ESTRATEGIAS Y MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR

Irene V. Intebi

GOBIERNO de CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

COLECCIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS 05

ESTRATEGIAS Y MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR

Irene V. Intebi

Documento elaborado por IRENE V. INTEBI (psiquiatra infanto-juvenil y psicóloga) que desarrolla su labor profesional como:

- Presidenta de ISPCAN (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect)
- Co-Directora de PROCAPI (Proyecto de Capacitación Internacional de ISPCAN)
- Conferenciante sobre temas de protección infantil en Australia, Austria, Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Eslovenia, EE.UU., Inglaterra, Irlanda, Israel, Malasia, México, Nueva Zelanda, Polonia, Sudáfrica y Uruguay.
- Presidenta del 6º Congreso Latinoamericano de Prevención y Atención del Maltrato Infantil.
- Becaria de los Servicios Provinciales de Asistencia a los Jóvenes, Centres Jeunesse Chaudiere -Appalaches, Québec (Canadá).
- Residente en el Bellagio Study and Conference Center de la Fundación Rockefeller, Bellagio (Italia).
- Fundadora y ex Vicepresidenta de la Asociación Argentina para la Prevención del Maltrato Infantojuvenil (ASAPMI).
- Coordinadora del Área de Maltrato Infantil de la Dirección General de la Mujer, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, entre los años 1993 al 2006.
- Directora de Familias del Nuevo Siglo (programa dedicado a la capacitación de profesionales en maltrato infantil) en la ciudad de Buenos Aires (Argentina).
- Directora y editora de la revista “Temas de Maltrato Infantil (Argentina).
- Asesora en temas de Maltrato Infantil y Abuso Sexual a Defensorías de Menores, Juzgados Civiles y Juzgados de Menores de la Ciudad de Buenos Aires y Defensorías de Menores, Juzgados Civiles, Tribunales de Menores y Juzgados Criminales y Correccionales de la Provincia de Buenos Aires (Argentina).
- Consultora del Área Clínica de la Asociación Dartington-i, San Sebastián (España).
- Asesora de Proyecto de la Asociación Arbutz en el Programa de Intervención con Menores con Conductas Sexuales de Riesgo en el municipio de Pasaia (España).
- Asesora de Equipos Zonales de Infancia de Guipúzcoa (España).
- Docente en el Curso de Especialista de Protección Infantil en la Universidad del País Vasco (España).
- Consultora en temas de protección infantil de la Diputación Foral de Álava, del Ayuntamiento de San Sebastián y del Gobierno de Cantabria (España)

ÍNDICE

I: CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA INTERVENCIÓN EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

1: Definiciones y conceptos básicos acerca del abuso sexual infantil 9

2: Definiciones y conceptos básicos acerca del maltrato infantil 29

3: Competencias 45

4: Factores de riesgo y factores de protección ante el abuso sexual infantil en los contextos familiares 79

5: Consecuencias de los abusos sexuales 105

6: Características de la intervención 135

II: MODALIDADES DE INTERVENCIÓN 155

7: Intervención en crisis 169

8: Evaluación en intervención 189

9: La intervención reparadora con niños/as y adolescentes 203

10: La intervención con los familiares no agresores 243

11: Intervención con agresores sexuales juveniles 271

I. CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA INTERVENCIÓN EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL



1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS ACERCA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

"Se considera abuso sexual infantil (ASI) a involucrar a un niño/a en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro/a y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que trasgreden las leyes o las restricciones sociales.

El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un/a niño/a y un/a adulto/a, o entre un/a niño/a y otra persona que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades -cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona- abarcan pero no se limitan a: la inducción a que un/a niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas".

Organización Mundial de la Salud (OMS)- Octubre 2001

1.1 INTRODUCCIÓN

El problema de las agresiones sexuales hacia los/as niños/as no suele ser comprendido en todas sus dimensiones por el común de la gente. Se tiende a creer que les ocurre a quienes viven en condiciones de marginalidad, con carencias económicas y que los/as agresores/as son personas desconocidas, con bajos niveles educativos, adictos/as al alcohol o a las drogas. Frente a este tipo de fenómenos – y al de la violencia que se origina en el seno de una familia, en general-, la sociedad se defiende mediante ciertas estrategias (la minimización, la indiferencia, la intolerancia, la tendencia a pensar que le ocurre a personas muy diferentes a uno mismo) que generan más prejuicios y obstaculizan la comprensión.

Si los abusos sexuales son difíciles de creer cuando son perpetrados por personas que no pertenecen al grupo familiar, la incredulidad aumenta cuando se trata de agresiones sexuales intrafamiliares.

Refieriéndose a los malos tratos en general, David Finkelhor (1996), prestigioso investigador estadounidense, afirma que la posibilidad de descorrer el velo de lo reservado al ámbito privado de la vida familiar y el desvelamiento de la existencia de violencia y abusos anteriormente oscurecidos están estrechamente vinculados a lo que denomina una transformación moral sostenida en dos premisas básicas:

1. El creciente consenso de que los niños y las niñas deben ser socializados primariamente a través del cariño y no mediante severos métodos disciplinarios de crianza, como los golpes y la humillación, que producen trastornos en el desarrollo.

2. La autoridad parental no es absoluta. En muchos casos, los progenitores –por diversos motivos- no están en condiciones de evaluar y/o de decidir qué es lo mejor para sus hijos e hijas además de no tener autoridad irrestricta sobre ellos.

La aceptación de estas premisas creó la base del concepto de maltrato infantil y de la noción de que los profesionales y las autoridades públicas tienen derecho y obligación de intervenir en los grupos familiares en función del interés de los niños y las niñas.

En lo que respecta a las agresiones sexuales, el recorrido ha sido más complejo. Por un lado, si bien la sociedad –y los/as profesionales- se horroriza y reclama el castigo de los/as responsables cuando no cabe duda de que han ocurrido, por el otro se muestra incrédula y tiende a buscar justificaciones ante las sospechas.

Otro aspecto que complejiza aún más el marco de la intervención es que, con frecuencia, los enfoques socioeducativos y terapéuticos deben coordinarse con la intervención judicial.

La intervención propiamente dicha -esa etapa posterior a la investigación y a la evaluación de las sospechas- constituye un complejo entramado en el que se entrecruzan el planteamiento de objetivos; la disponibilidad y la oferta de recursos al niño/a, a la familia y, eventualmente a los/as agresores/as; la aceptación de dichos recursos y la coordinación de servicios y de profesionales.

En este documento técnico se tratarán los fundamentos de la intervención* enfocando por un lado la disminución de los factores de riesgo y el reforzamiento de los de protección a la vez que la aplicación de recursos para reparar los efectos de las agresiones sexuales en las víctimas y en los/as adultos/as protectores/as. Se plantearán además aspectos complementarios de intervención con agresores/as, sobre todo con aquellos/as que también sean menores de edad.

1.2 DEFINICIONES Y CONCEPTOS ASOCIADOS A LAS AGRESIONES SEXUALES A NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

Las definiciones de lo que se considera abusos sexuales a niños/as y adolescentes presentan algunas diferencias según el tipo de criterio con que se enfoque la intervención: si enfoca en los aspectos de protección infantil, en los aspectos legales o en los aspectos clínicos . Si bien estas definiciones tienen muchos elementos en común también presentan diferencias debidas, fundamentalmente, a los distintos marcos de referencia de los cuales se originan (Intebi, 2008).

1.2.1 Definición de los Servicios de Protección Infantil

Esta definición considera a los abusos sexuales como una situación ante la cual se debe preservar y defender a los/as niños/as por tratarse de una forma de maltrato o desprotección infantil.

El Manual de Actuación en Situaciones de Desprotección Infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria (2006) define al abuso sexual como:

“Cualquier clase de contacto e interacción sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente, en la que el adulto (que por definición posee una posición de poder o autoridad) usa a éste para su propia estimulación sexual, la del menor o la de otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el menor-víctima, o cuando está en una posición de poder o control sobre el menor.”

* La valoración de las sospechas se ha tratado en una publicación anterior; ver Intebi, I.V. (2008) “Valoración de sospechas de abuso sexual infantil”, Colección Documentos Técnicos, Dirección General de Políticas Sociales, Consejería de Empleo y Bienestar Social, Gobierno de Cantabria.

Para calificar estas conductas entre personas menores como abuso sexual, entre la víctima y el abusador/a han de existir:

a. diferencias de poder que conllevan posibilidad de controlar a la víctima física o emocionalmente;

b. diferencias de conocimientos que implican que la víctima no pueda comprender cabalmente el significado y las consecuencias potenciales de la actividad sexual; y

c. diferencia en las necesidades satisfechas: el agresor/a busca satisfacer sus propios impulsos sexuales.

1.21 Definición de la Justicia Penal

Esta definición apunta a la prohibición de determinados comportamientos sexuales y a establecer los castigos en caso de que dicha prohibición no sea respetada. El abuso sexual a niños/as suele estar comprendido en la legislación relativa a delitos sexuales. La legislación prohíbe las relaciones sexuales con personas menores de edad aunque no exista relación de parentesco con el agresor/a. En muchos países, sin embargo, el incesto puede estar contemplado de manera separada.

El Código Penal español establece criterios diferentes para las agresiones sexuales y para el abuso sexual.

Considera a las agresiones sexuales como atentados, con violencia e intimidación, contra la libertad sexual de una persona y las sanciona con pena de prisión de 1 a 4 años. Si la agresión sexual consiste en el acceso carnal, la introducción de objetos o la penetración bucal o anal, la pena de prisión será de 6 a 12 años, que se incrementará hasta 15 años si concurre alguna de las siguientes circunstancias:

- La violencia o intimidación se ejerce de modo degradante.
- En la agresión intervienen dos o más personas.
- La víctima es especialmente vulnerable, por su edad, enfermedad o situación, y en todo caso, si es menor de 13 años.
- Si el autor del delito ha hecho valer contra la víctima una relación de superioridad o parentesco (por ser ascendiente, descendiente o hermano)

[1] Si bien el Manual especifica que: "Salvo circunstancias excepcionales, para calificar estas conductas como abuso sexual, el abusador/a ha de tener al menos cinco años más que el menor-víctima, y diez años más que la víctima cuando ésta es un adolescente", estos conceptos han sido actualizados entendiendo que no es tan importante la diferencia de edades y/o de estadios evolutivos para considerar un comportamiento abusivo, adquiriendo mayor importancia el desequilibrio de poder o de comprensión de lo que sucede, así como la gratificación centrada en las necesidades de la persona que realiza la agresión.

- Si el autor hace uso de armas o medios especialmente peligrosos que puedan producir la muerte o lesiones tales como la pérdida o inutilidad de un órgano o miembro sea o no principal, de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica.

En el delito de abusos sexuales no interviene la violencia ni la intimidación. La persona que lo comete realiza actos que atentan contra la libertad sexual de la víctima sin que ésta preste su consentimiento. Se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejerzan sobre menores de 13 años, sobre personas con trastorno mental o privadas de sentido.

También es constitutivo de delito si el agresor/a obtiene el consentimiento de la víctima haciendo valer una situación de superioridad sobre la misma que coarte su libertad.

Cuando el abuso sexual consiste en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable es castigado con pena de prisión de 4 a 10 años.

Si se abusa sexualmente de una persona mayor de 13 años y menor de 16 años utilizando el engaño, también el agresor/a es castigado con penas de prisión o multa.

La legislación, asimismo, contempla el exhibicionismo y la provocación sexual (realizar o hacer realizar a otra persona actos de exhibición obscena ante personas menores de edad e incapaces). Es también delictivo vender, difundir o exhibir material pornográfico entre personas menores de edad o incapaces por cualquier medio y se castiga con penas de prisión o multa.

Otros delitos sexuales que involucran a niños/as y adolescentes son la prostitución y la corrupción. La persona que induzca a un menor de edad a la prostitución, o que la promueva, favorezca o facilite, podrá ser castigado con pena de prisión y multa, que se incrementa si le induce a ejercer la prostitución o mantenerse en ella, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o si esa persona abusa de su condición de autoridad, agente o funcionario público.

Penas similares se aplican a la persona que de forma directa o indirecta favorezca la entrada, estancia o salida del territorio español de menores o incapaces, con la finalidad de explotarlos sexualmente.

Las penas se incrementan cuando el culpable de las conductas pertenece a alguna asociación u organización que se dedique a la realización de actividades relativas a la prostitución y se agrega la inhabilitación absoluta transitoria si el culpable abusa

de su condición de autoridad o funcionario público. Las penas se aplicarán junto con el castigo que, en su caso corresponda por las agresiones o abusos sexuales cometidos contra la persona menor o incapaz prostituida.

Asimismo, se castiga con pena de prisión a la persona que utilice a niños/as y adolescentes en espectáculos exhibicionistas o pornográficos, tanto públicos como privados, o para elaborar cualquier clase de material pornográfico o financie cualquiera de estas actividades. La pena se incrementa si el responsable pertenece a una asociación u organización que se dedica a la realización de estas actividades. También se castiga con prisión a la persona que posea material para realizar cualquiera de estas acciones y a aquéllos que produjeran, vendieran, distribuyeran o facilitaran material pornográfico en cuya elaboración hayan sido utilizadas personas menores de edad o incapaces, aunque el material provenga del extranjero o sea de destino desconocido.

La pena es mayor cuando el responsable de cualquiera de estas conductas pertenece a una asociación u organización que se dedica a la realización de estas actividades y se castiga a la persona que posea el material para realizar cualquiera de estas conductas y a la que haga participar a una persona menor de edad o incapaz en un comportamiento de naturaleza sexual que perjudique la evolución o desarrollo de la personalidad de ésta.

Son castigadas con multas las personas que tuvieran conocimiento de la prostitución o corrupción de niños/as y adolescentes o incapaces que se encuentren bajo su patria potestad, tutela, guarda o acogimiento, y no hicieran lo posible por impedir su continuación en tal estado, o no acudieran a autoridad competente para denunciar la situación y en estos casos el Ministerio Fiscal inicia las acciones legales pertinentes para privarle de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar que posea sobre la persona menor o incapaz.

1.2.3 Definición clínica

Si bien tiene relación con la definición legal, está enfocada al impacto traumático de las experiencias en el niño/a o adolescente. Es importante señalar que no todos los comportamientos sexuales de los que pudieran haber sido objeto las víctimas producirán efectos traumáticos. Éstos dependerán de la comprensión y del significado que ellas le atribuyan a los comportamientos. Estos atributos, además, pueden modificarse durante el proceso evolutivo.

Lo importante es tener en cuenta que, aún en ausencia de efectos traumáticos observables, el niño/a o adolescente debe ser protegido/a de futuros abusos (definición de Servicios de Protección Infantil) y que este tipo de comportamientos constituyen un delito (definición de la Justicia Penal)

1.3 DIFERENCIAS ENTRE COMPORTAMIENTOS SEXUALES ABUSIVOS Y NO ABUSIVOS

Ya se ha mencionado los elementos que caracterizan los comportamientos abusivos y los diferencia de aquellos comportamientos no abusivos:

- las diferencias de poder que conllevan posibilidad de controlar a la víctima física o emocionalmente;
- las diferencias de conocimientos que implican que la víctima no pueda comprender cabalmente el significado y las consecuencias potenciales de la actividad sexual; y
- la diferencia en las necesidades satisfechas: el agresor/a busca satisfacer sus propios impulsos sexuales

Si bien los componentes están interrelacionados, no es necesario que los tres estén presentes. La presencia de sólo uno de ellos resulta sospechosa de comportamientos abusivos.

1.3.1 Desequilibrio de poder

El desequilibrio de poder implica que el agresor/a controla a la víctima y que el encuentro sexual no ha sido planeado ni realizado de manera consensuada. Este desequilibrio puede deberse a relaciones de parentesco, vínculos jerárquicos y de autoridad, a la diferencia de estatura, tamaño corporal y/o fuerza física que permite que el agresor/a pueda manipular al niño/a o adolescente mediante la intimidación y/o la coerción física y/o emocional, mediante sobornos, promesas o engaños.

1.3.2 Diferencias de conocimientos

Si una de las partes implicadas (el agresor/a) tiene conocimientos más avanzados acerca del significado y los alcances del comportamiento sexual, se pueden considerar abusivos los hechos investigados. El mayor grado de conocimiento puede deberse a que tiene más edad, a que evolutivamente está más desarrollado o a que es más inteligente que su víctima. Esta cuestión se presta a polémicas en relación al tope de edad que se establece para determinar que un/a niño/a haya sido victimizado/a y si este tope tiene que ser diferente para los niños que para las niñas. Es polémico también en relación a cómo considerar a los comportamientos sexuales entre una chica de 16 ó 17 años y un muchacho de 20 ó 21 (cuando se producen sin que mantengan una relación afectiva).

Sin embargo, no existen dudas cuando la persona involucrada en estos comportamientos tiene algún tipo de retraso madurativo o de minusvalía física o emocional. En estos casos no importa si la víctima tiene la misma edad o si es mayor que el agresor/a.

1.3.3 Diferencia en las necesidades satisfechas

Es sabido que en los casos de abusos sexuales a niños/as o adolescentes el objetivo de los comportamientos no es la gratificación sexual mutua. Lo habitual es que el agresor/a esté satisfaciendo exclusivamente sus propias necesidades sexuales. Esta gratificación diferencial ocurre más allá de que el agresor/a consiga excitar sexualmente a la víctima.

1.4 TIPOS DE COMPORTAMIENTOS SEXUALES

Los comportamientos sexuales inadecuados y abusivos abarcan una amplia gama de acercamientos que se detallan a continuación. Es importante destacar que para que ocurran actos abusivos NO es necesario el contacto físico ni que haya penetración.

TIPOS DE COMPORTAMIENTOS SEXUALES QUE CONSTITUYEN ABUSOS SEXUALES HACIA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

COMPORTAMIENTOS SEXUALES SIN CONTACTO FÍSICO

- Comentarios sexualizados hacia el niño/a (lo más frecuente es que se realicen en su presencia; sin embargo, el agresor/a puede realizar comentarios obscenos por teléfono, notas o cartas)
- Exhibición de genitales frente al niño/a llegando, a veces, incluso a masturbarse delante de él o ella.
- Voyeurismo (espiar la intimidad del niño/a o adolescente)
- Exhibición de materiales pornográficos al niño/a o adolescente (libros, revistas o películas, videos, DVDs)
- Inducción a que el niño/a o adolescente se desnude o se masturbe delante del agresor/a.

