> encontraron que algunos síntomas aparecían consistentemente a través de los distintos estudios y que incluían: síntomas de estrés postraumático, especialmente temor, ansiedad, depresión, y problemas en la conducta sexual.

“Friedrich (1995) encuentra que el impacto del trauma ocurre en tres dimensiones primarias: apego, autorregulación y autopercepción. Las perturbaciones del apego producen problemas de interacción, en la que los niños se muestran a menudo vacilantes o renuentes, emocionalmente distantes o desconectados, desconfiados e hipervigilantes. Los problemas de autorregulación contribuyen a los trastornos de conducta, tales como violencia, impulsividad y actuaciones sexuales, explicando así la variabilidad y labilidad en la presentación de las niñas sexualmente abusadas. Finalmente Friedrich señala que la autopercepción toma en consideración el sentido del self en desarrollo del niño niña, y cómo los aspectos de la experiencia abusiva se integran en este sentido del self y llegan a formar parte de la autorrepresentación misma”.<sup>14</sup>

Sgroi<sup>15</sup> describe y desarrolla los impactos productos de los efectos en la subjetividad de las víctimas de abusos:

- Síndrome de la mercancía dañada.
- Culpa.
- Miedo.
- Depresión.

<sup>13</sup> Gil, E. *Treating abused adolescents*. EE.UU.: The Guilford Press, 1996. [Traducción propia]

<sup>14</sup> Gil, E. *Treating abused adolescents*. EE.UU.: The Guilford Press, 1996. [Traducción propia]

<sup>15</sup> Sgroi, S. “Treatment of the sexually abused child”, en *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*. Reino Unido: Lexington books, 1981.

- Baja autoestima y habilidades sociales pobres.
- Desconfianza.
- Confusión de roles y límites poco claros.
- Pseudo madurez y falencias en las tareas propias del desarrollo.
- Problemas con el autodomínio y el control.

En relación al primero, casi invariablemente, una niña o adolescente víctima de abusos se siente dañada por su experiencia, aun si no fue forzada físicamente y aun cuando no resultara del abuso un trauma físico. El “síndrome de la mercancía dañada” es una amalgama fundamentalmente de dos reacciones: la lesión física o el temor del daño físico y la respuesta social.

Usualmente, no hay daño físico como resultado del abuso. Sin embargo, las niñas o adolescentes experimentan una intensa preocupación por un posible daño; por ejemplo, si serán normales cuando crezcan, si el bebe será sano en caso de tenerlo, si alguien con quien tuviera sexo se daría cuenta.

Estas preocupaciones se intensifican cuando la niña o adolescente resulta embarazada como consecuencia del abuso: “Las experiencias de embarazo, aborto, o llevar a término el embarazo, así como el parto, se transforman en foco del temor al daño, por parte de las víctimas. Aunque no hubiera ocurrido una lesión permanente estas niñas requieren una intensa contención y reaseguro para poder integrar estas experiencias”.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Sgroi, S. “Treatment of the sexually abused child”, en *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*. Reino Unido: Lexington books, 1981.

La respuesta social a la niña o adolescente víctima cuando el abuso se devela es también un componente fundamental del síndrome de la mercancía dañada: “(...) La respuesta de la familia y de la comunidad al saber que una niña ha sido prematuramente introducida a la sexualidad contribuye a menudo a que se perciba a la víctima como dañada o misteriosamente alterada por la experiencia de la sexualidad abusiva. Nuestra sociedad pone profundo énfasis en la entrada individual al mundo de la conducta sexual con otros; el primer encuentro sexual interpersonal es visto como un rito de pasaje, un signo de madurez. En este contexto la experiencia sexual de una niña es una paradoja incomoda y problemática”.<sup>17</sup>

La iniciación sexual como rito de pasaje parece haber quedado atrás. Sin embargo, la niña o adolescente embarazada evidenciaría algo distinto, ya que no solo puede llegar a ser vista como una adulta más que como una niña, sino también solo como una mercancía dañada sin considerarla como una niña ni como una adulta, lo que la hace particularmente vulnerable. De ahí la idea de las “niñas-madres”.