COMPORTAMIENTOS CON CONTACTO SEXUAL (por encima o por debajo de la ropa)

- Tocamientos en las partes íntimas (genitales, glúteos, pechos)
- Inducción a que el niño/a o adolescente realice tocamientos al agresor/a
- Frotamiento de los genitales del agresor/a contra el cuerpo o la vestimenta del niño/a o adolescente

PENETRACIÓN DIGITAL O CON OBJETOS

- Agresor/a introduce su dedo en vagina y/o en ano
- Agresor/a induce al niño/a o adolescente a introducir su(s) propio(s) dedo(s) en vagina y/o en ano
- Agresor/a introduce algún elemento en vagina y/o en ano
- Agresor/a induce al niño/a o adolescente a introducir algún elemento en vagina y/o en ano

SEXO ORAL (niño/a practica sexo oral a agresor/a/a o agresor/a lo realiza con el niño/a o las dos modalidades)

- Besos de lengua
- Succionar, besar, lamer o morder pechos
- Cunnilingus (lamer, besar, chupar o morder la vagina o colocar la lengua en el orificio vaginal)
- Felaciones (lamer, besar, chupar o morder el pene)
- Anilingus (lamer, besar el orificio anal)

PENETRACIÓN PENEANA

- Coito vaginal
- Coito anal
- Coito con animales

1.5 CONTEXTO EN EL QUE OCURREN LOS ABUSOS SEXUALES

Los abusos sexuales a niños/as y adolescentes pueden ocurrir en múltiples contextos que no son mutuamente excluyentes y que, con alarmante frecuencia, pueden superponerse. Más allá de los alcances legales que pueda tener esta información, es de suma importancia conocer las características del contexto en que ocurrieron los abusos para plantear la reparación de los efectos traumáticos sobre las víctimas.

CONTEXTOS EN QUE OCURREN LOS ABUSOS SEXUALES

ABUSOS SEXUALES EN UN CONTEXTO DIÁDICO: es el contexto en el que los abusos ocurren con mayor frecuencia consta de dos personas: víctima y agresor/a.

SEXO GRUPAL: consiste en que a) varias víctimas son agredidas por una sola persona; b) varias personas agreden a una víctima; o c) varias personas agreden a varias víctimas. Estos comportamientos pueden ocurrir en contextos familiares o extrafamiliares.

RONDAS DE SEXO: es una forma de sexo grupal, por lo general organizada por pedófilos con el fin de contar con fácil acceso a niños/as para utilizarles sexualmente y, a veces, para obtener beneficios. Las víctimas pueden ser reclutadas por el pedófilo o por otros miembros de la "ronda". Pueden tener estructuras muy simples o ser altamente sofisticadas.

EXPLOTACIÓN SEXUAL: consiste en la utilización de niños/as o adolescentes para pornografía o para prostituirles.

PORNOGRAFÍA INFANTIL: puede ser producida por familiares, personas conocidas o por profesionales para uso personal, la comercialización o la venta a pequeña o a gran escala. Puede utilizarse para chantajear a las víctimas. La producción puede ser nacional, internacional o local. La comercialización de pornografía es muy lucrativa y no requiere de inversiones muy costosas para elaborar los materiales. Además, es muy difícil de rastrear. Puede involucrar a un/a solo/a niño/a o a varios/as en poses provocativas o realizando actos sexuales entre ellos/as y/o con personas adultas.

PROSTITUCIÓN INFANTIL: promovida por los padres, parientes, conocidos/as o personas que ganan dinero explotando a los/as niños/as. Adolescentes fugados/as de sus hogares y/o abusados/as previamente pueden prostituirse sin depender de ningún adulto/a. Los adolescentes varones suelen prostituirse de manera independiente mientras que las chicas se implican en situaciones en las que otras personas controlan sus contactos con los clientes.

ABUSO RITUAL: es una situación recientemente identificada y bastante polémica. Resulta muy difícil de comprobar y algunos/as profesionales dudan de su existencia. Ocurre en contextos donde el sistema de creencias (con distinto grado de complejidad y/o justificación), entre otras cosas, promueve el contacto sexual con niños/as generalmente como parte de los rituales. Al haber pocas confesiones al respecto, la motivación subyacente es bastante incierta.

1.6 EL SÍNDROME DE ACOMODACIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

El psiquiatra estadounidense Roland Summit acuñó este término en los años '80. Si bien en la actualidad se reconoce que no constituye un síndrome en el sentido médico de la expresión, resulta una valiosa descripción del proceso que suelen atravesar los/as niños/as o adolescentes victimizados/as.

La manera más frecuente de comienzo de las agresiones sexuales es a través de un proceso de "seducción" previo en el que el agresor/a consigue acercarse a la víctima y ganar su confianza. Durante este proceso se sexualizan gradualmente vínculos y formas de relacionarse que, al principio, parecían no sexualizadas (tanto así que el agresor/a puede plantear estas conductas como, por ejemplo, enseñanza de pautas de higiene o de educación sexual). Este proceso de acercamiento, seducción y sexualización suele ser planeado por el agresor/a, quien elabora complejas estrategias para atraer al niño/a, obtener su cooperación y evitar que cuente lo que está sucediendo.

Summit describe cinco elementos, dos de los cuales definen la vulnerabilidad básica de los niños/as mientras los otros tres son secuelas contingentes de la agresión sexual. Estos son: 1) el secreto; 2) la desprotección; 3) el atrapamiento y la adaptación; 4) la revelación tardía y poco convincente y 5) la retractación.

1. El secreto

Es el componente que facilita el comienzo de las agresiones sexuales, favorece la intimidación y provoca la estigmatización, el aislamiento y los sentimientos de vulnerabilidad y de culpa en los/as niños/as.

Los abusos sexuales ocurren exclusivamente cuando el agresor y su víctima se encuentran a solas y, a pesar de las explicaciones inadecuadas, ilógicas, destinadas a autojustificarse o a autoprotegerse que brinda el agresor/a, la única impresión coherente y significativa que percibe el niño/a, dado el secreto que rodea al contacto, es que lo que le está ocurriendo es peligroso y temible.

Contradiciendo la suposición generalizada de que cualquier víctima tenderá a buscar ayuda, en estudios retrospectivos admiten que no lo han contado a nadie durante la infancia. Afirman haber temido que se les culpara por lo sucedido o que el adulto/a no implicado/a no fuera lo suficientemente protector/a como para impedir la venganza del agresor/a.

2. La desprotección

Debido a la subordinación básica y a la indefensión en que se encuentran los niños/as dentro de vínculos autoritarios es muy difícil que puedan protegerse a sí mismos/as y revelen los abusos de inmediato. Dice Summit que a los niños/as se les enseña a evitar los contactos con extraños, pero se les inculca que deben ser obedientes y cariñosos con cualquier adulto/a que se encargue de sus cuidados dejando abierta la posibilidad a una situación de riesgo que no se suele prever.

Variados prejuicios sociales sostienen esta desprotección:

a) la suposición de que la víctima que no se queja está consintiendo la relación: se espera que los/as niños/as y adolescentes reaccionen igual que las víctimas adultas de una violación, resistiéndose a las agresiones utilizando la fuerza física, pidiendo ayuda a los gritos o intentando escapar. La mayoría no hace nada de esto. Por el contrario, disimulan, fingen seguir durmiendo, cambian de posición en la cama, se cubren con las sábanas, intentan esconderse. Lo que lleva a que, según sea su edad, se piense que estuvieron de acuerdo o que consintieron las conductas abusivas.

   Muchas veces no se comprende que no han sido cómplices ni que el "consentimiento" se obtuvo mediante la utilización de la fuerza o de amenazas de violencia. Summit advierte que una acción silenciosa o un gesto por parte de un progenitor reviste características coercitivas para un niño/a dependiente y que la amenaza de perder el amor o la seguridad familiar resulta más atemorizante que cualquier amenaza de violencia.

b) la suposición de que las adolescentes seducen a los hombres: aún cuando puedan ser sexualmente atractivas, seductoras o deliberadamente provocativas, los/as niños/as no tienen el mismo poder para negarse a los pedidos de una figura parental o de un/a adulto/a ni para prever las consecuencias de acercamientos sexuales. La ética más elemental señala que ante tales equívocos, la responsabilidad de evitar toda actividad sexual con una persona menor recae en el adulto/a.

   Además, la realidad demuestra que, con frecuencia, los/as niños/as abusados/as no son sexualmente atractivos/as ni seductores/as en el sentido convencional. Comenta Summit que, para la mayoría de las víctimas, las agresiones sexuales no son experiencias que ocurren en las calles o en las escuelas ni el resultado de una vulnerabilidad a dos puntas de ciertas tentaciones edípicas sino que consisten más bien en la intrusión progresiva, insidiosa y sin precedentes de actos sexuales llevados a cabo por un adulto/a investido/a de poder en una relación unívoca víctima-agresor/a. El hecho de que con frecuencia el agresor/a forme parte de un vínculo de confianza y se encuentre en una posición afectuosa, sólo incrementa el desequilibrio de poder y el grado de desprotección en que se encuentra la persona menor.

3. El atrapamiento y la acomodación

La única posibilidad que hay para detener una situación abusiva es que la víctima busque protección o que se produzca una intervención en forma inmediata. En caso de que nada de esto suceda, la opción saludable que queda es aprender a aceptar la situación y sobrevivir.

Un niño/a sano/a, normal y emocionalmente flexible aprenderá a acomodarse a la realidad del abuso sexual continuado afrontando el desafío de acomodarse a los requerimientos sexuales intrusivos a la vez que toma conciencia acerca de la traición y de haberse convertido en un mero objeto para una persona que, en los casos de abusos intrafamiliares, suele estar idealizada como figura protectora, altruísta y afectuosa. Muchas conductas rotuladas como patológicas en el funcionamiento psicológico de adolescentes y adultos/as, se originan en las reacciones naturales de un niño/a sano/a a un ambiente parental profundamente antinatural y enfermo.

4. La revelación tardía, conflictiva y poco convincente

La mayor parte de los casos de abuso sexual no se conocen jamás, al menos fuera del núcleo familiar. Los casos tratados, informados o investigados constituyen la excepción y no la norma. La revelación suele producirse por un descubrimiento accidental o como consecuencia de un conflicto familiar serio.

Cuando el factor que desencadena la revelación es un conflicto familiar, habitualmente significa que el abuso sexual ha ocurrido durante años. En la adolescencia las víctimas empiezan a reclamar una vida más independiente y a desafiar a la autoridad parental. Si los/as agresores/as son las figuras parentales se ponen celosos/as y se vuelven más controladores/as, tratando de aislar a los/as hijos/as de los “peligros” que implican la interacción con sus pares.

Los/as jóvenes suelen revelar el secreto en una crisis después de alguna discusión familiar especialmente punitiva en la cual la figura de autoridad hace ostentación de su autoridad. Las víctimas buscan comprensión y desean la intervención en el momento en que tienen menores posibilidades de encontrarlas.

Cuando otros/as adultos/as conocen estas revelaciones suelen considerar que son problemas propios de hijos/as rebeldes, enojados/as con los castigos que se les imponen sin registrar las atrocidades sexuales que describen. Muchos suponen que inventan estas historias para vengarse de los intentos paternos para imponerles control y disciplina.

Hay víctimas que, por el contrario, no están enfurecidos/as, que tienen un rendimiento escolar llamativamente bueno y son muy apreciadas por sus profesores y compañeros/as y se muestran deseosas de satisfacerles. Sin embargo, tampoco esto impide que surja una reacción de incredulidad al momento de la revelación de los abusos sexuales.

La situación siempre resulta compleja: tanto si el niño/a o adolescente tiene comportamientos delictivos, promiscuos o está excesivamente estimulado/a sexualmente, si tiene ideación o intentos suicidas, si se le ve histérico/a, psicótico/a, si está perfectamente adaptado/a, si está furioso/a, evitativo/a o

sereno/a; cualquier emoción que demuestre o cualquier mecanismo de adaptación que haya utilizado será interpretado por los adultos/as de manera tal que sus denuncias pierdan valor.

5.La retractación

Summit afirma que todos/as los/as niños/as son capaces de desdecir cualquier afirmación que hayan hecho sobre abusos sexuales. Debajo de la rabia que motoriza la revelación impulsiva, persiste la ambivalencia que se origina en la culpa y, en los casos de abusos intrafamiliares, en la martirizante obligación de preservar a la familia. Frente a las caóticas consecuencias de la revelación, las víctimas descubren que los temores y amenazas que les forzaban a mantener el secreto, se vuelven realidad.

A menos que se les brinde un apoyo especial y se produzca una intervención inmediata para obtener la admisión de responsabilidad por parte de los/as agresores/as, las víctimas proseguirán la evolución "normal" y se retractarán. Admitirán que "inventaron" sus testimonios.

Es sumamente importante que, ante una retractación no se invalide lo que el niño/a o adolescente ha revelado. Por el contrario, se recomienda valorarla siguiendo los mismos lineamientos y precauciones que se utilizan para confirmar o descartar la revelación de los abusos.

ACLARACIONES IMPORTANTES

- Abuso sexual infantil **no es sinónimo de violación.**

  Raramente el agresor/a utiliza la fuerza física para concretar la agresión. Por el contrario, suele establecer o preexistir un vínculo de confianza, de autoridad o de poder del que se abusa. La victimización consiste en un proceso gradual de sexualización de vínculos preestablecidos que comienza sin previo aviso. A diferencia de la violación de personas adultas que suele presentarse como un episodio único, que ocurre de manera brusca, impredecible, con características propias de un hecho accidental, el abuso sexual de niños/as y adolescentes ocurre de manera crónica, repetida, a partir de un proceso de intromisión gradual en la intimidad del menor siguiendo pautas de planificación previas del agresor/a.

- Abuso sexual infantil **no es sinónimo de incesto.**

  Existen abusos perpetrados por personas de la familia (intrafamiliares) y por personas ajenas a la familia (extrafamiliares). Se denominan incestuosos a aquellos actos abusivos que ocurren entre familiares que, por las pautas socioculturales y las leyes de un determinado grupo social, no tienen permitidas las relaciones sexuales ni los vínculos de pareja. Ejemplos de este tipo de vínculos serían el del padre y la hija, el padre y el hijo, la madre y la hija, la madre y el hijo, abuelos/as y nietos/as, tíos/as y sobrinos/as y hermanos/as entre sí.

- Abuso sexual infantil **no es sinónimo de penetración genital.**

  El abuso sexual engloba una amplia gama de actividades sexuales con y sin contacto físico:

  - **Comportamientos sexuales sin contacto físico:** comentarios sexualizados hacia la persona menor, exhibicionismo del agresor/a, voyeurismo, exhibición de materiales pornográficos.

  - **Comportamientos con contacto sexual:** tocamientos, frotamientos, estimulación de genitales, sexo oral (fellatio, cunnilingus, anilingus), masturbación del adulto/a y/o del niño/a o adolescente, penetración digital o con objetos, penetración genital.

  - Abuso sexual infantil **no ocurre únicamente entre un niño/a o adolescente y un adulto/a**

  El abuso sexual intrafamiliar perpetrado por familiares adultos suele predominar en los casos del sistema de protección infantil y de los programas de intervención. Si la información surge de muestras de la población general (no de una muestra clínica), los hallazgos señalan que los abusos perpetrados por las figuras parentales representan entre un 6-16% del total y los abusos perpetrados por familiares en general representan un tercio del total de casos. A su vez, en estas muestras no clínicas, los abusos cometidos por adolescentes representan hasta un 40% del total.

☞ Abuso sexual infantil **no es algo que cometan sólo los varones**

Las mujeres agreden sexualmente a niños/as y adolescentes en porcentajes que oscilan entre un 10-15% de los casos notificados. Se considera que el subregistro de este tipo de abusos es importante debido a múltiples causas, entre ellas que resulta más difícil de revelar y de notificar un abuso cometido por una mujer (por los estereotipos de género); que a los niños/as y adolescentes les suele dar más vergüenza revelarlos; a que las mujeres tienen mayor permisividad y más oportunidades para tener contacto físico con las personas menores a su cuidado.

1.7 INDICADORES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

La sospecha o la certeza de que un/a niño/a o un/a adolescente ha sido víctima de agresiones sexuales se basa en la observación de indicadores específicos, altamente relacionados con la posibilidad de que los abusos hayan ocurrido y de indicadores inespecíficos que no están asociados de forma excluyente con los abusos y pueden detectarse ante otras situaciones.

Los indicadores se clasifican en físicos y conductuales.

☞ Indicadores físicos específicos

Si bien la presencia de estos indicadores certifica que los abusos sexuales han ocurrido, están ausentes en la mayoría de los casos.

La ausencia de indicadores físicos específicos no descarta la posibilidad de que haya ocurrido un abuso sexual.

Lesiones en zonas genital y/o anal

- Desgarros recientes o cicatrizales del himen
- Diámetro del himen mayor que 1 cm
- Desgarro de la mucosa vaginal
- Dilatación anal y esfínter anal hipotónico
- Sangrado por vagina y/o ano

Infecciones genitales o de transmisión sexual:

- Sífilis
- Blenorragia
- SIDA no preexistente al momento del nacimiento
- Condilomas acuminados (conocidos como verrugas genitales)
- Flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales (clamidia, tricomonas) en la flora normal del niño/a

Embarazo

Informe médico que confirma existencia del abuso sexual o indica sospechas importantes de que está ocurriendo.

☞ Indicadores físicos inespecíficos

Estos trastornos orgánicos no tienen una relación causal con el abuso y pueden aparecer sin que éste exista, pero dado que están estrechamente vinculados a situaciones de estrés elevado, su presencia es indicadora de sospecha.

- Ciertos trastornos psicosomáticos como los dolores abdominales recurrentes y los dolores de cabeza sin causa orgánica.
- Trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia nerviosa, en especial cuando se asocian)
- Fenómenos regresivos como la enuresis (emisión involuntaria e inconsciente de orina, generalmente nocturna) y encopresis (incontinencia de materia fecal) en niños/as que ya habían logrado el control de esfínteres.
- Infecciones urinarias repetidas sin causa orgánica o externa identificable
- Inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado en zona genital no asociadas a otras lesiones descritas en el apartado de INDICADORES ALTAMENTE ESPECÍFICOS

☞ Indicadores conductuales específicos

- **Altamente específicos:** la revelación por parte del niño/a o adolescente de haber sido objeto de abusos sexuales
- **Compatibles** con probable abuso:

INDICADORES CONDUCTUALES DE PROBABLE ABUSO SEXUAL

CONDUCTAS HIPERSEXUALIZADAS Y/O AUTOERÓTICAS INFRECUENTES EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES:

- Masturbación compulsiva
- Conductas sexualmente inapropiadas para cualquier edad
- Variantes peculiares de los juegos de "médicos", "los novios" o "el papá y la mamá"
- Utilización de la fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros niños/as o adolescentes en los juegos sexuales
- Sexualización precoz: juegos sexuales tempranos acompañados de un grado de curiosidad sexual inusual para la edad
- Juegos sexuales con otros niños/as o adolescentes mucho menores o que están en un momento evolutivo distinto.
- Acercamientos peculiares a los/as adultos/as:
  a. Tratar de tocar u oler los genitales del adulto
  b. Aproximarse por detrás a una persona agachada y, desde esa posición, realizar movimientos copulatorios
  c. Acomodarse sobre un adulto/a en la cama y simular movimientos de coito
  d. Pedir que le introduzcan o tratar de introducir la lengua al besar
- Promiscuidad sexual, prostitución o excesiva inhibición sexual (en adolescentes)

EL NIÑO/A O ADOLESCENTE MUESTRA CONOCIMIENTOS SEXUALES INUSUALES PARA LA EDAD

☞ **Indicadores conductuales inespecíficos:**

Comportamientos llamativos y/o inadecuados para el nivel madurativo del niño/a o del adolescente que no están asociados exclusivamente con abusos sexuales sino que pueden observarse como reacciones ante diversas situaciones de estrés y suelen poner de manifiesto los intentos por defenderse y adaptarse a variadas experiencias de traumatización aguda y crónica.