En un intento por visibilizar los abusos sexuales y dar credibilidad a las víctimas (por la cantidad de retractaciones que existían), particularmente las de incesto, Ronald Summit, psiquiatra estadounidense, describió durante los años 80 los distintos momentos y las dinámicas psíquicas de las adolescentes vulneradas que las llevaban desde el clima de secreto que lo rodea hasta la retractación, en un proceso de acomodación al abuso que podía llegar a no ser develado nunca. Describió entonces el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, si bien la alusión a un síndrome es metafórica y no tiene correlación con el significado médico.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

Summit describe cinco momentos en el posicionamiento subjetivo de las niñas o adolescentes frente a la agresión sexual por parte de un adulto, momentos que se ordenan en relación a un sentimiento que los identifica: el secreto, la desprotección, el atrapamiento y la acomodación, la revelación tardía y poco convincente y finalmente la retractación. La situación de secreto, producto del tipo de acercamiento que el agresor hace al niño, es la causa de: “la iniciación (del vínculo intrusivo), la intimidación, la estigmatización, el aislamiento, la vulnerabilidad y la culpa”. Porque la situación de secreto es lo que hace sentir al niño que lo que ocurre es algo “malo y peligroso”.<sup>18</sup>

Summit propone entonces un modelo conceptual para que profesionales comprendan las vivencias propias de la situación de vulnerabilidad (secreto y desprotección) con sus efectos (atrapamiento y acomodación o adaptación; develamiento tardío y poco convincente; y finalmente retractación).

Su punto de partida es la segunda situación traumática que implica la crisis del develamiento “cuando los intentos del niño de conciliar sus vivencias íntimas, son atacadas por el descreimiento, la culpabilización y el rechazo de los adultos”<sup>19</sup>. Sostiene que “por el contrario la defensa de estas adolescentes por parte de profesionales empáticos dentro de un encuadre terapéutico amplio, le aporta una credibilidad y un reaseguro que son de vital importancia”.<sup>20</sup>

La acomodación y la importancia de la validación del relato de las adolescentes son dos factores significativos a tener en cuenta por parte

<sup>18</sup> Intebi, I. *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Granica, 2011.

<sup>19</sup> Summit, R.C. “The child abuse accommodation syndrome”, en *Child abuse and neglect*, 7, 1983, pp. 177-193.

<sup>20</sup> *Ibidem*.

de quienes las entrevisten. Cuando las niñas o adolescentes se sienten atrapadas por el secreto que las hace cómplice, y desamparadas por la ausencia de un adulto confiable y protector terminarán adaptándose a la victimización como una forma de supervivencia y de tomar un aparente control de la situación. “Pero estos mismos mecanismos que permiten la supervivencia psíquica se transforman en impedimentos para lograr una integración psicológica efectiva en la adultez”.<sup>21</sup> De ahí la importancia de la validación de su experiencia por parte de los adultos. Cuando esto no ocurre “se refuerza la tendencia en los niños a elaborar las situaciones traumáticas como si fueran conflictos intrapsíquicos, incorporando la aparición de culpa, autorreproches, dolor y rabia”<sup>22</sup>.

La adolescente embarazada que ha atravesado la situación abusiva, muchas veces se encuentra frente al descreimiento ante la develación, y la experiencia aún más disruptiva de saberse embarazada; cuando el embarazo devela accidentalmente el contexto abusivo, entonces ya nada queda bajo su control.

Varias de las dinámicas descritas por Summit las volvemos a encontrar en otro modelo sobre las secuelas de los abusos basado en las consecuencias disruptivas: el de Finkelhor, de casi la misma época, ya que data de 1986. Cabe aclarar que la potencialidad traumática del abuso sexual de las niñas o adolescentes deberá valorarse en cada caso ya que estará determinada por un conjunto de variables intervinientes que pueden ser mediadoras del impacto traumatogénico.

Finkelhor describe cuatro consecuencias –sexualización traumática, estigmatización, traición y desvalimiento– entre las cuales la

<sup>21</sup> *Ibidem*.

<sup>22</sup> *Ibidem*.

sexualización traumática y los sentimientos de traición deben ser tenidos especialmente presentes por parte de quienes atiendan a las adolescentes embarazadas. La vivencia de traición es una de las consecuencias más devastadoras de la abusividad sexual ya que lleva a una desconfianza generalizada en las relaciones interpersonales. Cabe señalar que Freyd<sup>23</sup>, en sus investigaciones, considera a la traición como elemento causal central del impacto traumático (“trauma de la traición”), fundamentalmente en contextos intrafamiliares, si bien puede extenderse a todas aquellas situaciones en las que cualquier adulto se desinteresa de la consideración diferencial que debe tener con un niño o niña por la asimetría estructural de poder.

Respecto de la sexualización traumática, Intebi<sup>24</sup> señala que se trata de “manifestaciones emocionales, tales como los sentimientos de rechazo hacia el sexo, la sobreestimación de lo sexual, y los problemas identidad sexual; así como manifestaciones comportamentales tales como las conductas sexualizadas, la evitación de los encuentros sexuales y/o la búsqueda y el involucrarse en experiencias sexuales negativas”.

En la situación de una niña o adolescente embarazada la estigmatización de sentirse distinta, de menor valía por haber sido sexualmente abusada, se duplica por el hecho de haber quedado embarazada. Quien entrevista a la niña o adolescente no podrá dejar de tener en cuenta de qué forma y, en cada caso, el proceso de reorganización subjetiva que se inicia con las transformaciones puberales, la afectarán en la tarea de reasunción de su sexualidad infantil, ahora unida a la capacidad reproductiva.

<sup>23</sup> Freyd, J. *Abusos sexuales en la infancia: La lógica del olvido*. Madrid: Morata, 1983.

<sup>24</sup> Intebi, I. *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Granica, 2011.

Por otro lado: “Llegada la pubertad la salida exogámica les exige un trabajo psíquico que pone a prueba cómo fue configurándose la subjetividad. Modalidades subjetivas en las que se entrelaza lo constitucional, los traumas infantiles, el vivenciar actual, la historia libidinal e identificatoria.”<sup>25</sup>

## LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA

La entrevista psicológica, en sus distintas formas, va desde el interrogatorio estructurado hasta el diálogo o la conversación. La diferencia reside en el modo de obtener la información que se busca: desde un sujeto que investiga un objeto hasta el encuentro entre dos subjetividades en el que la información surge de la intersección intersubjetiva.

Bleger en su escrito ya clásico señala que en la relación que se establece en la entrevista, la regla fundamental es que el campo se configure especialmente por las variables que dependen del entrevistado: “(...) el entrevistador debe permitir que el campo de la relación interpersonal sea predominantemente establecido y configurado por el entrevistado”<sup>26</sup>.

No se tratará entonces en este caso de un interrogatorio estructurado sino de propiciar un encuentro intersubjetivo a través del diálogo y la conversación, basado en la resonancia implicada y el límite ético que

<sup>25</sup> Rother Hornstein, MC. (comp.) “Adolescentes desamparados, adultos desorientados”, en *Adolescencias Contemporáneas*, Psicolibro Ediciones: Buenos Aires, 2015.

<sup>26</sup> Bleger, J. *Temas de psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1993.

la actitud técnico-profesional imponen al abordaje de la intimidad por parte de los equipos de la salud.

Se ha señalado que la escucha es una de las tareas fundamentales de la entrevista. Nahoul y Gonzalez Nuñez sostienen que: “Escuchar implica entender en forma reflexiva la motivación y las necesidades psicológicas y emocionales que el entrevistado pueda tener (...). Escuchar permite apreciar en su justa medida el problema del adolescente. Muchas entrevistas se ven frustradas porque el entrevistador no escucha adecuadamente a su entrevistado y este no se siente entendido, se lleva una mala impresión, y no completa el proceso de entrevistas. Por eso se dice que la primera entrevista es a veces, una entrevista de una sola oportunidad”<sup>27</sup>. Los mismos autores señalan la importancia de observar las manifestaciones corporales del adolescente, ya que es parte de lo que comunica. Y destacan que al final de la primera entrevista es conveniente que el adolescente reciba algún tipo de devolución sobre lo que escuchamos.

Finalmente, la entrevista, como herramienta técnico-metodológica fundamental en el ámbito psicosocial, cobra especial significación en el caso de las adolescentes vulneradas/vulnerables no solo por las consecuencias de los contextos abusivos sino también por las características de la crisis evolutiva que atraviesan, signada por el empuje pulsional sexual, la resignificación de la infancia y la reconstrucción de su imagen corporal, factores todos que se conjugan en una problematización o crisis de identidad. Es sobre el fondo de esa configuración vivencial que tenemos que pensar la subjetividad de la niñas o adolescente embarazadas que llega a la consulta médica demandando asistencia. En este sentido es necesario hacer notar que

<sup>27</sup> Nahoul, V. y Gonzalez Nuñez, J. *Técnica de entrevista con adolescentes. Integrando modelos psicológicos*. Córdoba: Editorial Brujas, 2014.

la demanda no está en principio dirigida a la consejería, lo que hace aún más cuidadosa y cautelosa nuestra oferta.