INDICADORES CONDUCTUALES INESPECÍFICOS

INFANCIA TEMPRANA (<3 años)

- Retraimiento social
- Alteraciones en el nivel de actividad junto con conductas agresivas o regresivas
- Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas
- Alteraciones en el ritmo de sueño

PREESCOLARES

- Síndrome de estrés post-traumático
- Hiperactividad
- Conductas regresivas
- Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos)
- Fobias y/o temores intensos
- Fenómenos disociativos

ESCOLARES Y PRE-ADOLESCENTES

- Cualquiera de los trastornos observables en etapas anteriores
- Dificultades de aprendizaje o alteraciones en el rendimiento, de aparición brusca e inexplicable
- Fugas del hogar
- Retraimiento llamativo o, por el contrario, hostilidad y agresividad exacerbada en el hogar, y/o con sus amigos/as y compañeros/as de estudios
- Sobreadaptación, pseudomadurez
- Conflictos con las figuras de autoridad, junto con una marcada desconfianza hacia los/as adultos/as significativos/as
- Pequeños robos
- Mentiras frecuentes
- Sentimientos de desesperanza y tristeza
- Tendencia a permanecer en la escuela fuera del horario habitual

ADOLESCENTES

- Conductas violentas de riesgo para su integridad física
- Retraimiento, sobreadaptación
- Fugas del hogar
- Consumo de drogas
- Delincuencia
- Automutilaciones y otras conductas agresivas
- Intentos de suicidio
- Trastornos disociativos
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia)

Faller, K.C. (1993): *Child Sexual Abuse: Intervention and Treatment Issues*. National Center on Child Abuse and Neglect. U.S. Department of Health and Human Services. Administration for Children and Families. EEUU.

Finkelhor, D. y Browne, A. (1986): *"The Effects of Sexual Abuse"* en Finkelhor, D. y colaboradores, editores: *Sourcebook on Child Sexual Abuse. Sage, California.*

Intebi, I. (1999): *Abuso sexual infantil: En las mejores familias*. Editorial Granica, Buenos Aires.

Intebi, I. y Osnajanski, N. (2003): *Cuaderno de capacitación: Maltrato a Niños, Niñas y Adolescentes: Detección e Intervención.* Familias del Nuevo Siglo, Buenos Aires.

Intebi, I. (2008): *Valoración de las sospechas de abuso sexual infantil*. Colección Documentos Técnicos. Dirección General de Políticas Sociales, Consejería de Empleo y Bienestar Social, Gobierno de Cantabria, España.

Myers, J; Berliner, L.; Briere, J.; Hendrix, J.T.; Jennny, C. y Reid, T.A. (2002): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment- 2nd Edition.* Sage Publications, EEUU.

Organización Mundial de la Salud (1999) *OMS: Report of the Consultation on Child Abuse Prevention,* Ginebra, 29-31 de marzo de 1999.

Organización Mundial de la Salud (2001) OMS: *Integrated Multisector Approach to Child Abuse: Introduction and Core Guidelines: General Information.* Octubre 2001.

Summit, R.C.(1983): *"The child sexual abuse accommodation syndrome"* (El síndrome de acomodación al abuso sexual infantil). *Child Abuse & Neglect*, 7, págs. 177-193.

2. DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS ACERCA DEL MALTRATO INFANTIL

2.1 INTRODUCCIÓN

Los/as profesionales que trabajamos en el ámbito de la protección infantil sabemos que es muy frecuente que las diferentes tipologías de maltrato infantil coexistan y que, cuando se detecta una situación de abuso sexual infantil, está sea probablemente un agregado o una consecuencia de una situación previa de desprotección moderada o grave.

Por lo tanto, puede ocurrir que en el transcurso de una intervención en la que se esté abordando la desprotección que sufre un niño/a por parte de su familia surjan sospechas de que también hayan ocurrido agresiones sexuales.

Es por ello que los/as técnicos/as que trabajen en la intervención ante todos los niveles de desprotección necesitan tener conocimientos que les permita detectar sospechas de abuso sexual y que aquellos/as que intervengan en casos de abusos sexuales confirmados deben contar con conocimientos adecuados en relación a la desprotección infantil en general.

2.2. DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS

Riesgo de desprotección

> Niños/as en riesgo de desprotección son aquellos/as que viven y se desenvuelven en entornos familiares o sociales cuyas condiciones pueden provocar un daño significativo a corto, medio y/o largo plazo en su bienestar y desarrollo.

Diversas situaciones pueden colocar a una persona menor en riesgo de desprotección:

a) Riesgo de cuidado inadecuado: es el que existe cuando se detecta una situación de crisis o problemas en la familia (por ejemplo, alto nivel de estrés, consumo de drogas o alcohol de los padres, maternidad/ paternidad adolescente, aislamiento social) que se prevé pueden afectar negativamente

o limitar de forma significativa a la capacidad de las figuras parentales para proporcionar un cuidado y atención adecuada al niño, niña o adolescente y provocar la aparición de situaciones de desprotección en un futuro próximo.

b) Cuidados parentales inadecuados (no desprotección): ocurre cuando las figuras parentales o las personas adultas que conviven en la familia no proporcionan al niño, niña o adolescente un trato o cuidado óptimo, pero:

   - esta situación no ha provocado ni se prevé que vaya a provocar a corto plazo un daño (a nivel físico, psicológico, cognitivo y/o social), o
   - si ha producido un daño, no es significativo (es decir, no afecta de manera relevante al desarrollo del niño, niña o adolescente) ni se prevé que vaya a hacerlo a corto plazo.

   Esto puede producirse porque:

   - las conductas de trato o cuidado inadecuado son de baja intensidad, o
   - pueden ser de intensidad moderada pero su frecuencia es baja, produciéndose sólo de forma esporádica.

c) Otras situaciones en el entorno familiar o social que pueden influir negativamente en el desarrollo del niño, niña o adolescente: entornos sociales con imágenes identificatorias no deseables, falta de servicios, alto índice de delincuencia, marginación o violencia en el vecindario, etc.

Desprotección

La situación de desprotección ocurre cuando las personas menores tienen sus necesidades básicas sin cubrir durante un período de tiempo suficientemente amplio como para provocar un daño significativo en su salud y desarrollo o colocarle en riesgo de sufrirlo. Puede deberse a circunstancias familiares y/o al comportamiento de sus padres, responsables legales o adultos que conviven en la familia o a problemas o circunstancias externas fuera del control de los padres o responsables legales.

Configuran situaciones compatibles con malos tratos a los/as niños/as aquéllas en las que hay:

a) incumplimiento por parte de los padres o responsables legales de los deberes de protección: renuncia o no reconocimiento de maternidad/ paternidad, abandono total del menor , o causa de naturaleza similar.

b) trato inadecuado (por acción y omisión) de los padres, responsables legales o adultos que conviven en la familia hacia el menor (maltrato físico, abandono físico, maltrato emocional, abandono emocional, abuso sexual, explotación sexual, corrupción, incapacidad parental de control de la conducta infantil/adolescente)

c) incapacidad de los padres, responsables legales o adultos que conviven en la familia para proteger al menor de las agresiones o el trato gravemente inadecuado de otras personas, incluyendo las situaciones en que los padres, responsables legales o adultos que conviven en la familia demuestran pasividad o incapacidad para proteger al menor de situaciones de maltrato/abandono de gravedad moderada y elevada, infligidas por otras personas adultas o por otros menores de edad.

Los/as profesionales de los equipos especializados intervendrán mayormente en casos de desprotección infantil grave y moderada.

Necesidades infantiles

Necesidades infantiles son aquellas necesidades que los/as niños/as y adolescentes deben tener satisfechas para segurar un óptimo desarrollo bio-psico-social. Debido a su inmadurez, dependerán de los/as adultos/as del entorno cercano para su satisfacción.

Necesidades físicas:

* Alimentación
* Temperatura
* Higiene
* Salud
* Sueño

Necesidades de seguridad:

* Protección ante condiciones del entorno que suponen un riesgo para la integridad física del menor
* Protección ante otros adultos/menores que hacen o pueden hacer daño al menor
* Protección ante el daño que el menor puede hacerse a sí mismo

Necesidades sociales:

* Disposición de orientación y límites a la conducta
* Aprendizaje de control de las emociones y conductas apropiadas para la participación social y el establecimiento de relaciones adecuadas con otras personas
* Red de relaciones sociales
* Interacción lúdica

Necesidades cognitivas:

* Estimulación sensorial: Disposición de experiencias de exploración y de aprendizaje
* Exploración física y social
* Comprensión de la realidad física y social

Necesidades emocionales:

* Seguridad emocional:
  - Disposición de relaciones seguras, estables y afectivas con adultos significativos
  - Sensibilidad y responsividad a las necesidades del niño
  - Contacto físico apropiado
  - Recepción de afecto y refuerzo positivo
  - Continuidad en las relaciones con los familiares y otros adultos significativos
* Participación y autonomía progresivas
* Respeto al proceso de desarrollo psicosexual
* Protección ante riesgos imaginarios

Cuando se hace referencia al maltrato infantil se considera el potencial de daño que puedan ocasionar los padres y/o cuidadores así como la dificultad o incapacidad de padres y cuidadores/as para satisfacer diferentes necesidades básicas de niños/as y jóvenes en las distintas etapas evolutivas.

Maltrato infantil

Maltrato infantil: abarca todas las formas de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o trato negligente, o a cualquier tipo de explotación comercial o de cualquier otra índole, que ocurren en el contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder, y que resulten en daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad de los niños (OMS, 1999).

Es importante contextualizar esta definición dentro del siguiente marco contextual:

* Se considera niño/a a toda persona desde su nacimiento hasta los 18 años.

* Se denomina daño potencial a la amenaza de que un niño/a resulte lastimado/a como consecuencia de un fallo en su supervisión o de la protección adecuada, con el riesgo de quedar expuesto/a a una situación peligrosa o evolutivamente inapropiada.

* Se habla de daño real cuando es posible registrar algún trastorno físico, cognitivo, emocional y/o evolutivo en el niño/a, aún cuando el daño no haya sido detectado en el momento de ocurrir el episodio de maltrato.

* La explotación comercial o de cualquier otra índole remite a la utilización del niño/a en trabajos o en actividades para el beneficio de otras personas. Incluye, pero no se limita, al trabajo y a la prostitución infantiles. Estas actividades van en detrimento de su salud física y mental, de su educación y/o de su desarrollo moral o socioemocional.

* La posición de responsabilidad, confianza o poder abarca a aquellos individuos (de manera singular o colectiva) que, en virtud de determinadas características (edad, posición social, conocimiento, forma organizacional) se encuentran en una situación de poder que convierte al niño/a en vulnerable. Es decir que determinados episodios de violencia que ocurren fuera del ámbito familiar pueden calificarse como malos tratos debido a que la defincón de maltrato infantil engloba la violencia que ocurre en aquellos vínculos en los que se puede identificar a una persona encargada del cuidado y de la supervisión de los niños/as (encargados/as de guarderías y jardines de infantes, parientes y maestros/as) sin limitar el concepto a los malos tratos intrafamiliares.

Maltrato físico

Se considera maltrato físico a aquella forma de maltrato infantil que origina daño físico real o potencial a partir de algún tipo de interacción ubicable dentro de los márgenes razonables de control de uno o ambos progenitores, o de alguna persona en posición de responsabilidad, confianza o poder. Los incidentes pueden ser únicos o múltiples. (OMS, 2001)

Cuando se menciona a las interacciones ubicables dentro de los márgenes razonables de control se está señalando la diferencia entre lesiones intencionales y no intencionales.

- Las lesiones no intencionales son aquellas que se producen como consecuencia de un conjunto de circunstancias que no pueden prevenirse, dada la propensión del ser humano a cometer errores, y debido a la imposibilidad de prever las consecuencias negativas de manera precisa.

- En cambio, las lesiones intencionales son las que se producen debido a la interacción -o la falta de interacción- del adulto/a encargado/a de los cuidados y el niño/a, (siempre que el adulto/a pueda tener control sobre dicha interacción) con el objetivo de producir daño. El grado de intencionalidad es variable y se trata de una cuestión conjetural que frecuentemente requiere ser probada por el sistema legal.

La definición de maltrato físico del MANUAL CANTABRIA DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL (2006) es la siguiente:

> "Cualquier acción no accidental por parte de los padres o responsables legales que provoque daño físico severo o enfermedad en el niño, niña o adolescente o le coloque en grave riesgo de padecerlo".

Negligencia

> Se considera negligencia a la omisión, por parte del adulto/a cuidador/a, de proveer aquello que el niño/a necesita para su desarrollo en cualquiera de las áreas: salud, educación, desarrollo emocional, alimentación, vivienda y condiciones seguras de vida. Esta omisón se puede encuadrar como negligencia cuando tiene una alta probabilidad de producir daños en la salud o el desarrollo psicofíso, mental, espiritual, moral o social del niño/a, siempre que esté dentro del contexto de recursos disponibles para la familia o los cuidadores. La negligencia incluye la falta de supervisión y de protección adecuadas ante las posibilidades de que el niño/a padezca algún daño. (OMS, 2001)

* Es la forma de maltrato infantil que ocupa el primer lugar en las notificaciones.

* Un niño/a que atraviesa situaciones de negligencia y no recibe adecuada protección y estimulación emocional, cognitiva o física, ni cuidados médicos o alimentación apropiada, puede sufrir retrasos irreversibles en su desarrollo. Estas consecuencias son semejantes para los distintos tipos de negligencia, sin que importe las razones que la motivan.

* Para la calificación de este tipo de maltrato no se pueden dejar de lado las diferencias que existen entre el abandono producido en un grupo familiar con disponibilidad material y formativa, y el abandono generado en una familia con carencias de ese orden.

* Es bastante común que, en la fase de detección, se preste poca atención a esta tipología de maltrato y se minimicen sus consecuencias. Se suele perder de vista que se trata de una situación de maltrato crónica, que comienza en etapas muy tempranas de la vida de los/as niños/as y que tiene efectos muy limitantes sobre el potencial de desarrollo normal.

* No se suele tener presente que la intervención resulta tan necesaria y reparadora como en las formas más "visibles" de maltrato infantil

* El elemento fundamental que define la negligencia es la falta de satisfacción crónica de las necesidades del niño/a, más allá de las intenciones y/o de los comportamientos de los padres/cuidadores.

* Se sitúa en la "zona gris" entre los cuidados óptimos y los cuidados innegablemente inadecuados: abarca un conjunto heterogéneo de manifestaciones que varían en cuanto a la forma, la gravedad y la cronicidad.

* Un concepto fundamental para calificar ciertos cuidados como negligentes es que los padres, a pesar de tener a mano los recursos para satisfacer las necesidades infantiles, no los utilizan. De ahí la importancia de diferenciar la negligencia de los efectos producidos por la carencia de recursos a nivel social pues los indicadores de falta de crecimiento y de dificultades en el desarrollo pueden ser parecidos.

Algunas de las formas de negligencia son:

- Falta de supervisión apropiada que provoca daño físico o facilita abusos sexuales
- Negligencia física, educacional, médica, emocional
- Consentimiento e inducción de conductas delictivas en los/as niños/as

- Abandono parcial
- Exposición de los/as niños/as a episodios de violencia conyugal

Los/as niños/as tienen el derecho a recibir y los padres/cuidadores la obligación razonable y prudente de brindar:

- Alimentación
- Vestimenta
- Vivienda
- Supervisión
- Atención médica
- Resguardo emocional
- Escolaridad

La definición de negligencia del MANUAL CANTABRIA DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL (2006) es la siguiente:

> "Las necesidades físicas y cognitivas básicas (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, cuidados médicos, educación, estimulación cognitiva) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño, niña o adolescente."

Maltrato y negligencia emocional

Maltrato y negligencia emocional implica la ausencia de un entorno evolutivamente adecuado que ofrezca resguardo y comprensión así como la falta de alguna figura de apego primario que le permita al niño/a desarrollar capacidades emocionales y sociales estables y complejas con relación a su potencial propio, dentro del contexto social en el que vive. Comprende aquellas interacciones que tienen alta probabilidad de causar daños a la salud del niño/a (o a su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social) debido a que son evolutivamente inadecuadas, insuficientes o incoherentes para él/ella. Estas interacciones deben haber estado bajo la posibilidad de control razonable por parte de los padres/cuidadores o de las personas en posición de responsabilidad, confianza o poder.

Esta tipología de maltrato no requiere que haya contacto físico entre el agresor/a y el niño/a. Abarca actos tanto de acción como de omisión, por lo cual la denominación completa sería maltrato y negligencia emocional. (OMS, 2001)

* Es la tipología de maltrato infantil más difícil de diagnosticar ya que los indicadores y/o los síntomas que presenta el niño/a no se diferencian de las manifestaciones que acompañan a diversas patologías psicológicas-conductuales.

* Por lo general se la detecta asociada a otras formas severas de malos tratos.

* Aún confirmada la sospecha, las intervenciones de los/as profesionales, del sistema de protección y/o del sistema legal se hacen con más titubeos.

* En la mayoría de los casos coexiste –y constituye el substrato de- otras formas de malos tratos, siendo enmascarada por la gravedad y/o por la magnitud de las manifestaciones de las otras tipologías aunque también puede ocurrir sin asociarse a ninguna otra tipología.

* A diferencia de las otras tipologías del maltrato -como por ejemplo el abuso sexual-, el maltrato y la negligencia emocional ocurren a la vista de los demás.

* Si bien el maltrato y la negligencia emocional afectan todos los aspectos del funcionamiento del niño/a, lo hacen de un modo tan impreciso y difuso que no facilita la detección ni el diagnóstico.

* En las estadísticas de todos los países hay un importante subregistro de la cantidad de niños/as que padecen maltrato emocional.

* Lo impreciso y difuso de esta tipología hacen que las características disfuncionales de los vínculos progenitor-niño/a puedan ser detectadas por distintos observadores en ámbitos diferentes. Por lo tanto, se deben solicitar y reunir la información que puedan brindar la mayor cantidad de fuentes que tengan o hayan tenido contacto con la persona menor y con su familia.

* Las consecuencias del maltrato y de la negligencia emocional sin tratamiento persisten en la adultez.

* No es necesario que exista la motivación del adulto/a de dañar al niño/a. La persona responsable de los cuidados puede no darse cuenta de las consecuencias que tiene en el niño/a su estilo de interacción. El maltrato y la negligencia emocional se definen por las consecuencias que provocan en la persona menor.

* La responsabilidad de garantizar una relación padre/cuidador-hijo/a con características de buen trato y sin negligencia corresponde a los/as adultos/as.

* Los/as niños/as pueden presentar dificultades para establecer vínculos, pueden tener temperamentos difíciles, pueden ser desafiantes, pueden –por problemas físicos o psicológicos- provocar situaciones de estrés y sobrecarga en los padres y poner a prueba sus habilidades parentales. Si tal fuera el caso y los padres se vieran desbordados, la respuesta responsable de los/as adultos/as debería ser buscar ayuda.

* Si los padres, por las razones que sean, no buscan ayuda, es responsabilidad de las demás personas intervenir para ayudar tanto al niño/a como a los padres.

Las modalidades en que se expresa el maltrato emocional son:

- el rechazo hostil de manera verbal y no verbal
- la desvalorización constante verbal y no verbal
- la denigración y la ridiculización crónica verbal y no verbal
- las amenazas constantes que infunden miedo y/o terror
- la corrupción y la explotación del niño/a
- el aislamiento que le impide al niño/a interactuar o comunicarse con otros adultos o con sus pares
- negarle o restringirle las respuestas emocionales para satisfacer la necesidad del niño/a de interactuar con los demás
- falta de expresión de emociones por parte del adulto/a cuidador/a a las interacciones de los/as niños/as y al fracaso en manifestarle emociones positivas
- la restricción de movimientos del niño/a
- tomar al niño/a como “chivo expiatorio”
- cualquier otra forma no física de trato hostil o rechazante

La definición de negligencia del MANUAL CANTABRIA DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL (2006) es la siguiente:

> "Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar".

Y la de abandono emocional:

> "Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, niña o adolescente, y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable".

Testigos de violencia doméstica

> Son aquellos niños/as y adolescentes que, sin ser objeto de violencia física, conviven y están al cuidado de una pareja parental donde ocurren episodios de violencia doméstica.*

Investigaciones llevadas a cabo durante más de dos décadas señalan que el maltrato infantil se encuentra asociado a la violencia de género en alrededor del 40% de los casos (algunas investigaciones encuentran una asociación de hasta el 60%). Es decir que encontraremos situaciones de maltrato infantil en 4 de cada 10 familias en las que se detecte violencia doméstica.

Conviene destacar que este hallazgo se refiere principalmente a la cantidad de niños/as y adolescentes que sufren malos tratos físicos. Lo que esta cifra no refleja es el porcentaje de personas menores que padecen malos tratos emocionales y negligencia en el seno de estas familias.

* Violencia doméstica es cualquier acto de agresión física y/o emocional entre una pareja de adultos/as con la intención de producir daño.

Los/as niños/as y adolescentes que presencian violencia doméstica, son testigos de:

- Estrategias de coerción entre los adultos
- Amenazas de daño físico
- Agresiones sexuales
- Episodios de violencia moderada: empujones, zamarreos, bofetadas
- Episodios de violencia grave: golpes con objetos palizas, utilización o amenaza de utilizar armas blancas o de fuego

La gravedad de la exposición dependerá de:

- las características de los episodios de violencia
- la frecuencia con la que ocurren
- si la exposición ha sido directa (ver y/o escuchar) o indirecta (tener conocimiento de) a la violencia
- la función que cumple el/la niño/a durante el episodio violento

En los EEUU la tasa de prevalencia "conservadora"- que tiene en cuenta sólo aquellos casos que cumplen estrictamente con los parámetros de la definición- de violencia de género es de 28% de las parejas casadas. A partir de esa cifra, se calcula que alrededor de 10 millones de niños/as son testigos de violencia doméstica.

Un estudio reciente ha demostrado que un niño/a que pasa sus primeros 6 meses de vida en un hogar en el que hay violencia doméstica, triplica la posibilidad de sufrir malos tratos físicos y duplica la de padecer maltrato emocional y negligencia en los primeros 5 años de vida.

Con esta información en la mano - la gran cantidad de niños/as y adolescentes afectados/as junto a los altos índices de asociación con el maltrato infantil- la intervención en los casos de violencia doméstica debería incluir a los/as hijos/as en un esfuerzo conjunto de los distintos recursos asistenciales.

Factores de riesgo

Es el conjunto de indicadores -físicos, conductuales y sociales- tanto del niño/a como de los/as adultos/as y del grupo familiar que, sumados a las características del incidente y de las eventuales lesiones e incluso la reacción frente a la detección y/o intervención, contribuye a elaborar una predicción sobre:

a) la probabilidad de que el niño/a sufra un daño y

b) que se daño sea severo

Para evaluar estos factores hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

* las características del incidente que motiva la intervención
* los factores de vulnerabilidad infantil
* las características de los/as adultos/as responsables de los cuidados
* las características del entorno familiar
* la respuesta ante la intervención

Factores de protección

Es el conjunto de indicadores -físicos, conductuales y sociales- tanto del niño/a como de los/as adultos/as y del grupo familiar y de los recursos disponibles a nivel social y educativo que contribuye a modificar y a mejorar las condiciones familiares de manera tal que se reduce o evita la posibilidad de dañar a los/as niños/as.

La evaluación de la situación de riesgo en que se encuentra una persona menor se hará en función de la presencia de factores de riesgo y de la neutralización- o no- que pueda producirse ante la presencia de factores de protección.

El grado de riesgo puede ser leve, moderado o grave. Los servicios especializados -Servicios de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF)- intervendrán en los casos donde el riesgo es más elevado.

De lo antedicho se desprende que un buen instrumento de evaluación de riesgo debe incluir en su formato:

- La evaluación de todas las áreas o factores de riesgo
- La identificación de los factores de riesgo de especial gravedad
- La identificación de los factores de riesgo que pueden interactuar de manera peligrosa
- La evaluación de los aspectos positivos y recursos de la familia
- La evaluación de los factores de protección
- La valoración global del riesgo para el niño/a, teniendo en cuenta conjuntamente los factores de riesgo, los aspectos positivos de la familia, y los recursos (por ejemplo, de apoyo, educativos, psicoterapéuticos) que es posible proporcionar.

La evaluación de riesgo –teniendo en cuenta los factores de riesgo y los factores de protección- siempre debe estar vinculada a la planificación de la intervención.

Intervención

Es la fase del proceso de actuación ante sospechas de desprotección infantil en el que se procede a:

- Garantizar la seguridad del niño/a
- Reducir el riesgo de que ocurran los malos tratos
- Abordar CON ÉXITO los efectos del maltrato sobre el niño/a y su familia
- Lograr los objetivos y las tareas del plan de caso
- Lograr resultados a nivel familiar

Es posterior a la fase de Evaluación y Toma de decisiones y simultánea a la de Puesta en marcha del Plan de Caso. En base a la información recogida y a las conclusiones a las que se llegó en la fase de Evaluación, los/as profesionales de los programas de intervención abordan las causas identificadas de los episodios de violencia contra los/as niños/as y trabajan en la reparación de los efectos de la situación de violencia crónica.

El objetivo final de la intervención protectora es garantizar el bienestar de los niños/as y adolescentes, es decir, garantizar la cobertura de sus necesidades básicas (físicas, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas).

Efecto traumático

Es la consecuencia que producen en los individuos las situaciones de dolor -físico y/o emocional- que no pueden calmar ni resolver con sus propios recursos internos.

No constituye un indicador de patología ni de desajuste. Es la reacción normal que cualquier persona tiene frente a situaciones que superan su capacidad de tolerancia y elaboración emocional.

Estas reacciones son comportamientos se vuelven inadecuados cuando interfieren en el desarrollo esperable de las capacidades infantiles.

Resiliencia

Es un fenómeno que manifiestan sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente, aunque hayan experimentado una forma de estrés que, en la población general, se estima que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables. (Rutter, 1993)

Es la capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación. (Kreisler, 1996)

El concepto hace referencia a la capacidad que tiene una persona para recobrarse de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos (Walsh, 1998).

Es un término que tiene una connotación dinámica ya que el individuo traumatizado que es resiliente se sobrepone y se (re) construye. La resiliencia constituye un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y a los desafíos de la vida. En este proceso, la persona primero logra afrontar y resistir el trauma, superándolo después.

Es importante destacar que:

- NO implica invulnerabilidad
- NO es absoluta: el individuo es resiliente ante algunas situaciones de estrés no a todas
- NO es una cualidad fija que se mantiene inalterable en distintos momentos de la vida
- NO es el resultado de la “suerte” sino que es producto de la evolución de las habilidades necesarias para establecer, mantener y beneficiarse de relaciones interpersonales de apoyo.

Las investigaciones señalan que la resiliencia no estaría asociada al cociente intelectual alto, ni al género, ni a habitar barrios con baja marginalidad y criminalidad pero que sí se encontraría asociada con la posibilidad de contar con buenas relaciones interpersonales a lo largo de toda la vida.

BIBLIOGRAFÍA:

De Paúl Ochotorena, J. y Arruabarrena Madariaga, M.I. (1996): Manual de protección infantil – Masson, S.A. – Barcelona

Finkelhor, D. (1996): Introduction en Briere, J.; Berliner, L.; Bulkley, J.A.; Jenny, C. y Reid, T.: *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* – Sage- EEUU

Graham-Bermann, S.A. (2001): *Child Abuse in the Context of Domestic Violence en Myers,* J.E.B.; Briere, J.N.; Berliner, L.; Jenny, C.A.; Hendrix, C.T.; y Reid, T.: *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* -2ª Edición– Sage- EEUU

Intebi, I. y Arruabarrena, M.I. (2003): *La orientación familiar en situaciones especiales: Violencia familiar - maltrato y abandono infantil* - Master en Mediación y Orientación Familiar de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Intebi, I. y Osnajanski, N. (2003): *Cuaderno de capacitación: Maltrato a Niños, Niñas y Adolescentes: Detección e Intervención - Familias del Nuevo Siglo*- Buenos Aires

Intebi, I. (2009): *Intervención en casos de maltrato infantil.* Colección Documentos Técnicos. Dirección General de Políticas Sociales, Consejería de Empleo y Bienestar Social - Gobierno de Cantabria- España

Kreisler, L. (1996): *La resilience mise en spirale* – Spirale, 1 páginas 162-165

López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil I. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos de las necesidades infantiles* - Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales

Manual de actuación en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria (2006) – España

Manciaux, M.; Vanistendael, S.; Lecomte, J.; y Cyrulnik, B. (2001): *La resiliencia: estado de la cuestión en Manciaux, M.: La resiliencia: resistir y rehace*rse –Gedisa Editorial -España

McGuigan, W.M y Pratt, C.C. (2001): *The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment - Child Abuse & Neglect*, 25, páginas 869–883

Organización Mundial de la Salud – OMS (1999): *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention,* 29-31 de marzo, Ginebra

Organización Mundial de la Salud – OMS (Octubre 2001): *Integrated Multisector Approach to Child Abuse: Introduction and Core Guidelines: General Information*

Rutter, M. (1993): *Resilience: some conceptual considerations - Journal of Adolescent* Health -14, Nº 8- páginas 626-631

Walsh, F. (2004): *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento* - Amorrortu editores- Argentina



3. COMPETENCIAS

Dada la complejidad que caracteriza tanto a las intervenciones ante casos de desprotección infantil en general como a las intervenciones ante situaciones de abusos sexual, es de gran importancia que los/as profesionales que trabajen con los/as niños/as y con las familias tengan claras:

- las funciones que cada uno/a debe desempeñar en el proceso;
- cuáles son las actividades mediante las que llevarán a cabo sus funciones;
- cuáles son los objetivos generales de la intervención;
- cuáles son los objetivos específicos de una fase determinada;
- cuáles serán los indicadores que utilizarán para evaluar la evolución;
- cómo se coordinarán con otros/as profesionales –tanto de su misma institución como de otras

Los problemas y las dificultades sobre las que deberán trabajar son tan numerosas y variadas que requerirán abordajes **interdisciplinares, multimodales e intersectoriales o interinstitucionales** para afrontarlas con éxito.

Las investigaciones y la práctica clínica señalan que el abordaje **interdisciplinar** - aquel en el que participan técnicos/as de distintas profesiones- es más eficaz en cualquiera de las fases de la intervención en casos de maltrato infantil y de abusos sexuales. Ninguna de las profesiones que intervienen en estos casos, por sí sola, funcionando de manera independiente de las otras, puede abordar adecuadamente las causas y los efectos de estos problemas.

El abordaje **multimodal** es aquel que utiliza combinaciones de diferentes recursos psicoterapéuticos y socioeducativos para afrontar y contribuir a la solución del problema. Entre los recursos utilizados con mayor frecuencia podemos mencionar a las psicoterapias grupales, familiares e individuales; al trabajo socioeducativo

con educadores/as y/o con trabajadores/as sociales y a todas las actividades de seguimiento.

A su vez, en casi todos los casos de malos tratos y de abuso sexual a niños/as y adolescentes los/as profesionales de los servicios de protección tienen que interactuar con otros/as profesionales que están en contacto con las víctimas y con sus familias (maestros/as, médicos/as, monitores/as, trabajadores/as sociales, etc). De ahí que resulte de suma utilidad poder aplicar un trabajo **interinstitucional** e intersectorial, que incluya acciones coordinadas con los ámbitos sanitarios, educativos, sociales y judiciales si fuera necesario.

Como se dijo anteriormente, llevar a cabo este tipo de intervención no es tarea sencilla. Requiere de profesionales que hayan recibido formación especializada, que sean lo suficientemente flexibles para interactuar entre sí y que, a su vez, cumplan con los objetivos y con las funciones que correspondan a sus competencias de acuerdo con la fase de la intervención en la que estén actuando.

3.1 DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

El Manual Cantabria: Actuaciones en situaciones de desprotección infantil- Principios Generales (2006) establece que en la Comunidad Autónoma de Cantabria:

1. la intervención con los casos de (a) Riesgo de desprotección y (b) Desprotección infantil de gravedad moderada, será coordinada por los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP).

2. la intervención con los casos de mayor gravedad y complejidad que (a) requieren la separación temporal o permanente del niño, niña o adolescente de su entorno familiar y/o (b) haya un riesgo de separación inminente, será coordinada por los Servicios Sociales Especializados, representados por el Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF).

También establece que el Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) es responsable de la recepción y la investigación de las siguientes notificaciones:

- Requerimientos de Fiscalía/Juzgados que conlleven una actuación determinada hacia un niño, niña o adolescente

- Situaciones graves que parecen requerir una medida de protección de urgencia

- Cesiones de recién nacido en adopción
- Solicitudes de delegación de Guarda efectuadas pro los padres, tutores, guardadores
- **Sospechas de abuso sexual con indicadores específicos***
- Familias transeúntes

Es competencia del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) la evaluación de casos

(a) de desprotección grave (con o sin medida de separación)

(b) **de los casos confirmados de abuso sexual y**

(c) de desprotección (sea cual sea su nivel de gravedad) de las familias transeúntes

En lo que hace a la intervención propiamente dicha, es competencia del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) el desarrollo de programas de preservación y de reunificación familiar para los casos de desprotección de su competencia.

3.2 EL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN CASOS DE ABUSOS SEXUALES

En los casos de abusos sexuales y de desprotección en general, la intervención se realiza mediante un conjunto de pasos que deben sucederse de manera fluida y coordinada para garantizar su eficacia. En la medida en que los/as profesionales intervinientes tengan claro el orden de los pasos a seguir, las competencias de cada uno/a y los objetivos de cada fase, se asegurará la agilidad del proceso con la consiguiente evitación de revictimizaciones por parte del sistema.

En este proceso, la primera etapa comienza cuando alguien cercano a los/as niños/as o adolescentes -un familiar o un profesional- sospecha que podrían estar sufriendo una situación de abuso sexual (debido a indicadores físicos y/o conductuales) (Fase de Detección).

* El destacado es de la autora.
Estos términos ("casos confirmados de abuso sexual") podrían sugerir que la competencia del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) se limita exclusivamente a la evaluación de casos confirmados del problema. Sin embargo, la competencia de evaluar los casos de desprotección grave (con o sin medida de separación) amplía esta facultad a los casos no confirmados de abuso sexual ya que esta tipología de maltrato es considerada una situación de desprotección grave.

Esta persona comunica la sospecha a los/as técnicos/as de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) o de los Servicios Sociales Especializados (SAIAF) (Fase de Notificación). Se inicia la investigación (Fase de Investigación) si el SAIAF valora que existen elementos para considerar que los abusos sexuales están confirmados o, si no lo están, que constituyen una situación de desprotección grave por tratarse de una situación intrafamiliar o de una situación en la que el agresor/a (agresores/as) son personas ajenas a la familia pero no se tiene la seguridad de que hay un/a adulto/a protector/a.

Es importante recordar que las agresiones sexuales a personas menores constituyen un delito, con lo cual es necesario también notificar a Fiscalía. Esta actuación puede ser delegada en la familia en los casos en que se cuente con adultos/as protectores/as o debe ser asumida por el SAIAF cuando no sea así.

La Fiscalía conducirá las investigaciones necesarias para cumplimentar los requisitos del proceso penal. Dichas investigaciones podrán ser conducidas de manera coordinada con el SAIAF (opciónque es la más aconsejable) o de manera independiente.

En casos de sospecha de abusos sexuales a niños/as y adolescentes es bastante frecuente que los SSAP y el SAIAF tengan que colaborar, compartir información y elaborar informes para profesionales de la Justicia y/o de la policía. Ante estas situaciones es conveniente recordar que los servicios de protección infantil y los profesionales de la Justicia no suelen tener los mismos objetivos. Mientras los servicios de protección infantil están orientados a ayudar a las familias con sus problemas, los profesionales de la Justicia están enfocados en recoger pruebas para juzgar y, eventualmente, condenar a los responsables de delitos. Estas diferencias NO constituyen NECESARIAMENTE un obstáculo insalvable sino una realidad que conviene tener en cuenta.

FASES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN CASOS DE ABUSOS SEXUALES

a) DETECCIÓN
b) NOTIFICACIÓN
c) INVESTIGACIÓN
d) EVALUACIÓN
e) TOMA DE DECISIÓN
f) INTERVENCIÓN

3.2.1 Competencias de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP)

En los casos de sospechas de abusos sexuales hacia niños/as y/o adolescentes, el Manual de Actuación en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad

Autónoma de Cantabria (2006) establece que los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) intervienen en las fases de detección y notificación (fases a y b) e indica que los casos de abusos sexuales intrafamiliares son considerados como de desprotección grave, derivándolos al SAIAF que continuará con las fases siguientes del proceso a través de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia.

Los SSAP procederán de la misma manera ante las sospechas de abusos sexuales extrafamiliares en las que los padres o responsables legales se muestren incapaces de proteger al niño/a o adolescente y en los casos de explotación sexual.