La entrevista como oferta de escucha para adolescentes embarazadas forzosamente no puede desconocer las interferencias en el desarrollo y los posicionamientos subjetivos consecuentes a las dinámicas psicosociales ya descritas. Ellas pueden presentar un espectro de problemas emocionales y de conducta producto de la vulneración de su estado de dependencia, ya que como se ha señalado en muchas oportunidades es precisamente este estado de dependencia que la edad conlleva el que se convierte en un factor de riesgo para la victimización.

En este sentido, toda intervención con ellas no debería dejar de tener en cuenta que uno de los objetivos principales es superar los obstáculos que impidieron el libre curso de su desarrollo en todos los sentidos. Si bien siempre deberá tenerse presente que cada niña o adolescente será afectada de distinta manera según su contexto y su ecuación personal.

Nuestra escucha y orientación puede ser para las adolescentes una experiencia nueva y reparadora, y por lo tanto correctiva de lo que han vivido. Para ello la seguridad y la confianza parecen ser los factores fundamentales. “Para ser útiles a las adolescentes con historias de abusos pasados o actuales debemos conocer la disrupción en sus dimensiones de desarrollo, el impacto del trauma sobre ellas, y la naturaleza y el tipo de sus defensas psicológicas. Además, debemos estar conscientes de su resiliencia y estrategias de afrontamiento y decodificar constantemente sus problemas de conducta de la forma de serles útiles”.<sup>28</sup>

<sup>28</sup> Gil, Eliana. *Treating abused adolescents* (1996). USA. The Guilford Press. [Traducción propia]

Si bien en todo proceso de consejería se trata de orientar e informar para la toma de decisiones reflexionadas en relación con alguna problemática personal, en el caso que nos ocupa, y en la medida en que no existiría en todas las situaciones una demanda formalizada como tal, necesitamos construir la oferta profesional en el proceso de apertura, fundamentalmente a través de la primera entrevista.

## ¿QUÉ OFRECEMOS?

La posibilidad de orientación en relación con la situación de embarazo por la que se consulta, para que la niña o adolescente construya o recupere su posibilidad de decisión en dicho contexto.

## ¿CÓMO LO OFRECEMOS?

A través de una escucha específica, tanto en su direccionalidad como en el marco de la situación que la afecta; una escucha centrada en cómo piensa y vivencia la niña o adolescente el momento que está atravesando para poder brindar una orientación en función de los recursos que les podemos ofrecer para permitirle la mejor solución posible, sin dejar de monitorear constantemente su seguridad y protección.

Para las niñas o adolescentes que han sufrido experiencias traumatogénicas la posibilidad de decidir en general, es decir, el

tomar decisiones respecto de su conducta, es reparadora por sí misma, aunque no se trate de situaciones sexualmente abusivas. Sin embargo, en esta última circunstancia, la de una niña o adolescente embarazada, la toma de “decisiones informadas”, la situación resulta dilemática. La adolescente puede vivenciar que se le demanda que tome una decisión sobre las consecuencias (embarazo) de un hecho (violencia sexual) respecto del cual no tuvo ninguna posibilidad de hacerlo. Puede sentirse entonces responsabilizada por lo que puede vivir como una exigencia y no como una posibilidad, y prescindir de esa opción o desecharla como salida del dilema.

Teniendo en cuenta, además, que se trata de una adolescente que por su momento evolutivo está transitando las vicisitudes del pasaje de la dependencia a la independencia, quien la entreviste debería poder acompañarla por el estrecho desfiladero que supere el dilema acompañando la construcción de una autonomía en surgimiento, de modo tal que la posibilidad de elección actúe de forma reparadora. De este modo, se actúa en conformidad con los principios que se derivan de las disposiciones generales de la ley de IVE/ILE –trato digno, protección de confidencialidad, acceso a la información segura, autonomía y voluntad– que tienden, entre otros objetivos, a evitar las revictimizaciones. Solo una medicina social y colectiva, con perspectiva de género y enfoque en las vulnerabilidades podrá responder a “una ética vinculada al fomento de derechos en el ejercicio de la salud sexual y (no) reproductiva, además de la promoción de buenas prácticas basadas en la no opresión y la construcción de vínculos democráticos y horizontales en el proceso de atención médica”.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Gudiño Bessone, P. “Prácticas Feministas en salud y acceso al aborto en Argentina (2018-2021), Iztapalapa”, en Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, núm. 95, año 44, julio-diciembre de 2023, pp. 377-419.