El Anexo 1 del volumen 2 del Manual (Procedimiento y criterios de actuación de los SSAP) señala que los indicadores de una situación de abuso sexual pueden presentar diferentes grados de especificidad (ver final del presente capítulo el ANEXO: INDICADORES DE SOSPECHA):

a) "En algunos casos, los indicadores son altamente específicos de un abuso sexual (Indicadores altamente específicos), lo que significa que hay muchas probabilidades de que haya ocurrido. Estos casos deberán ser objeto de Investigación por los equipos especializados de la Unidad de Evaluación y Coordinación de Casos del SAIAF.

b) "En otros casos, los indicadores no son específicos, pero se sabe que aparecen con frecuencia en los casos de abuso sexual (Indicadores de probable abuso). La observación de estos indicadores ha de hacer pensar siempre en la hipótesis de la ocurrencia del abuso, que debe ser investigada. No obstante, hay que tener en cuenta que este tipo de indicadores también pueden aparecer asociados o ser consecuencia de otro tipo de situaciones diferentes al abuso sexual. En estos casos, la Investigación corresponderá a los SSAP , que establecerán un plan de recogida de información. Para ello, los SSAP que lo necesiten podrán solicitar el asesoramiento técnico de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia. Si este proceso de recogida de información obtiene nuevos datos altamente sugestivos del abuso o

Salvo si el caso presenta alguna otra tipología de desprotección grave que parece requerir una medida de protección de urgencia o se trata de una familia transeúnte. En estas circunstancias, la Investigación completa del caso corresponderá al SAIAF.

aparecen indicadores altamente específicos, el caso será derivado al SAIAF, que asumirá su coordinación y continuará con la intervención a través de la Unidad de Evaluación y Coordinación de Casos. Si los datos o indicadores obtenidos siguen siendo inespecíficos, los SSAP mantendrán la coordinación del caso y continuarán con el proceso de vigilancia y atención a la hipótesis del abuso sexual.

c) "Por último, hay otro tipo de indicadores que en ocasiones aparecen asociados al abuso sexual, aunque en la mayoría de casos están asociados o son consecuencia de otro tipo de situaciones de desprotección o dificultades en la familia o en el menor (Indicadores inespecíficos). En estos casos, a la hora de establecer hipótesis sobre el posible origen de estos indicadores, siempre ha de incluirse la posibilidad de ocurrencia de un abuso sexual. Esta hipótesis deberá ser siempre valorada. En estos casos, la coordinación del caso corresponderá a los SSAP, que deberán llevar a cabo un proceso de recogida de información sobre el caso. Si este proceso de recogida de información obtiene nuevos datos altamente sugestivos del abuso o aparecen indicadores altamente específicos, el caso será derivado a la Unidad de Recepción y Valoración del SAIAF, que lo derivará a su vez a los equipos de Evaluación y Coordinación de Casos para continuar con la intervención. Si los datos o indicadores obtenidos siguen siendo inespecíficos, los SSAP mantendrán la coordinación del caso y continuarán con el proceso de vigilancia y atención a la hipótesis del abuso sexual.

En el momento en que desde un SSAP (a) se detecte un caso con indicadores altamente específicos de abuso o (b) en la Investigación de una situación con indicadores inespecíficos o de probable abuso, se obtengan datos altamente sugestivos de su ocurrencia, se procederá a su notificación a la Unidad de Recepción y Valoración del SAIAF a través de un informe que incluya:

1. Una descripción de las intervenciones llevadas a cabo desde el SSAP con la familia, la respuesta de la familia ante dichas intervenciones, y los resultados obtenidos.
2. Una descripción detallada de los indicadores concretos que hacen sospechar la existencia de abusos sexuales, fuente/s de información, y posibles indicadores de otros tipos de maltrato.
3. La información disponible sobre la familia y el menor en relación a las variables relevantes para la Investigación y la Evaluación.

4. Grado de conocimiento de la familia de la actuación llevada a cabo por el SSAP en relación a las sospechas de abuso sexual y, en su caso, respuesta de la familia o respuesta previsible ante el inicio de una intervención por parte del SAIAF.

5. Otra información que se considere relevante.

Desde la Unidad de Recepción y Valoración del SAIAF se realizará un primer análisis de dicho informe. El caso será derivado a los equipos Evaluación y Coordinación de Casos, que coordinarán el proceso posterior de intervención. La primera actuación de estos equipos será ponerse en contacto directo con el SSAP que ha realizado la Notificación para coordinar la actuación de ambos servicios y, en su caso, acordar la mejor forma de iniciar la Investigación.

El estudio conjunto entre los equipos técnicos de SSAP y SAIAF de cuál es la mejor estrategia para iniciar y llevar a cabo la Investigación es especialmente importante cuando las sospechas de abuso sexual surgen en una familia que está en proceso de intervención por parte de los SSAP (por ejemplo, por otras situaciones de desprotección moderada o riesgo de desprotección).

En general, en estas situaciones la coordinación del caso se mantendrá en el SSAP hasta que la Investigación del SAIAF haya finalizado. En ese momento, y dependiendo de los resultados de la misma, se decidirá si es necesario o no proceder a un cambio en el Servicio Coordinador.

3.2.2 Competencias del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF)

El SAIAF es un servicio especializado que cuenta con varios equipos para intervenir en casos de desprotección moderada y grave: los Equipos de Recepción y de Valoración y los Equipos Territoriales de Infancia y Familia e intervendrán en fases muy específicas.

El procedimiento de intervención habitual ante la sospecha de que un niño/a o un/a adolescente estén sufriendo abusos sexuales se desarrolla de la siguiente manera (Cuadro 1):

El proceso de recepción de los casos sospechados de abuso sexual comienza a través de los Equipos de Recepción y de Valoración. Éstos investigan si se ha

producido la situación de abuso sexual sospechada, cuál es la magnitud del riesgo y si se requiere una medida de protección de urgencia. Es importante que, como máximo, entre 48-72 horas de producida una notificación de sospechas de abusos sexuales, se pueda contar con información como para:

a. confirmar si la sospecha está justificada,

b. si existen factores de riesgo en la familia y/o en el niño, niña o adolescente que posibiliten la reiteración de los abusos; y

c. si es necesario adoptar medidas de protección de urgencia.

Si se confirma la gravedad de la sospecha se procede a la apertura de expediente y a la derivación del caso a los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (ETIF) que iniciarán la fase siguiente (Evaluación). Los ETIF están compuestos por:

- los Equipos de Evaluación y Coordinación de Casos
- los Programas de Intervención Familiar

▸ Función de los Equipos de Evaluación y Coordinación de Casos

Habitualmente participan en:

a) la evaluación de casos con expediente abierto en el SAIAF; y

b) la coordinación de la ejecución de los planes de caso de los menores con expediente abierto en el SAIAF (coordinación de casos)

Cuando se sospecha que un niño/a o adolescente ha sido víctima de abusos sexuales, su función es explorar a la supuesta víctima y a su grupo familiar a través de entrevistas directas e información de fuentes secundarias con los siguientes objetivos:

- valorar la sospecha de abuso sexual
- identificar los factores de riesgo que favorecen la situación de abuso sexual y/o de desprotección
- identificar los factores de protección que protegen de la situación abuso sexual y/o de desprotección
- determinar si la situación abusiva y/o de violencia crónica ha producido daños en el desarrollo de la persona menor

- determinar las necesidades de tratamiento y apoyo a la persona menor
- determinar el pronóstico de los/as adultos/as convivientes para funcionar como protectores capacitación parental

Si bien el Manual de actuación en situaciones de desprotección infantil no establece cuánto tiempo han de llevar la investigación y la evaluación, lo aconsejable es que transcurra el menor tiempo posible entre la evaluación y la toma de decisión y el establecimiento de un plan de caso. Lo aconsejable es que la evaluación de los efectos de los abusos en las víctimas y de la dinámica familiar esté finalizada en un plazo máximo de 4 a 6 semanas como para que, a partir de dicho plazo, se pueda comenzar la intervención específica.

Cuando los/as técnicos/as del SAIAF investigan y valoran la situación de riesgo pueden recoger información de otras fuentes (familiares, vecinos, profesores, otros/as técnicos/as del ayuntamiento y/o de la comunidad autónoma,…) Con todo, la decisión acerca del grado de riesgo en que se encuentra el niño, niña y/o adolescente dependerá siempre de los/as técnicos/as de este servicio.

Al valorar el riesgo que implica la permanencia del niño, niña o adolescente dentro de su grupo familiar, se consideran las posibilidades que tienen los/as técnicos/as de asegurar la integridad y la protección de las víctimas. Si los/as profesionales consideran que en el hogar estas condiciones no están dadas, se recomienda valorar medidas de intervención en donde los niños, niñas y/o adolescentes sean acogidos/as ya sea por familiares, por centros o pisos de acogida o, eventualmente, requerir que sea el agresor/a quien deje de convivir en el domicilio familiar.

Cuando se valora una sospecha de abusos sexuales a niños/as y adolescentes es importante recoger información acerca de la presencia de otras personas menores que podrían haberse visto afectadas por el mismo agresor/a (hermanos/as, parientes, niños/as que realizan actividades similares o que frecuentan a las mismas personas). En estas situaciones es aconsejable considerar la posibilidad de extender la investigación y la evaluación a estos niños/as.

Una vez obtenida la información de la fase de evaluación, se procede a la toma de decisiones y a la elaboración del Plan de Caso en la que se determina los problemas que serán abordados en el plan de intervención, cuáles serán las prioridades en

el abordaje y cuáles son los recursos apropiados para abordar tanto los problemas como las prioridades. Una vez establecido este plan, se pone en marcha (Fase de Intervención propiamente dicha) y se revisa periódicamente para evaluar los cambios producidos y la necesidad de ajustes en función del logro (o no) de los objetivos iniciales.

▸ Función de los Programas de Intervención Familiar (PIF)

Son equipos multidisciplinares compuestos por trabajadores/as sociales, psicólogos/as y educadores/as.

Las competencias de los Programas de Intervención Familiar son:

a) Ejecución de planes de caso de menores con expediente abierto en el SAIAF; y

b) Ejecución de planes de caso de menores atendidos en los SSAP

Los casos con expediente abierto de protección en el SAIAF en el que intervienen los PIF son aquellos en que se detectan situaciones de desprotección grave (con riesgo de separación inminente o con medida de separación temporal) cuyos Planes de Caso tengan como finalidad:

- Evaluación en intervención
- Preservación familiar: intervención en crisis
- Preservación familiar: capacitación parental
- Reunificación familiar
- Apoyo a la vida independiente

Los Coordinadores/as de Caso del SAIAF realizan las propuestas de intervención de los PIF.

En los casos con expediente abierto en los SSAP, los PIF intervienen en situaciones de desprotección moderada atendidas en los SSAP cuyos Planes de Caso tengan como finalidad:

- Evaluación en intervención
- Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres

- Preservación familiar: capacitación parental
- Preservación familiar: complemento familiar
- Apoyo específico al menor
- Acompañamiento, seguimiento y/o control de la situación del menor y la familia

▸ Otras funciones de los ETIF en relación a los SSAP

Los Equipos Territoriales de Infancia y Familia intervienen, además, en el asesoramiento y apoyo técnico especializado a los SSAP para:

- ▸ Investigar, evaluar o intervenir en casos de especial dificultad o complejidad
- ▸ Colaborar en procesos de toma de decisión de especial dificultad o complejidad
- ▸ Colaborar en otras actividades desarrolladas por los SSAP para las que se considere necesario disponer de un asesoramiento especializado.

COMPETENCIAS DE INTERVENCIÓN EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR

Indicadores ALTAMIENTE ESPECÍFICOS

SSAP y SAIAF

UNIDAD DE RECEPCIÓN Y VALORACIÓN

Analiza la información recibida desde los SSAP y pasa el caso a los Equipos de Evaluación y Coordinación de Casos

Indicadores ALTAMIENTE ESPECÍFICOS

Realizan las fases de investigación y evaluación

Indicadores de PROBABLE ABUSO

SSAP

EQUIPOS TERRITORIALES DE INFANCIA Y FAMILIA

Realiza la investigación-evaluación del caso para los SSAP. Actuando en función de si se confirma el ASI o no:

- Confirmado derivación al SAIAF
- No confirmado, continúa en los SSAP

Indicadores INESPECÍFICOS

SSAP

EQUIPOS TERRITORIALES DE INFANCIA Y FAMILIA

Colabora con los SSAP en la recogida de información y realizando la investigación-evaluación si es necesario. Actuando en función de si se confirma el ASI o no:

- Confirmado derivación al SAIAF
- No confirmado, continúa en los SSAP

3.3 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTERVENCIÓN

Se procederá a elaborar el Plan de Caso después de identificar cuáles son los daños que ha sufrido el niño/a o adolescente; cuáles son los factores de riesgo (que facilitaron la victimización sexual y, eventualmente, los malos tratos) y los de protección (que contribuirán a que no vuelvan a ocurrir); después de que se establezcan medidas que garanticen que las agresiones sexuales no se han de repetir y que se obtenga información acerca de la actitud de los/as adultos/as no agresores/as en cuanto a la credibilidad que le merece lo que el niño/a ha narrado y en cuanto a la actitud protectora de estos/as adultos/as.

Es recomendable que los/as profesionales de ambos equipos de los ETIF –Equipos de Evaluación y de Coordinación de Casos y Programa de Intervención Familiar- preparen conjuntamente este plan prestando especial atención al planteamiento adecuado de los objetivos de trabajo y de las estrategias y recursos que se utilizarán para alcanzarlos.

Todas las intervenciones ante situaciones de abusos sexuales y desprotección de niños/as y adolescentes requieren que se respeten ciertos principios básicos, principios que serán referentes y orientarán la intervención.

Necesidades infantiles como referente básico de la intervención

El objetivo final de la intervención es la protección que consiste en garantizar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes, es decir, garantizar la cobertura de sus necesidades básicas (físicas, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas).

En los casos de abuso sexual es de fundamental importancia asegurar que las agresiones sexuales han cesado al momento de comenzar la intervención y de que otros/as niños/as o y/o adolescentes convivientes están también protegidos ante agresiones parecidas. Es importante evitar que el agresor/a tenga cualquier tipo de contacto -presencial, telefónico o por mensaje de texto, epistolar, etc- con la víctima, en especial en momentos claves de la intervención (evaluación, puesta en marcha del Plan de caso, declaraciones en sede judicial)

Las intervenciones serán interdisciplinares, multimodales e intersectoriales

Dada la compleja dinámica sociofamiliar que subyace en los casos de abusos sexuales y malos tratos a niños/as y adolescentes, es necesario aplicar una amplia gama de recursos para disminuir el riesgo, favorecer los factores de protección y reparar los daños que ya se han producido. Ese abanico de recursos necesariamente tendrá que contar con profesionales y técnicos/as de distintas disciplinas (interdisciplinar)

pertenecientes a distintos ámbitos e instituciones (intersectorial) además, de aplicarse de manera simultánea (multimodal). Cuando se plantee el Plan de Caso, los/as técnicos/as deberán tener en cuenta esta particularidad y deberán decidir cuáles son los recursos más convenientes a aplicar con cada familia además de la secuencia o simultaneidad en que actuarán.

La finalidad de la protección es lograr una familia adecuada para ese niño/a o adolescente

Las familias en las que ocurren los abusos sexuales y los malos tratos hacia los niños/as y jóvenes presentan problemas crónicos y severos en su funcionamiento y han atravesado situaciones similares a lo largo de distintas generaciones.

Si bien en los casos de abusos intrafamiliares es fundamental impedir el contacto entre el agresor/a y la víctima (aún cuando el agresor/a sea otra persona menor de edad es necesario interrumpir los contactos hasta tener una evolución favorable en el tratamiento del agresor/a), los problemas no se solucionan solamente separando las víctimas de los/as agresores

Es necesario trabajar tanto sobre los efectos que los abusos produjeron en los/as niños/as como en las dificultades familiares que produjeron la desprotección y contribuyeron a que los abusos continuaran ocurriendo. De ahí que, cuando una familia presenta problemas para ejercer sus funciones, los servicios especializados ofrecerán recursos para intentar que recuperen -o que comiencen a- desempeñar su rol de cuidado y protección de manera adecuada.

Según el grado de riesgo, esta intervención podrá llevarse a cabo con la persona menor conviviendo con su familia o transitoriamente fuera de ella si el nivel de riesgo de que los abusos sexuales u otros tipos de malos tratos vuelvan a ocurrir es alto.

Afortunadamente, con los recursos adecuados, la mayoría de las familias salen adelante. Sin embargo, hay un pequeño porcentaje que no logrará un funcionamiento adecuado para satisfacer las necesidades de los/as niños/as que, por lo tanto, no podrá encargarse principalmente de los cuidados y deberá ser reemplazada por otra familia –preferentemente- o por algún recurso de acogimiento.

En tal sentido, el MANUAL CANTABRIA Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (2008) señala que: “Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una protección que garantice su desarrollo integral como personas en el seno de una familia adecuada, preferentemente con sus padres, en su defecto con su familia extensa y, en último caso, con una familia ajena.”

También es desable contar con recursos terapéuticos para tratar a los/as agresores/as, componente de la intervención que cae bajo la órbita de los servicios de protección infantil ante situaciones de menores agresores/as sexuales.

Interés superior del niño, niña o adolescente

Con bastante frecuencia, las intervenciones enfrentan discrepancias entre los intereses y necesidades de los/as adultos/as - padres o responsables legales- y los de los/as niños/as y adolescentes. En esos casos, los/as técnicos/as tomarán sus decisiones haciendo prevalecer los intereses de la personas menores a cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.

En los casos de abusos sexuales intrafamiliares se observa esta discrepancia de intereses y necesidades en, por ejemplo, la cuestión de contactos, visitas y salidas con integrantes de la familia. Es fundamental priorizar la seguridad del niño/a victimizado/a por sobre las necesidades del agresor/a (adulto/a o adolescente). Se recomienda, entonces, permitir tales contactos de manera gradual y supervisada sólo cuando los/as agresores/as estén bajo algún tipo de intervención que focalice en las agresiones sexuales y se cuente con un informe de evolución favorable por parte del profesional que lleva este componente de la intervención.

Una alternativa mejor

Toda acción protectora debe suponer una alternativa mejor a la ausencia de protección que motivó la intervención de los servicios especializados. Se debe ofrecer a las familias y a los niños/as y adolescentes todos los apoyos disponibles, con la flexibilidad e intensidad necesaria de cara a mejorar sus condiciones de vida.

Una alternativa definitiva

Todo niño, niña o adolescente con medida protectora tiene derecho a un plan de intervención definitiva cuyos objetivos principales sean la continuidad de la atención y la estabilidad de su vida familiar. Dicho plan tendrá que ser revisado de manera periódica para constatar si los objetivos propuestos se están cumpliendo o si hace falta implementar modificaciones de recursos y/o de objetivos.

Intervención mínima

Todo/a niño/a o adolescente protegido/a tiene derecho a que sea mínima la intromisión en su vida y en la de su familia.

Por ello, los profesionales del PIF:

a. no prolongarán su intervención indefinidamente y desarrollarán intervenciones lo más breves posibles

b. buscarán el acuerdo y la colaboración de los miembros de la familia siempre que no se trate de los/as responsables de las agresiones sexuales

c. utilizarán al máximo los recursos normalizados y próximos al entorno de la familia

Para que una intervención con estas características sea eficaz es necesario que se hayan identificado con precisión los factores de riesgo, los factores de protección y las consecuencias a reparar de la traumatización crónica tanto en las personas menores como en los adultos/as, como así también que esté garantizado que las agresiones sexuales han cesado por completo.

Sopesar y controlar los riesgos

Todo/a niño/a o adolescente tiene derecho a que se sopesen previamente los riesgos y los beneficios de las decisiones que se adopten y a que se adopten medidas preventivas respecto a los riesgos que entraña la opción elegida.

A lo largo de su intervención, los profesionales de los PIF deberán sopesar los riesgos y beneficios que sus acciones o actividades pueden entrañar para el niño/a o adolescente (por ejemplo: trasladar a los padres o responsables legales una información aportada por la persona menor en una sesión de terapia o durante visita del educador/a al domicilio; determinación del pronóstico del caso; determinación de la conveniencia de la finalización del tratamiento, etc.).

Por ello:

a. Sopesarán los riesgos y los beneficios que sus acciones pueden entrañar para los/as niños/as y adolescentes;

b. Prevalecerá la hipótesis más pesimista cuando se valore un riesgo que afecta a la integridad del menor;

c. Prevalecerá la hipótesis más optimista cuando se valore la posibilidad de cambio de las figuras parentales no agresoras sin descuidar el resguardo de la integridad psicofísica de la persona menor hasta que esos cambios ocurran.

La diversidad de características y necesidades que presentan las familias – así como cada uno de sus miembros- con problemas de desprotección y de agresiones sexuales, hacen que cada familia sea "única" y que haya que diseñar una intervención/tratamiento individualizado para cada caso.

Para que ello ocurra de manera eficaz es imprescindible que:

- El equipo técnico cuente con una evaluación previa completa y actualizada de las características y necesidades de la familia y de cada uno de sus miembros;

- Se planifique la aplicación de los recursos -visitas a domicilio del educador/a familiar, tipo de psicoterapia a utilizar, características de las sesiones de terapia, etc.- en función de las necesidades identificadas en cada caso.

3.4 DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES PROFESIONALES

Según el Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (2008) los Programas de Intervención Familiar están compuestos por trabajadores/as sociales, psicólogos/as y educadores/as familiares que desarrollan sus tareas aplicando el enfoque interdisciplinar, multimodal e intersectorial ya mencionado.

Para que un enfoque tan abarcativo funcione con fluidez, sin que se produzcan superposiciones ni cortocircuitos entre los/as diferentes técnicos/as involucrados/as es necesario que trabajen de manera articulada conociendo sus competencias, sus "instrumentos de trabajo", sus responsabilidades y sus limitaciones, colaborando entre sí para evitar la duplicación esfuerzos y/o la inercia que termine erigiendo "territorios de nadie" en ciertos ámbitos de la intervención.

Por más que en el papel la afirmación anterior puede resultar obvia, en la práctica es frecuente que los/as profesionales desempeñen algunas funciones que son específicas de su disciplina (por ejemplo, apoyos psicoterapéuticos; modelado/enseñanza de habilidades y conocimientos a los padres o responsables legales en el entorno familiar) junto a otras que pueden ser desarrolladas indistinta o conjuntamente con profesionales de otras.

De ahí que los/as profesionales de los PIF deberán adaptar sus estrategias de intervención a cada caso particular y mantener un nivel idóneo de coordinación, complementación y apoyo entre las diferentes disciplinas.

3.4.1 Trabajadores/as Sociales

En los casos con expediente abierto en el SAIAF, los trabajadores/as sociales de los PIF intervendrán en los casos que así lo proponga el Coordinador/a de Caso de SAIAF ejerciendo las intervenciones propias de su disciplina profesional que sean necesarias con los niños/as y adolescentes y con las familias atendidas, independientemente de la finalidad con la que se esté trabajando.

En los casos derivados por los SSAP, los trabajadores/as sociales de los PIF intervendrán con las siguientes funciones:

- Recibirán del responsable del Equipo Territorial de Infancia y Familia las demandas de intervención realizadas desde los SSAP y establecerán los primeros contactos con el Coordinador/a de Caso en SSAP para recabar información suficiente sobre el caso;

- Analizarán la información disponible con el psicólogo/a del PIF para acordar los recursos propios a utilizar con cada familia, su intensidad y los objetivos específicos de cada uno de ellos, y el profesional que ejercerá la función de educador/a familiar;

- Consensuarán dicha propuesta y acordarán la distribución de funciones con el Coordinador/a de Caso en los SSAP;

- Coordinarán la intervención de los PIF con las familias con las que el Plan de Caso tenga la finalidad de:

    - Capacitación parental

    - Complemento familiar

    - Apoyo específico al menor

    - Acompañamiento, seguimiento y/o control de la situación del menor y la familia, siempre y cuando no se trate de familias donde haya adultos/as o menores con problemas significativos de salud mental y/o existan pautas relacionales altamente conflictivas o patológicas. En estos casos, la coordinación de la intervención de los PIF será asignada al psicólogo/a.

- Apoyarán a los miembros del programa y ejercerán las intervenciones propias de su disciplina profesional que sean necesarias con los/as niños/as y adolescentes y con las familias atendidas, independientemente de la finalidad con la que se esté trabajando.

Los/as trabajadores/as sociales realizarán sus funciones a través de:

- Entrevistas con los miembros de la familia (en despacho y en el domicilio)
- Visitas domiciliarias y/o contactos telefónicos con la familia en situaciones de urgencia
- Gestión de recursos sociales
- Reuniones y contactos periódicos con otros/as profesionales y servicios en contacto con la familia
- Acompañamientos si se valora necesario, a los/as educadores/as familiares en las coordinaciones con otros profesionales
- Acompañamientos, si se valora necesario, a los miembros de la familia
- Reuniones de coordinación interna de los PIF y de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia
- Registros escritos de las actividades y gestiones realizadas y del contenido de las mismas
- Elaboración de informes de intervención de urgencia cuando así se haya valorado necesario
- Participación en la elaboración de informes periódicos o extraordinarios sobre las familias atendidas en el programa
- Todas aquellas actividades requeridas para ejercer la coordinación de la intervención de los PIF cuando tengan asignada dicha función

3.4.2 Psicólogos/as:

Las funciones de los/as psicólogos/as de los PIF son las siguientes:

Antes de iniciar la intervención, analizarán la información disponible sobre la familia con los trabajadores/as sociales de los PIF (en los casos derivados por los SSAP) o con el Coordinador/a de Caso en el SAIAF (en los casos derivados por SAIAF) para acordar los recursos propios a utilizar con cada familia, su intensidad y los objetivos específicos de cada uno de ellos, así como el profesional que ejercerá en su caso la función de educador/a familiar

- Coordinarán la intervención del PIF con familias derivadas de los SSAP cuando el Plan de Caso tenga la finalidad de:
    - Evaluación en intervención
    - Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio

- Otras finalidades cuando se trate de familias donde haya adultos/as o menores con problemas significativos de salud mental y/o existan pautas relacionales altamente conflictivas o patológicas

Es posible que en algunos casos en que el psicólogo/a está proporcionando atención o apoyo psicológico a la familia, esta tarea resulte incompatible o pueda entrar en conflicto con el ejercicio de coordinar la intervención del PIF. En esos casos, será el trabajador/a social quien asuma esta función.

- Apoyarán a los miembros de su equipo y ejercerá las intervenciones propias de su disciplina profesional que sean necesarias con los menores y con las familias atendidas, independientemente de la finalidad con la que se esté trabajando. Esto incluye:

  - La evaluación de (1) la situación emocional y el funcionamiento individual de los miembros de la familia y sus necesidades de apoyo/ tratamiento especializado, (2) el nivel de desarrollo de los menores y sus necesidades de apoyo/tratamiento especializado, y (3) las características de las relaciones familiares
  - La provisión de atención psicoterapéutica o apoyo psicológico de carácter breve que se hayan evaluado necesarios en las siguientes modalidades:

    Psicoterapia o apoyo psicológico individual para adultos

    Psicoterapia o apoyo psicológico individual a menores

    Terapia de pareja

    Terapia de familia

Funciones de los/as psicólogos/as

- Valoración inicial del caso con el trabajador/a social del PIF o con la Coordinador/a de Caso del SAIAF para definir el plan de intervención
- Coordinación de la ejecución de determinados Planes de Caso
- Apoyo a los miembros del PIF y desarrollo de intervenciones propias de su disciplina profesional

Los/as psicólogos/as realizarán sus funciones a través de:

- Entrevistas y/o sesiones de evaluación o terapéuticas con los miembros de la familia (en despacho o en domicilio)

- Visitas domiciliarias y/o contactos telefónicos con la familia en situaciones de urgencia
- Reuniones y contactos periódicos con otros/as profesionales y servicios en contacto con la familia
- Gestión de servicios de la red pública de salud mental cuando sean necesarios, y coordinación de la intervención del PIF con dichos servicios
- Acompañamientos, si se valora necesario, a otros/as profesionales del PIF en las coordinaciones con otros profesionales
- Reuniones de coordinación interna del PIF y del Equipo Territorial de Infancia y Familia
- Registros escritos de las actividades y gestiones realizadas y del contenido de las mismas
- Elaboración de informes de intervención de urgencia cuando así se haya valorado necesario
- Participación en la elaboración de informes periódicos o extraordinarios sobre las familias atendidas en el programa
- Todas aquellas actividades requeridas para ejercer la coordinación de la intervención del PIF cuando tenga asignada dicha función

3.4.3 Educadores/as Familiares

Los educadores/as familiares realizarán a) intervenciones directas con las familias y b) trabajo en red a través de visitas domiciliarias y acompañamientos a los miembros de la familia.

Por regla general y salvo excepciones, intervendrán en todos los casos y dispondrán del asesoramiento y apoyo técnico y personal de los/as psicólogos/as o de los/as trabajadores/as sociales.

Sus funciones generales consisten en:

- Supervisar el cuidado recibido por los niños/as y adolescentes en el domicilio familiar
- Recabar información permanente, tanto a través de su contacto directo con la familia como a través del contacto con otros servicios o personas en contacto con ésta, sobre la situación de la familia y de los niños/as y adolescentes:

  - el cuidado y trato recibido por el niño/a y adolescente en el domicilio familiar
  - la situación médica y escolar del niño/a y adolescente y sus relaciones sociales
  - las habilidades y competencias parentales
  - las características de las relaciones familiares en el domicilio
  - las condiciones del domicilio familiar
  - las características de la relación de los padres o responsables legales con otras personas de su entorno
- Actuar como figura de apoyo personal para las figuras parentales
- Modelar/enseñar a los padres o responsables legales conocimientos y habilidades para:
  - reconocer las necesidades de los/as niños/as o adolescentes
  - proporcionarles un cuidado y atención adecuadas
  - relacionarse adecuadamente con otras personas
  - mantener una adecuada organización familiar
- Ejercer como figura de apoyo personal para los/as niños/as y adolescentes, y promover en éstos/as las características asociadas a la resiliencia
- Mediar en las situaciones de conflicto entre padres – hijos/as
- Cuando sea necesario en programas orientados al Complemento Familiar, asumir funciones parentales relacionadas con la satisfacción de las necesidades cognitivas, emocionales y/o sociales del niño/a o adolescente
- Crear, dinamizar una red estable de servicios de apoyo y protección hacia el niño/a o adolescente
- Reforzar la relación de la familia y los/as niños/as y adolescentes con los servicios comunitarios
- Informar inmediatamente al trabajador/a social del PIF (en casos derivados por los SSAP) o al Coordinador/a de Caso en SAIAF (en casos atendidos en SAIAF) derivados de cualquier incidente que haya afectado o se piense que pueda afectar a la seguridad e integridad del niño/a o adolescente

- Informar inmediatamente al trabajador/a social del PIF (en casos derivados por los SSAP) o al Coordinador/a de Caso en SAIAF (en casos atendidos en SAIAF) de cualquier situación que impida el desarrollo de las visitas planificadas con la familia

- Coordinar, conjuntamente con el trabajador/a social del PIF y con el Coordinador/a de Caso del SAIAF, la actuación de la red de servicios intervinientes con la familia

- Apoyar al trabajador/a social del PIF o al Coordinador/a de Caso del SAIAF en la elaboración de informes o elaborar informes relacionados con su área de intervención

- Participar en las evaluaciones periódicas de evolución del tratamiento y revisión del Plan de Caso

- Participar en la comunicación a la familia de la propuesta de fin de la intervención

- Participar en la evaluación de las actividades del PIF mediante la cumplimentación de los registros de las actividades desarrolladas y mediante la utilización de instrumentos de observación

Funciones de los/as educadores/as familiares

- Supervisar el estado y el nivel de cuidados proporcionado a los niños/as y adolescentes

- Proporcionar apoyo personal a los miembros de la familia

- Apoyar a los padres o responsables legales en el ejercicio adecuado de las funciones parentales

- Modelar/enseñar habilidades y conocimientos a los padres o responsables legales y/o a los niños/as o adolescentes

- Promover el contacto y utilización por parte de la familia de los recursos formales e informales de apoyo disponibles en la comunidad

- Dinamizar y coordinar la red de profesionales y servicios en contacto con la familia (con el apoyo de los/as restantes profesionales del PIF intervinientes)

Los/as educadores/as familiares realizarán sus funciones a través de:

- Visitas domiciliarias con la periodicidad y duración que se estime en cada caso
- Visitas domiciliarias y/o contactos telefónicos en situaciones de urgencia
- Acompañamientos a los miembros de la familia a otros servicios que están interviniendo
- Reuniones o contactos telefónicos con los/as profesionales (centros escolares, médicos, pediatras, educadores de calle, etc) que atienden a la familia
- Reuniones de coordinación e intercambio junto con los miembros del programa que intervienen con la familia con el Coordinador/a de Caso en los SSAP o en el SAIAF, cuando se haya valorado oportuno
- Reuniones de orientación/apoyo con el trabajador/a social y/o el psicólogo/a del PIF o con el Coordinador/a de Caso del SAIAF
- Reuniones de coordinación interna del PIF y reuniones del Equipo Territorial de Infancia y Familia
- Registros escritos de las actividades desarrolladas (visitas a domicilio, coordinaciones telefónicas o presenciales con otros profesionales) y del contenido de las mismas
- Elaboración de informes de intervención de urgencia
- Elaboración de otros informes, cuando sea oportuno

3.4.4 Coordinación de casos

Cuando se interviene en casos de malos tratos y abusos sexuales a niños/as hay detalles técnicos que revisten una importancia tal que su presencia- o su ausencia o el no concederles suficiente atención- puede determinar el curso de la intervención.

Estos detalles técnicos son:

- el planteamiento de objetivos generales y de objetivos específicos de la intervención en base a la identificación de factores de riesgo, factores de protección y de los efectos que la situación de trauma crónico produjo en las personas menores y en los otros miembros del grupo familiar;
- la coordinación de los distintos equipos y profesionales de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia; y
- la coordinación de los distintos recursos puestos en marcha en la intervención (Coordinación de Caso)

En este apartado se tratará el punto c). La claridad con respecto a la quién estará a cargo de la coordinación de la intervención y a cuáles son las funciones correspondientes es muy importante para evaluar la evolución de la situación, la eventual necesidad de modificar el Plan de Caso y para estar alerta en cuanto a evitar la duplicación de esfuerzos y/o la existencia de aspectos descuidados por la intervención.

Todas las familias objeto de intervención en el PIF tendrán asignado un/a profesional que ejercerá como coordinador/a de la intervención del Programa.

En los casos derivados por los SSAP, esta función recaerá con carácter general en el trabajador/a social del PIF salvo:

- cuando se esté trabajando sobre las finalidades de Evaluación en intervención o en Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio, o
- cuando se esté trabajando sobre otras finalidades en familias donde haya adultos/as o menores con problemas significativos de salud mental y/o existan pautas relacionales altamente conflictivas o patológicas, en cuyo caso la coordinación de la intervención del PIF recaerá en el psicólogo/a

En los casos con expediente abierto en el SAIAF, la coordinación de la intervención del PIF recaerá en el Coordinador/a de Caso del SAIAF (ubicado en el Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos).

Las funciones que implica ejercer como coordinador/a de la intervención del PIF son las siguientes:

- En todos los casos:

  Centralizar la información del caso y mantener el expediente completo y actualizado

  Ejercer como figura responsable de la intervención ante la familia

  Implicar a la familia en la planificación y desarrollo de la intervención.

  Evaluar periódicamente con la familia el desarrollo y evolución de la intervención

  Realizar junto con los/as profesionales del PIF intervinientes la evaluación periódica de la evolución de la situación familiar y las propuestas de intervención futura

Orientar y proporcionar apoyo técnico y personal a los/as educadores/as familiares

Dinamizar, coordinar y apoyar junto al educador/a familiar la red formal e informal de apoyo a la familia

Promover, si es necesario, las actuaciones protectoras de urgencia que sean precisas con los/as menores atendidos en el PIF

Elaborar, con las aportaciones de los/as profesionales del programa intervinientes en el caso, informes periódicos escritos sobre el desarrollo de la intervención

Participar en la comunicación a la familia de la propuesta de fin de la intervención del PIF

Participar en la evaluación de las actividades del PIF mediante la centralización de la información/registros de los miembros del PIF intervinientes con cada familia

Registrar y mantener actualizada la información de cada familia necesaria para la elaboración de la Memoria anual de actividad del PIF.

- En los casos derivados por los SSAP:

  Ejercer como profesional de referencia en el PIF para el Coordinador/a de Caso en los SSAP

  Consensuar con el Coordinador/a de Caso de los SSAP los Planes de Caso derivados al PIF, sus objetivos específicos y las funciones a asumir por el programa especialmente en lo relativo a:

  - la gestión de la provisión de los recursos externos necesarios en cada caso
  - la coordinación de la actuación de la red de servicios intervinientes con la familia.

  Remitir informes periódicos sobre cada familia al Coordinador/a de Caso en los SSAP, revisar periódicamente con éste/a la evolución de la intervención, proponer y acordar las modificaciones necesarias en los Planes de Caso, y proponer y acordar el fin de la intervención del PIF.

3.5 ESTILOS DE ATENCIÓN DE LOS PIF

La intervención con familias y niños/as y adolescentes que han sufrido agresiones sexuales implica dos tipos de actividades:

- Atención directa: actividades en contacto con los miembros de la familia tales como visitas, sesiones, entrevistas, etc. Los niveles de intervención de la atención directa de los PIF estarán dirigidos a:

    1. Figuras parentales
    2. Menores
    3. Red de apoyo

  Se combinarán el tipo y la intensidad de los recursos a utilizar según el peso diferente que tenga cada nivel en las características y necesidades de cada caso

- Atención indirecta: actividades que tienen lugar con otros componentes de la intervención y que resultan fundamentales para el adecuado desarrollo de la misma. Consisten en:

    Tareas de análisis, planificación y programación previas a las actividades directas a desarrollar con la familia

    Coordinación con otros/as profesionales/servicios en contacto directo con la familia

    Elaboración de informes

    Desplazamientos

3.5.1 Los PIF como equipos

Se ha mencionado en el apartado Coordinación de casos la importancia de la coordinación tanto entre los equipos de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia como de los profesionales de un mismo equipo entre sí.