## MARCO Y FORMATO

---

La niña o adolescente puede haber llegado a la consulta de salud por algún malestar sin saber que está embarazada, o bien puede consultar por la posibilidad de estarlo, o finalmente por un control de un embarazo del que ya estaba informada.

Puede asimismo llegar sola, acompañada por alguien que la contenga y la preserve y con quien además ella haya acordado, o por alguien que la esté controlando o coaccionando en su posibilidad de hacer una consulta libremente, dado un posible contexto abusivo.

Su embarazo, generalmente de riesgo por su edad, puede estar agravado por un estado físico comprometido, y por su estado emocional que, aunque se muestre en equilibrio, siempre puede llegar a evidenciarse inestable dado el contexto de vulnerabilidad subjetiva propio de su edad y su situación.

En cualquier caso, la o el profesional que la reciba o admita debe estar en conocimiento del profesional o equipo de referencia en materia de consejería pre y posaborto para direccionarla a ella y/o a quien la acompañe, sin necesidad de aclarar el rol del profesional o equipo interdisciplinario, por los prejuicios que pueden existir respecto de trabajadores sociales, psicólogos u obstetras: se trata solo de alguien o algunas personas que “saben” de qué se trata y que podrán dar lugar a todo aquello que hasta el momento no ha tenido un espacio psicosocial de escucha que lo pudiera alojar. En caso de que la niña, adolescente o quien la acompaña se niegue a la referencia, el profesional que la recibe deberá solicitarle que comunique su negativa a los profesionales a las que se la está referenciando para que tomen sus datos, ya que por su edad y su estado dichos profesionales deben comunicarle sus

posibilidades y derechos, sin estar obligada a continuar luego con la consulta en ese contexto, ni perder la oportunidad de continuar con la consulta médica propiamente dicha.

Puede ocurrir que al informarla de una situación de embarazo que desconocía –y que implica un develamiento de una victimización en la gran mayoría de los casos– de forma no intencional y, por lo tanto, inesperado e incontrolado en sus consecuencias, es probable que se desencadene una crisis de angustia. En este caso se puede llamar al equipo o profesional de referencia al lugar donde se encuentre la niña o adolescente. La crisis de angustia implica una situación temporal de desorganización en la que prima la ansiedad porque está desbordada la capacidad de afrontamiento de un hecho o vivencia que resultan disruptivos.

La evaluación de la seguridad psicofísica, la escucha en relación al foco de angustia y la conexión con el recurso son los pasos con los que resulta útil responder en estas situaciones. Se trata de valorar posibles daños psicofísicos y la capacidad de sostén del entorno inmediato, mediante la escucha de la preocupación singular que desencadenó la crisis, con el recurso del área de salud mental si fuera necesario. Pero en ningún momento se debería perder el contacto el equipo de referencia de la consejería, promoviendo el trabajo interdisciplinario. En todas las oportunidades se debe lograr un clima de seguridad, respeto y consideración que anticipe el clima que debe primar en la entrevista de inicio, aunque no se hubiera desencadenado una crisis. En este sentido la disponibilidad ya sea de tiempo, como de espacios adecuados, como de apertura a las más variadas vicisitudes, es de importancia crucial.

Es probable que, como consecuencia de la situación de crisis, no sea posible hacer la primera entrevista de consejería en esa oportunidad; si se decide posponerla se buscará entonces la forma de asegurar la

continuidad del contacto con la adolescente, así como el control de los factores de riesgo si los hubiera.

Es conveniente volver a recordar la necesidad de tener presente, que se manifieste o no, quien lleve a cabo la entrevista estará frente a una niña o adolescente en crisis subjetiva ya que esa etapa de su vida ha sido interrumpida en su desarrollo por una experiencia sexualmente abusiva que ha culminado en un embarazo.

La determinación del marco de la entrevista es de la mayor importancia en estos casos ya que debe cumplir con la función de alojar a la niña o adolescente en términos de una escucha implicada, reflexiva, en sintonía. Desde una actitud que transmita seguridad, previsibilidad, confianza y consistencia.

Conviene en este momento que los referentes o profesionales a cargo de la consejería, se presenten, ahora sí, con sus nombres y apellidos, rol y función: orientar a las niñas o adolescentes que atraviesan una situación como la de ella. Se trata de transmitir de esta forma que hay quienes “saben” escuchar lo que les ocurre. Esta actitud normaliza y recontextualiza la experiencia de la adolescente, ayuda a reducir la angustia y manejar la ansiedad. El nivel de ansiedad de la entrevistada será el indicador más sensible a tener en cuenta por quien la conduce.

Fundamentalmente los siguientes temas contribuirán a establecer el marco:

- La necesidad de mantener la entrevista con la niña o adolescente a solas si ella así lo desea. Para ello es necesario, si es que ha entrado con otra persona, explicarles a ambas las razones por las que sería preferible que la niña pudiera manifestarse sin preocupación por las consecuencias de sus palabras, así como los derechos que la

asisten en este sentido, invitando a la otra persona a retirarse. Se le explicará que será entrevistada/o por otro/a profesional en forma simultánea o en forma sucesiva por la misma profesional. Aun así, la persona que acompañe podrá permanecer en la entrevista si la niña o adolescente lo prefiriera. Y, en segundo término, la necesidad de informar a la niña o adolescente respecto de los pasos del proceso, así como las condiciones de confidencialidad y el secreto profesional.

- En relación con la entrevista propiamente dicha el formato más útil para el objetivo ya descrito es el semi dirigido, o semi orientado, que presenta una parte abierta y otra algo más cerrada, o más orientada, en el sentido de poder hacer preguntas aclaratorias y pertinentes sobre lo desarrollado en la parte libre, y necesarias para llegar al objetivo: iniciar el contacto con la niña o adolescente para orientarla en una toma de decisiones respecto de su embarazo teniendo en cuenta:
  - » Su posición subjetiva en relación a la situación que atraviesa.
  - » La determinación del contexto abusivo, y consecuentemente.
  - » Una primera valoración de la situación de riesgo/protección.
  - » La comunicación del material obtenido a quien tenga a su cargo las entrevistas específicas de consejería pre y posaborto, o bien a las instancias de protección que corresponda, de modo de asegurar a continuidad del proceso y evitar superposición de entrevistas, sin descuidar datos que permitan la actualización permanente de lo evaluado en primera instancia, ya que está trabajando en un proceso de subjetivación.
- Respecto de la modalidad de apertura de la entrevista, y teniendo en cuenta desde el primer momento que debería ser un espacio fundamentalmente reparador, la consigna debe ser



lo suficientemente abierta como para que la adolescente se manifieste en su singularidad, sin dejar de mostrar nuestro interés en su vida personal, más allá de la situación por la que consulta (amigos, escuela, familia, intereses). Por ejemplo, se puede iniciar el diálogo preguntando si es la primera vez que consulta en esa institución de salud o si es para ella un lugar al que acude por controles, si en general lo hace acompañada, y en tal caso por quien, etc. Asimismo, si fue ella quien acordó la consulta o esta fue decidida por algún adulto, de modo de llegar paulatinamente a conversar sobre cómo se siente y cómo piensa la situación que está viviendo, así como sus ideas respecto al futuro inmediato. En general, conviene evitar preguntas que interrogan sobre el “¿por qué?”, o el “¿sabías que?”, porque pueden escucharse como culpabilizadoras o responsabilizadoras de la situación.

- Respecto de los datos de filiación y otros que exija la historia clínica, es conveniente hacerlos al final del primer encuentro de modo que no resulten persecutorios.
- Del desarrollo libremente orientado de la entrevista y luego de las preguntas de la parte semiorientada se obtendrán los datos que sean significativos respecto de las variables señaladas más arriba –posición subjetiva frente al embarazo y las circunstancias que lo produjeron, posible contexto abusivo, su tipo, y situación de riesgo/protección– y cualquier otro dato que surja y que resulte valioso para quien tenga a su cargo las entrevistas siguientes (abordaje médico específico).
- Si el proceso de entrevistas continúa sería conveniente que la o el profesional a cargo de la primera entrevista se convirtiera en una figura de referencia para la niña en los pasos que seguirán de manera de mostrarse disponible para poder ser contactada

cuando la adolescente lo necesitara.