Conocer, apoyar y complementar las actuaciones que otro/a profesional está llevando a cabo con la familia y/o con el niño/a promueve la efectividad de la intervención, además de que proporciona orientación y apoyo técnico mutuo manteniendo una perspectiva multidisciplinar en el análisis de las necesidades de las familias y los/as menores, en el análisis de su evolución y en las características de la propia intervención.

Tal es la importancia de esta metodología de trabajo que el MANUAL CANTABRIA sobre Procedimiento y Criterios de Actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia establece una pauta precisa para la organización de reuniones internas con el objetivo de lograr una coordinación eficaz:

1. Reunión previa al inicio de la intervención

2. Reunión tras la presentación de la familia para:

   - Valorar la estrategia a seguir en los primeros contactos con la familia

   - Definir y distribuir de manera concreta las tareas de cada uno/a de los profesionales

3. Reunión previa a la finalización de la fase de Vinculación – Observación para:

   - Revisar la evolución de la intervención

   - La puesta en común y valoración de la nueva información disponible

   - La puesta en común de las dificultades encontradas en esta fase

   - Plantear estrategias de resolución de dichas dificultades

   - Formular los objetivos específicos de la intervención y la temporalización de los mismos

   - Valorar la necesidad de la puesta en marcha de otros recursos de apoyo a la familia

   - Redefinir y distribuir en su caso las tareas a desarrollar por cada uno/a de los profesionales del PIF

   - Preparar el informe correspondiente para ser incluido en el expediente y, en su caso, ser remitido al Coordinador/a de Caso en los SSAP

4. Reuniones periódicas de análisis/valoración de la evolución de la situación familiar y de la intervención desarrollada:

   Reuniones de supervisión del coordinador/a de la intervención del PIF con los educadores/as familiares (la frecuencia dependerá de las características del caso y de la finalidad de la intervención)

Reuniones del conjunto de profesionales del PIF para la revisión formal de cada caso y preparación de los Informes de evolución.

5. Reunión previa a la finalización de la intervención para valorar la evolución y resultados del tratamiento, definir en su caso los apoyos ajenos al PIF que la familia pueda requerir y preparar el informe final.

6. Reuniones con carácter excepcional ante situaciones de urgencia, dificultades importantes u otras circunstancias que así lo aconsejen.

ANEXO: INDICADORES DE SOSPECHA

Indicadores altamente específicos

- ☐ **Información fiable sobre conductas sexuales claramente inapropiadas de las figuras parentales (o de otros adultos) hacia el menor o de las que éste es testigo**
- ☐ **Menor ha manifestado haber sido objeto de abusos sexuales**
- ☐ **Informe médico que confirma existencia de abusos sexuales o indica sospechas importantes de que están ocurriendo**
- ☐ **Lesiones en zonas genital o anal:**
  - ☐ **Desgarros recientes o cicatrizales del himen**
  - ☐ **Diámetro del himen mayor que 1 cm**
  - ☐ **Desgarro de la mucosa vaginal**
  - ☐ **Dilatación anal y esfínter anal hipotónico**
  - ☐ **Sangrado por vagina y/o ano**
- ☐ **Infecciones genitales o de transmisión sexual**
- ☐ **Embarazo**

Indicadores de probable abuso

- ☐ Conductas hipersexualizadas y/o autoeróticas infrecuentes en niños y niñas de la edad:
  - ☐ Masturbación compulsiva
  - ☐ Conductas sexualmente inapropiadas para cualquier edad
  - ☐ Variante peculiar de los juegos de “médicos”, “los novios” o “el papá y la mamá”
  - ☐ Utilización de la fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros menores en los juegos sexuales
  - ☐ Sexualización precoz: juegos sexuales tempranos acompañados de un grado de curiosidad sexual inusual para la edad
  - ☐ Realiza juegos sexuales con otros niños, niñas o adolescentes mucho menores o que están en un momento evolutivo distinto
  - ☐ Acercamientos peculiares a los adultos:
    - ☐ Trata de tocar u oler los genitales del adulto
    - ☐ Se aproxima por detrás a una persona agachada y, desde esa posición, realiza movimientos copulatorios
    - ☐ Se acomoda sobre un adulto en la cama y simular movimientos de coito
    - ☐ Pide o trata de introducir la lengua cuando besa
  - ☐ Promiscuidad sexual, prostitución o excesiva inhibición sexual (en adolescentes)
- ☐ El menor muestra conocimientos sexuales inusuales para la edad
- ☐ Una de las figuras parentales o un miembro de la familia del menor manifiesta sus sospechas de que el abuso está ocurriendo
- ☐ Hay información o se sospecha de conductas sexuales por parte de los adultos que viven con el menor que resultan “dudosas” en cuanto a su adecuación

Indicadores inespecíficos

- [ ] **Indicadores físicos**
  - [ ] **Trastornos psicosomáticos: dolores abdominales recurrentes y dolores de cabeza sin causa orgánica**
  - [ ] **Trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia nerviosa)**
  - [ ] **Enuresis y encopresis en niños, niñas o adolescentes que ya habían logrado el control de esfínteres**
  - [ ] **Infecciones urinarias repetidas sin causa orgánica o externa identificable**
  - [ ] **Inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado en zona genital**
- [ ] **Indicadores psicológicos y comportamentales**

  Infancia temprana (< 3 años)
  - [ ] **Retraimiento social**
  - [ ] **Alteraciones en el nivel de actividad junto con conductas agresivas o regresivas**
  - [ ] **Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas**
  - [ ] **Alteraciones en el ritmo de sueño**

  Preescolares
  - [ ] **Síndrome de estrés post-traumático**
  - [ ] **Hiperactividad**
  - [ ] **Conductas regresivas**
  - [ ] **Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos)**
  - [ ] **Fobias y/o temores intensos**
  - [ ] **Fenómenos disociativos**

Escolares y preadolescentes

- [ ] Cualquiera de los trastornos observables en etapas anteriores
- [ ] Dificultades de aprendizaje o alteraciones en el rendimiento, de aparición brusca e inexplicable
- [ ] Fugas del hogar
- [ ] Retraimiento llamativo o, por el contrario, hostilidad y agresividad exacebada en el hogar, y/o con sus amigos/as y compañeros/as de estudios
- [ ] Sobreadaptación, pseudomadurez
- [ ] Conflictos con las figuras de autoridad, junto con una marcada desconfianza hacia los adultos significativos
- [ ] Pequeños robos
- [ ] Mentiras frecuentes
- [ ] Sentimientos de desesperanza y tristeza
- [ ] Tendencia a permanecer en la escuela fuera del horario habitual

Adolescentes

- [ ] Conductas violentas de riesgo para su integridad física
- [ ] Retraimiento, sobreadaptación
- [ ] Fugas del hogar
- [ ] Consumo de drogas
- [ ] Delincuencia
- [ ] Automutilaciones y otras conductas agresivas
- [ ] Intentos de suicidio
- [ ] Trastornos disociativos
- [ ] Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia)

BIBLIOGRAFÍA:

Arruabarrena, I. y Alday, N. (2008): *MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los programas de intervención familiar* - Consejería de Empleo y Bienestar Social - Gobierno de Cantabria- España

Intebi, I. (2008): *Valoración de sospechas de abuso sexual infantil. Colección Documentos Técnicos.* Dirección General de Políticas Sociales, Consejería de Empleo y Bienestar Social - Gobierno de Cantabria- España

MANUAL CANTABRIA: Actuaciones en situaciones de desprotección infantil- Principios Generales (2006)- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales - Gobierno de Cantabria- España

Sánchez Redondo, J. M. (2001): *Toma de decisiones. El plan de* caso. En De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (eds.): *Manual de Protección Infantil* (pp. 233-239) – Masson - Barcelona



4. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN ANTE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN LOS CONTEXTOS FAMILIARES

Las agresiones sexuales no ocurren de manera inesperada a niños/as y adolescentes que están protegidos/as y con sus necesidades atendidas. Por el contrario, es bastante frecuente que la victimización sexual ocurra en alguna etapa puntual de desprotección o cuando esta situación está instalada de manera crónica.

Cualquier niño/a está expuesto a sufrir una agresión sexual "accidental", entendiendo por "accidental" algún episodio fortuito perpetrado por un exhibicionista, una persona que frote sus genitales en el cuerpo de sus víctimas, etc. Con todo, ese individuo que agrede una sola vez a múltiples víctimas también las elige por su vulnerabilidad y por su limitada capacidad de reacción (ya sea por las características de la víctima o del contexto).

Sin importar el mecanismo que utilice un/a agresor/a, para que un niño/a quede atrapado/a en una situación donde se vea forzado/a a mantener un secreto y quede en condiciones de indefensión y de vulnerabilidad (contexto típico de las agresiones sexuales) tiene que estar atravesando circunstancias concretas que obstaculicen una comunicación adecuada con figuras adultas protectoras. Esto puede ocurrir porque las figuras protectoras, por diversos motivos, están alejadas física o emocionalemente en esa etapa en particular (por ejemplo: embarazo, nacimiento de un nuevo/a hijo/a, enfermedad o fallecimiento de algún familiar, cuadros depresivos de las figuras parentales, etc) o porque la desprotección lleva tiempo ocurriendo.

Diversos autores han descripto características de familias en las que ocurren las agresiones sexuales. Se mencionan familias donde el agresor/a, que desempeña un rol parental, puede ser periférico/a o autoritario/a; donde el adulto/a no agresor/a se comporta de manera distante y no tiene buena comunicación con la(s) víctima(s); se mencionan familias estereotipadas y rígidas o desorganizadas y promiscuas.

En mi experiencia las agresiones sexuales intrafamiliares pueden ocurrir en todo tipo de contextos familiares, donde lo característico no es tanto la manera en que cada integrante desempeña su rol sino la presencia de ciertos rasgos facilitadores.

Por ejemplo, cualquier niño/a puede ser objeto de acercamientos sexuales. Por su inmadurez, su dependencia y su necesidad de afecto tiende a confiar en los/as adultos/as y en las personas que son mayores que él/ella y puede ser engañado/a con facilidad, en especial los/as más pequeños/as. Para que un episodio abusivo se transforme en una situación crónica es necesario que exista una tendencia familiar a mantener secretos. Mediante la utilización de estilos de comunicación basados en ocultamientos y mentiras se facilita la distorsión de las percepciones de todos los miembros del grupo familiar (en aquellos casos en que alguien puede advertir actitudes o comportamientos sospechosos) y la construcción de un complejo sistema de creencias orientado a minimizar y a justificar hasta las situaciones de suma gravedad.

Otro aspecto observado en los contextos familiares en los que ocurren agresiones sexuales es el borramiento de límites intergeneracionales: hijas que cumplen roles de la figura materna (cuidado de hermanos/as; atención de las labores domésticas; atención de la figura paterna, etc); niños/as y adolescentes involucrados/as en los conflictos conyugales; ausencia de diferencias jerárquicas y de límites en la interacción entre el subsistema parental y el susbsistema de los/as hijos/as.

Como contracara de lo anterior hay familias que se presentan como excesivamente moralistas, rígidas o estrictas, en las que el agresor controla a las víctimas con la justificación que les está "protegiendo" de "los peligros de la vida" y que, con esta fachada de seudonormalidad, consigue aislarles y acceder a ellas con facilidad, sin despertar sospechas.

4.1 ROL DEL ADULTO/A NO AGRESOR/A

Así como los abusos sexuales ocurren en diversos tipos de familias y no existe un estilo de "familia abusiva" tampoco existe un "perfil" del adulto/a no agresor/a. Hay quienes creen en sus hijos/as desde el primer momento y les protegen; quienes comienzan a creer y a proteger algún tiempo después de conocer lo sucedido; quienes sospechan y no se atreven a reconocerlo; quienes saben pero no se dan por enterados/as; quienes creen, quieren proteger a sus niños/as pero no pueden alejarse del agresor/a; quienes prefieren pagar con sus hijos/as el coste de tener una familia "normal"; y también quienes entregan a los/niños/as a sus agresores/as y/o participan en los abusos.

Es bastante común que la persona adulta no agresora que cree en lo que revelan sus hijos/as y quiere protegerles tenga que afrontar situaciones bastante complejas tales como problemas económicos, descreimiento familiar, rechazo social e incluso falta de apoyo por parte del sistema judicial.

Especial atención merece la remanida cuestión de las "madres cómplices" o las "madres entregadoras". En en algunos casos, los/as adultos/as no agresores/as (por

lo general, las personas que desempeñan el rol materno) pueden estar al corriente de lo que les sucede a sus hijos/as y miran para otro lado. En otros, los menos, pueden también facilitar o alentar las agresiones sexuales.

Sin embargo, en la gran mayoría de los abusos sexuales intrafamiliares, los/as adultos/as no agresores/as desconocen qué sucede en sus hogares. Como se mencionó en párrafos anteriores, pueden haber percibido indicios o haber observado comportamientos que les provocan algún tipo de incomodidad o de malestar. Con todo, los/as agresores/as y el sistema familiar basado en el ocultamiento, la mentira y el mantenimiento del secreto terminarán minimizando o justificando lo observado con la consiguiente ausencia de detección.

Una vez confirmadas las agresiones sexuales, muchos/as adultos/as no agresores/as se preguntan cómo pudo suceder, qué pasó para que ellos/as no lograron darse cuenta a tiempo; dónde estaban mientras ocurrían los abusos.

Tanto a las víctimas como a los/as profesionales resulta muy difícil creer que una situación de tal gravedad pueda suceder sin que otros/as adultos/as convivientes estén enterados/as. Tan díficil es creer esta posibilidad que, aun en los casos en que se comprueba que el familiar desconocía totalmente los hechos, se les atribuye una complicidad "inconciente".

Con frecuencia, se fustiga y acusa al adulto/a no agresor/a por los abusos mientras se minimiza con variados argumentos la responsabilidad de la persona que cometió las agresiones.

El hecho de que los/as niños/as y adolescentes sufran abusos por parte de familiares y/o personas conocidas no significa que a todos los integrantes de la familia les quepa la misma responsabilidad ni que se encuentren comprometidos en la comisión de las agresiones. No hay que perder de vista que los comportamientos sexuales fueron llevados a cabo por un/a adulto/a o adolescente que tuvo oportunidad de decidir sus actos.

Investigaciones feministas sobre la responsabilidad y la culpa en las familias en las que han ocurrido abusos sexuales (Hooper, 1992) señalan que para culpabilizar abierta o sutilmente a las madres por los abusos se utilizan dos argumentos diferentes y complementarios. Por un lado, se le atribuye a las mujeres la responsabilidad por el comportamiento abusivo de sus parejas y/o familiares, reelaborando un viejo mito de que los hombres son incapaces de controlar su sexualidad y son las mujeres quienes deben contenerla. Se justifican abusos utilizando explicaciones ilógicas: por ejemplo que a los hombres insatisfechos sexual y/o emocionalmente sólo les queda la opción de abusar de niños/as y adolescentes. La realidad demuestra que la mayoría de los hombres que atraviesan esas carencias, las resuelven buscando otro tipo de sustituciones.

Otro argumento que se utiliza para responsabilizar a las madres se basa en la responsabilidad que ellas tienen en el bienestar de sus hijos/as. Se suele esperar mayor responsabilidad de las mujeres en los cuidados de los/as niños/as probablemente porque las mujeres somos socializadas para ser sensibles y hábiles para afrontar cuestiones emocionales e interpersonales.

Con estos argumento se pierde de vista que:

1) Con frecuencia son relativamente impotentes en relación a los hombres de los cuales suelen depender en aspectos emocionales y/o económicos llegando incluso, a veces, a ser victimizadas por ellos también;

2) A pesar del poder que, objetiva y legalmente, las madres tienen sobre sus hijos/as, muchas expresan un sentimiento subjetivo de impotencia;

3) Por lo general, cuando se produce la revelación de los abusos, las madres suelen ver que sus recursos emocionales, sociales y materiales se resienten y se reduciden (cuando el agresor es la persona que ejerce el rol parental) a la vez que se incrementan las expectativas depositadas en ellas por las necesidades de sus hijos/as y por las exigencias de los/as profesionales intervinientes.

4) A los fines prácticos y a la hora de investigar y validar las sospechas de abuso sexual (sobre todo desde la práctica forense) se les suele someter a estudios y pruebas para garantizar su cordura y la justificación de las sospechas y/o de la notificación mientras que nadie pone en duda la sinceridad de los/as supuestos/as agresores/as que niegan haber hecho algo;

5) A nivel social, no se necesita demasiados fundamentos para sembrar dudas acerca de la credibilidad o de las intenciones de las madres: basta con sembrar sospechas acerca de su impulsividad y/o de sus condiciones de salud mental.

Conviene tener presente también que las personas que creen y que protegen a sus hijos/as de las agresiones sexuales tienen que afrontar sus propias emociones encontradas y su propia confusión ante revelaciones de tanta magnitud: aman a sus hijos/as pero se sienten solas y sin apoyo a la hora de tomar decisiones; están exhaustas llevando adelante las gestiones en el ámbito judicial y continuando con la vida de todos los días; además tenían un vínculo afectivo y/o convivían con la persona –adulta o menor- sospechada de las agresiones; desean con todo su ser que aparezcan explicaciones que invaliden las sospechas; si los indicios son demasiado firmes, están inmersas en la desesperanza.

Las investigaciones sobre las actitudes de los/as adultos/as no agresores/as (generalmente las madres) señalan indicadores que permiten predecir sus comportamientos:

- Hay menos probabilidad de que la mujer apoye a su hijo/a si la persona sospechada de las agresiones sexuales es su pareja actual o si es el padre del niño/a
- Hay más probabilidades de que la mujer proteja y se preocupe por sus hijos/as si previo a la revelación había un vínculo positivo entre ellos/as
- Hay mayor probabilidad de que aquellas mujeres que hayan tenido vínculos hostiles con sus hijos/as y/o se hayan sentido agobiadas por las responsabilidades inherentes a la crianza, reaccionen con ira y no les apoyen ante la revelación

En general resulta difícil comprender por qué algunas madres no registran o no decodifican ciertos indicios sospechosos de situaciones de agresiones sexuales. Más complicado resulta, además, si ellas han sido víctimas de agresiones semjantes en la infancia. La pregunta que la gente suele hacerse es ¿cómo es posible que no registren situaciones con frecuencia idénticas a las padecidas?