- Las preguntas a realizar en la fase semiorientada de la entrevista deberán aparecer como aclaratorias, volviendo a abrir temas de la primera parte que hubieran quedado sin desarrollar. Por ejemplo, si en la primera parte comentó que su madre también se embarazó de ella siendo adolescente se le podrá pedir que nos cuente algo más sobre eso. Pero se debería tener presente que no se trata de buscar la veracidad del relato ni de satisfacer la curiosidad de quien entrevista, sino de la pertinencia de las preguntas en relación a su objetivo.
- Se ha señalado que el silencio de la entrevistada es el fantasma de quien entrevista, que suele interpretarlo como índice de su impericia<sup>30</sup>, pero la experiencia de profesionales en contacto con niñas o adolescentes embarazadas sostiene que el silencio de estas niñas respecto de lo que les ocurrió suele ser llamativo, más allá de la disposición de quien escucha.

Puede tratarse de un silencio hostil, pero también ser producto de la confusión, el temor, o la ambivalencia afectiva. Se trata de niñas o adolescentes que han sido traicionadas por los adultos a quienes en la mayoría de los casos perciben con desconfianza. Es posible que se muevan con mucha cautela frente a lo que vivencian como imprevisible. El silencio también puede ser producto de la ansiedad despertada por la situación de entrevista vivida como cuestionadora, o como un filtro o barrera de acceso a la intervención médica propiamente dicha. El respeto por los silencios, así como dar el lugar necesario para las preguntas y las dudas, o el preguntar si se siente físicamente bien, son algunas de las formas de relanzar el diálogo.

<sup>30</sup> Bleger, J. *Temas de psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1993.

“...los adolescentes traumatizados merecen una atención especial. Muchos han acumulado más traumas, han tenido que gestionar el desbordamiento emocional (y aplicar habilidades de afrontamiento) durante más tiempo. Sus problemas de lenguaje y comunicación pueden parecer menos pronunciados en comparación con los de los niños más pequeños en parte porque los adolescentes a menudo esconden sus dificultades bajo una capa de indiferencia, aislamiento, agresión o confrontación. Sus comportamientos suelen enmascarar la vergüenza, la culpa, la ansiedad, la frustración y la impotencia y la baja autoestima, pudiendo parecer inflexibles y desconfiados. Todo esto hace que sea más importante, si cabe, que les hagamos saber que los entendemos”<sup>31</sup>.

- En relación con las vivencias corporales, en especial las sensaciones de daño o dolor, se ha descrito la vivencia de “descorporización” que a veces se produce en contextos de prostitución y/o trata. Las adolescentes pueden encontrarse anestesiadas respecto de lesiones y daños, lo que las hace llegar a la consulta tardíamente o nunca, con las consecuencias que esto acarrea para su salud. “Las redes de trata y las redes proxenetas, si fuera posible diferenciarlas, convergen en la generación de ganancias millonarias mientras provocan los mismos daños a sus víctimas: distintas formas de violencia, lesiones, abusos de toda índole, violaciones, enfermedades de transmisión sexual, trastornos de estrés postraumático, adicciones y dolorosos procesos de descorporización. Muchas de las mujeres apenas logran escapar con vida, con una tasa de mortalidad más alta que la de cualquier grupo de mujeres”<sup>32</sup>. Lo mismo vale para las adolescentes:

<sup>31</sup> Yehuda, N. *Comunicar el trauma. Criterios clínicos e intervenciones en niños traumatizados*. Bilbao-España: Desclée De Brouwer, 2019.

<sup>32</sup> Chejter, S. y Rodríguez, M. “Prostitución y Trata”, en diario *Página 12*, 1 de octubre de 2012.

“...muchos de ellas temen conectarse con el cuerpo o desconocen sus sensaciones físicas de manera directa. Otras veces se siente en el cuerpo el recuerdo del trauma mismo”<sup>33</sup>.

- En lo que se refiere a los recursos cognitivos resultará de interés valorar por el desempeño en la entrevista la posibilidad de anticipación y proyección, así como de introspección. También el manejo del lenguaje y el canal preferido de comunicación; la capacidad de observación, análisis y síntesis; el grado de atención y concentración; y las posibles afectaciones de la memoria.

Cabe señalar que, si bien el presente escrito no se aboca a los temas específicos de la toma de decisiones médicas, tanto el clima a lograr en el vínculo con la niña o adolescente, así como el rol de quien entrevista será el mismo que se busca alcanzar en la entrevista de apertura. En este sentido es necesario insistir una vez más en la caracterización “relacional” de la autonomía que se invoca, y de la que dependen las “decisiones” informadas. La idea de autonomía, en el caso de una niña o adolescente anuda tanto un proceso de construcción subjetiva –quizás la entrevista sea la primera vez donde una adolescente es escuchada desde esta perspectiva– como un punto de vista de género: “(...) el concepto de *autonomía relacional* toma en cuenta a las mujeres no como sujetos individuales aislados sino inmersos en estructuras de desigualdad social y de género que afectan los vínculos y la relación con el sistema de salud”<sup>34</sup>; “...y es clave en la medida en que permite evaluar críticamente los determinantes sociales de género que condicionan la toma de decisiones en salud”<sup>35</sup>.

<sup>33</sup> Moreno, P. “El terapeuta como regulador”, en *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Num. 2, 2012.

<sup>34</sup> Gudiño Bessone, P. “Prácticas Feministas en salud y acceso al aborto en Argentina (2018-2021), Iztapalapa”, en *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, núm. 95, año 44, julio-diciembre de 2023, pp. 377-419.

<sup>35</sup> *Ibidem*.

- La actitud de quien entrevista puede ser pensada como reguladora en lo emocional,<sup>36</sup> y como reparadora de la historia vincular de la niña o adolescente que se entrevista. Quien entrevista debe ayudar a modular los sentimientos de una niña que puede llegar a desregularse rápidamente y mostrarse desde complaciente hasta muy enojada u hostil, atemorizada por la conexión, pero también buscando al otro. El profesional debe actuar dosificando las intervenciones en función de la ansiedad. Deberá evitar toda manifestación que se presente como culpabilizadora o punitiva; y priorizar la empatía y la capacidad de resonancia, pero sobre todo asegurar previsibilidad a través de la generación de confianza en un ambiente de seguridad. Por la coherencia y la consistencia demostrará ser confiable, a través de un lenguaje llano y claro.

En síntesis, son tareas de la primera entrevista:

- » Valorar cómo la adolescente significa subjetivamente la situación que atraviesa, al momento de realizar la entrevista, así como la resolución o salida de la misma.
- » Detectar los factores emocionales, cognitivos y socioculturales asociados a esta significación. Así como los recursos de afrontamiento, en especial su sentido de agencia, es decir la posibilidad de saberse en posición de hacer que las cosas ocurran del modo que se desea, y asimismo la trama vincular de su contexto cercano e íntimo.
- » Evaluar el logro de un vínculo de acompañamiento, y las posibilidades de orientarla, que sirva de guía para las entrevistas subsiguientes, y el desarrollo del proceso también en lo interinstitucional y lo intersectorial.

<sup>36</sup> Moreno, P. "El terapeuta como regulador", en *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Num. 2, 2012.

- » Recoger datos que permitan una primera evaluación de riesgo, tanto en términos de su subjetividad como de su grupo de referencia.
- » En relación con lo anterior, determinar la forma de incluir en el proceso a las/os referentes de confianza de la adolescente.

Finalmente:

"...ayudar a los adolescentes es a menudo difícil porque ellos combaten nuestros mejores esfuerzos. Su resistencia sin embargo debe ser entendida en el contexto de su seguridad: mientras se sigan sintiendo inseguros y desconfiados se mantendrán en guardia. Cuando sienten que a uno les preocupa, pueden sentirse más asustados que nunca. Finalmente, cuando reconocen que no serán ahuyentados ni decepcionados pueden darnos la oportunidad y el privilegio de ser asistidos"<sup>37</sup>.

<sup>37</sup> Gil, Eliana. *Treating abused adolescents* (1996). USA. The Guilford Press. [Traducción propia]



# 5

Línea de Salud Sexual

**0800 222 3444**

[saludsexual@msal.gov.ar](mailto:saludsexual@msal.gov.ar)



Dirección Nacional de  
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de  
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud  
Argentina