La clave radica en uno de los mecanismos de defensa de mayor utilidad ante experiencias altamente traumáticas: la disociación. Mediante este mecanismo se produce una separación estructural de procesos psicológicos –pensamientos, emociones, recuerdos y la noción de identidad- que habitualmente se encuentran integrados (Spiegel y Cardena, 1991). Debido a ello, se originan alteraciones en los procesos psíquicos que permiten que fragmentos de información de experiencias vividas o sus efectos emocionales no se asocien ni se incorporen en la historia ni en el funcionamiento integrado de la persona, ocasionando distorisones en el significado de la información procesada cognitiva y emocionalmente.

Si bien se trata de un mecanismo defensivo de gran eficacia a la hora de atravesar experiencias traumáticas concretas, se vuelve disfuncional en el largo plazo porque sus efectos impiden el encadenamiento de recuerdos (amnesia focalizada en los episodios traumáticos) y favorecen las desconexiones -con frecuencia irrversibles sin una intervención específica- entre el recuerdo de lo sucedido y la emoción (negativa) correspondiente.

Hay factores en los casos de desprotección infantil que contribuyen no sólo a la puesta en marcha de los mecanismos disociativos sino a que produzcan efectos más dañinos, entre ellos:

- Los episodios traumáticos que ocurren precozmente en la vida
- La carencia de una figura adulta protectora en quien el niño/a pueda confiar y apegarse

- La carencia de modelos internos de protección y cuidado
- La dependencia emocional y de cuidados de la persona que causa los malos tratos
- La negación por parte de los/as adultos/as de la familia de la situaciones de violencia
- La presencia de un marcado contraste entre una fachada social de los/as adultos/as maltratadores/as más que aceptable y sus comportamientosabusivos en el seno de la familia

La falta de acceso a las experiencias pasadas o el acceso inconsistente e intermitente aumentan la vulnerabilidad de las personas a maltratar o a abausar de sus niños/as. Los efectos de compartimentalizar las experiencias y la incapacidad para asociar pensamientos, sentimientos y acciones permiten que un progenitor maltrate a su hijo/a sin empatizar con las emociones de los/as pequeños/as ni sentir su dolor (Egeland y Susman-Stillman , 1996).

Las personas que consiguen interrumpir el ciclo de violencia padecida y evitar o superar los mecanismos disociativos pueden referirse a su pasado de manera tal que dejan entrever las reflexiones que han hecho sobre el maltrato sufrido y pueden también proponerse espontáneamente no repetir la violencia con sus hijos/as.

Quienes han sufrido malos tratos muy severos en la infancia, han sufrido descuidos y carencias graves tienen más dificultad para empatizar con sus hijos/as y para defenderles.

4.2 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN DEL CONTEXTO FAMILIAR ANTE LAS AGRESIONES SEXUALES

Se ha señalado en una publicación anterior (Intebi, 2008) que las agresiones sexuales a los/as niños/as suelen asociarse a otras tipologías de desprotección infantil. De ahí que revista gran importancia durante las fases de investigación y de evaluación la recogida de información relativa no sólo a los factores de riesgo y de protección ante agresiones sexuales sino también a los de situaciones de maltrato infantil en general.

Para obtener esta información se utilizan las entrevistas con los/as adultos/as no agresores/as (permite valorar si existe una situación de riesgo y, en caso afirmativo, cuál es la gravedad) y se consultan fuentes secundarias de información, tales como otros integrantes del grupo familiar, vecinos, amigos/as y profesionales de diversas instituciones (trabajadores/as sociales, maestros/as, monitores/as, médicos/as, terapeutas, etc.).

En este capítulo se han mencionado los factores de riesgo preexistentes que facilitan que un/a niño/a o adolescente quede atrapado/a en estas experiencias violentas. Se mencionaron las tendencias a mantener el secreto, el borramiento de los límites intergeneracionales y una rigidez y/o moralismos exagerados.

Llegado el momento de tomar decisiones en casos de abusos sexuales, sobre todo en los intrafamiliares, acerca de la conveniencia de que la víctima continúe conviviendo con su grupo familiar es fundamental valorar:

- el riesgo de que se produzcan nuevas agresiones sexuales
- el riesgo que tiene la víctima y/o sus hermanos/as de sufrir malos tratos físicos
- el riesgo que tiene la víctima y/o sus hermanos/as de sufrir malos tratos emocionales (descreimiento, culpabilización, rechazo y/o presiones para retractarse por parte de personas significativas del entorno familiar)

Para llevar a cabo la tarea de explorar estas posibilidades resulta sumamente útil tener en cuenta el protocololo elaborado por Kathleen Coulborn Faller, especialista estadounidense. La autora recomienda valorar la información relacionada con los siguientes aspectos:

- El tipo de abuso sexual (es importante considerar el grado de compromiso de la integridad física de la víctima)
- Las características de la situación abusiva (frecuencia; duración en el tiempo; utilización de amenazas y/o de fuerza física)
- La edad de la víctima y su grado de vulnerabilidad
- El vínculo entre la víctima y el agresor/a
- La cantidad de víctimas del mismo/a agresor/a
- La cantidad de agresores/as
- La reacción y las habilidades del progenitor no agresor/a (si cree en la víctima, características del vínculo con ese niño/a o adolescente; tipo y grado de dependencia hacia el agresor/a). Para valorar la actitud protectora hacia las supuestas víctimas por parte de los progenitores no agresores, hay que tener en cuenta los siguientes parámetros (Faller, 1993):
    - La calidad de la relación del adulto/a no agresor/a con el niño/a o adolescente
    - El grado de dependencia del adulto/a no agresor/a, en especial hacia el supuesto/a agresor/a

  - La disponibilidad y/o habilidad para proteger a la supuesta víctima, aún cuando dude de la veracidad de sus relatos

- La reacción del agresor/a (accesibilidad a la víctima; culpabilización del niño/a o adolescente; negación de las agresiones)

- Existencia de otros problemas en la dinámica familiar (abuso de sustancias; violencia doméstica; malos tratos entre los cónyuges o hacia los/as hijos/as; patología psiquiátrica o retrasos madurativos, etc)

Después de considerar estos factores, Coulborn Faller destaca las siguientes conclusiones:

- Las conductas abusivas que comprometen más la intimidad de la víctima y que, además, han ocurrido de forma reiterada representan mayor riesgo
- El riesgo es mayor cuanto más frecuente hayan sido los episodios y más prolongados en el tiempo, si ha habido utilización de amenazas y/o de fuerza física
- Los/as niños/as más pequeños/as son más vulnerables y se encuentran en mayor riesgo
- Cuando el vínculo entre la víctima y el agresor/a es más cercano o más estrecho se incrementa el riesgo de, por ejemplo, malos tratos emocionales
- Los casos en los que hay más de un/a niño/a o adolescente victimizado suelen ocurrir cuando el agresor/a tiene graves dificultades para controlarse
- La presencia de agresores/as múltiples, sobre todo en un entorno familiar, indica una familia de alto riesgo
- El riesgo es mayor cuando del progenitor no agresor/a descree de la víctima, tiene un vínculo poco afectuoso con ella o muestra un alto grado de dependencia del agresor/a
- El riesgo es mayor si el agresor/a continúa en contacto con la víctima, si tiende a culpabilizarle por la revelación y niega los abusos
- El riesgo aumenta en la medida en que se vayan agregando otros problemas a una familia de por sí disfuncional. El riesgo se incrementará también en función de los/as integrantes del grupo familiar (por ejemplo, el adulto/a no agresor/a; la víctima) que padezcan estos problemas y según la gravedad de los mismos

PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL ABUSO SEXUAL, EL DAÑO HACIA EL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE, EL RIESGO DE REOCURRENCIA DEL ABUSO Y LA NECESIDAD DE ALEJAR AL AGRESOR/A O A LA VÍCTIMA DEL DOMICILIO FAMILIAR

(K.C. FALLER, 1990, 1993)

I - TIPO DE ABUSO SEXUAL (en orden creciente de riesgo)

1. **Conversaciones sexuales**
2. **Exposición/voyeurismo**
3. **Caricias en los órganos sexuales por encima de la ropa** (del agresor/a a la víctima o de la víctima al agresor/a)
4. **Caricias bajo la ropa/penetración digital**
5. **Sexo oral/penetración vaginal/penetración anal**
6. **Pornografía/prostitución/explotación**

II - CARACTERÍSTICAS DE LA SITUACIÓN DE ABUSO (cada característica ha de valorarse de manera independiente)

A - Duración (corta versus prolongada)

1. **Corta = 1 mes**
2. **Prolongada = más de 1 mes**

B - Número de veces (pocas versus muchas)

1. **Pocas = 5 o menos**
2. **Muchas = más de 5**

C - Utilización de la fuerza (ausente versus presente)

1. **No fuerza = colaboración mutua, seducción, soborno, otras formas de inducción**
2. **Fuerza = amenazas de daño físico, uso de la fuerza física, daño físico real**

D - Amenazas respecto a la revelación (ausente versus presente)

0. **No amenazas**

1. **Amenazas que implican pérdida de afecto o consecuencias de severidad media** (por ejemplo, ser considerado un niño/a malo/a, problemas para la familia)
2. **Amenazas que implican consecuencias graves** (por ejemplo, encarcelamiento del agresor/a, internamiento del niño/a o adolescente) o de daño físico severo

III – EDAD DE LA VÍCTIMA (en orden creciente de riesgo para la recurrencia del abuso, aunque no necesariamente relacionado con el daño y la severidad)

1. **14-16 años**
2. **11-13 años**
3. **8-10 años**
4. **5-7 años**
5. **3-4 años**
6. **0-2 años**

IV – RELACIÓN AGRESOR/A-VÍCTIMA (en orden creciente de riesgo para la recurrencia del abuso y para la existencia y gravedad de daño hacia el niño, niña o adolescente)

1. **No convive con la familia, sin parentesco con el niño/a o adolescente**
2. **No convive con la familia, emparentado con el niño/a o adolescente**
3. **Niño/a o adolescente que convive en el núcleo familiar**
4. **Hombre o mujer sin parentesco con el niño/a o adolescente, que convive en el núcleo familiar**
5. **Tío/a, abuelo/a, primo/a, que convive en el núcleo familiar**
6. **Padre/madre, padrastro/madrastra, padre/madre adoptivo/a, o padre/madre acogedor/a, que conviven en el núcleo familiar**

V – CANTIDAD DE VÍCTIMAS

VI – CANTIDAD DE AGRESORES/AS

VII – HABILIDADES DEL PROGENITOR NO AGRESOR/A

A – Reacción ante la revelación del abuso sexual

0. Apoyo a la víctima

1. Reacción equívoca o incoherente

2. Apoyo al agresor/a o negativa a creer lo sucedido

B – Relación con la víctima

0. Relación cercana, afectiva, con un buen nivel de comunicación

1. **Relación un tanto problemática** (por ejemplo con inversión de roles, sentimientos ambivalentes del progenitor/a no agresor/a hacia la víctima)

2. Relación seriamente problemática (hostilidad, celos)

C – Grado de dependencia hacia el agresor/a (en lo material/económico, emocional, apoyo social)

0. Muy independiente

1. Un tanto dependiente

2. Muy dependiente

VIII – RESPUESTA DEL AGRESOR/A

0. Admite el abuso y acepta responsabilidad

1. Admite el abuso pero no acepta responsabilidad

2. Niega el abuso

3. Niega el abuso y culpabiliza a la víctima

IX – OTROS PROBLEMAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES

A – Abuso de drogas/alcohol

0. No abuso de drogas/alcohol

1. Abuso de drogas/alcohol en el entorno exterior cercano al núcleo familiar

2. Abuso de drogas/alcohol por parte del progenitor/a no agresor/a

3. Abuso de drogas/alcohol por parte del agresor/a

4. Adicción severa por parte del agresor/a

5. Administración/provisión de drogas/alcohol al niño/a o adolescente durante el abuso sexual

B – Violencia

0. Ausencia de violencia en el hogar

1. Agresor/a violento/a fuera del hogar

2. Agresor/a violento/a hacia el cónyuge no- agresor/a

3. Maltrato físico hacia el niño/a o adolescente por parte del progenitor/a no-agresor/a

4. Agresor/a violento/a hacia la víctima

C – Retraso mental

0. Ausencia de retraso mental en la familia

1. Retraso mental en el progenitor/a no agresor/a

2. Retraso mental de la víctima

3. Retraso mental del agresor/a

D – Patología psiquiátrica

0. Ausencia de enfermedad mental

1. Perturbación emocional en la víctima

2. Patología psiquiátrica del progenitor/a no agresor/a

3. Enfermedad mental del agresor/a

4.2.1 Otras tipologías de desprotección infantil subyacentes a las agresiones sexuales

En general, nuestra sociedad tiene una visión idealizada de lo que es la vida en familia. El imaginario social la representa como una institución casi sin contradicciones ni mayores conflictos, cuyos integrantes se preocupan por el cuidado, el bienestar y la protección de sí mismos y de los demás de manera fluida y armónica. Todo lo que se aparte de esta apreciación pasa a ser considerado una "anormalidad".

Sin embargo, aquellos/as que trabajan con niños/as, parejas y familias saben que esa percepción de la vida familiar está bastante alejada de lo que es la verdadera interacción y convivencia. Las tensiones y conflictos que abundan en el día a día de las familias no representan, de por sí, situaciones patológicas. La normalidad o anormalidad –o mejor dicho la funcionalidad- de una pareja o de una familia depende de las habilidades adaptativas, de negociación, de resolución de conflictos y de la flexibilidad para afrontar situaciones diversas.

Así, la familia resulta más bien el "terreno" en el que sus integrantes desarrollan y ponen en evidencia sus "talentos" para la convivencia, el cuidado y la transmisión de pautas y valores. Al contrario de lo que se cree, esta no es una tarea sencilla ya que nadie cuenta a priori con recursos y conductas que espontáneamente le permitan afrontar las tensiones propias de este tipo de interacción.

La posibilidad de resolver sin violencia las contradicciones y las dificultades de la convivencia familiar es el resultado de un aprendizaje continuo y un indicador de buena salud mental de sus integrantes.

Sin enfocar en los factores asociados con los malos tratos a las personas menores, numerosos estudios señalan que las familias, por ser grupos cerrados en el que se producen interacciones continuadas e intensas, constituyen un ámbito propicio para que se desarrollen situaciones de violencia.

> El maltrato infantil es consecuencia de disfunciones familiares severas, crónicas y transgeneracionales en donde los miembros de la familia asumen diferentes roles: desde un rol activo (maltratador) hasta roles de complicidad, encubrimiento y/o instigación. Estos roles pueden no ser fijos y modificarse en el tiempo.

Cuando se habla de una disfunción familiar severa se hace referencia a que en estas familias -a diferencia de lo que sucede en la mayoría cuando existen problemas de funcionamiento-, estos problemas no podrán resolverse apelando a la voluntad, al raciocinio, a los buenos sentimientos ni a los valores morales de aquellos/as que maltratan. Las personas violentas pueden mostrarse conmovidas y afectadas por

las consecuencias de sus actos y, sin embargo, reiterarlos sin poder controlar su impulsividad.

La única manera de interrumpir las interacciones violentas es mediante una intervención coordinada, interdisciplinar, multimodal e intersectorial.

Considerar que la disfunción familiar es crónica implica tener en cuenta que nunca los servicios especializados estarán detectando –ni interviniendo ante- el primer episodio. Es decir que, por un lado, se ha perdido ya la oportunidad de la prevención primaria y, por el otro, es importante explorar cuáles han sido las circunstancias que ponen de manifiesto –o permitien detectar- la situación de violencia. El trabajo que se pueda llevar a cabo sobre estas circunstancias suele revestir especial importancia durante la intervención.

Incluir el aspecto transgeneracional –la transmisión de estas pautas de crianza violenta de una generación a la otra- arroja luz sobre uno de los hallazgos más frecuentes entre los antecedentes de los/as adultos/as maltratadores: la totalidad ha sufrido algún tipo de maltrato en su propia infancia, aunque no necesariamente repitan el mismo tipo de violencia contra sus hijos/as.

Cuando la intervención tiene en cuenta esta faceta, se logran efectos que potencian el impacto de la misma a largo y a medio plazo. A largo plazo, tendrá un efecto preventivo impidiendo estos niños/as y jóvenes maltratados/as de hoy se conviertan en padres maltratadores el día de mañana, contribuyendo a que las siguientes generaciones sufran menos malos tratos y abusos.

En el medio plazo, promoverá una evaluación en profundidad de la conveniencia y las consecuencias que pueden tener las decisiones de que personas menores separadas de sus progenitores convivan con y sean criadas por abuelos/as y/o familiares que pudieran haber ejercido malos tratos a sus padres en la infancia.

4.2.2 Factores de riesgo ante otras tipologías de desprotección

El maltrato hacia los/as niños/as y adolescentes es un problema de profunda complejidad que no puede achacarse a la “maldad” ni a la “enfermedad” de las personas. Detrás de la mayoría de los casos de maltrato físico, de maltrato emocional, de abusos sexuales y de negligencia encontraremos una intrincada trama donde se entrecruzan dificultades individuales, familiares y sociales.

Nunca el maltrato es motivado por un único factor. Al contrario, varios factores suelen coexistir e interactuar a lo largo del tiempo para interferir la posibilidad de los/as adultos/as de desarrollar y/o desempeñar las habilidades de cuidado y protección.

Los malos tratos hacia los/as niños/as y jóvenes no pueden ser atribuidos a una enfermedad- ni física ni mental-, ni a problemas adictivos, ni a carencias educativas o económicas aunque todos estos factores pueden contribuir o desencadenar situaciones de violencia.

> El maltrato infantil ocurre en todas las clases sociales, en familias de todos los contextos culturales, religiosos y étnicos.

Si bien no puede atribuirse a una sola causa, se han identificado una serie de factores de riesgo que están asociados a los malos tratos a niños/as.

Los niños/as cuyas familias y entornos presentan estos factores de riesgo tienen mayor probabilidad de sufrir violencia. Lo que no significa que la presencia de estos factores siempre suponga la victimización de las personas menores.

> Factores que pueden ser de riesgo en una familia pueden no serlo en otras.

Aun cuando en la mayoría de los casos –excepción hecha en la evaluación en intervención- no es competencia de los Programas de Intervención Familia (PIF) identificar los factores de riesgo ni los de protección, deben tenerlos presentes para llevar a cabo las intervenciones y para poder establecer las prioridades en sus actuaciones.

Para abarcar de manera exhaustiva las posibles causas de los malos tratos intrafamiliares habrá que considerar:

a) factores relacionados con características de los padres;

b) factores relacionados con la vulnerabilidad de los/as niños/as y adolescentes;

c) factores relacionados con circunstancias estresantes que desbordan la capacidad de tolerancia a la frustración y de manejo de las emociones violentas por parte de los/as adultos/as (crisis desencadenantes); y

d) factores socioculturales que toleran y fomentan los malos tratos como una forma aceptable de interactuar y/o de resolver conflictos entre los/as adultos/as y los/as niños/as y entre los integrantes de una familia.

4.2.3 Características de los padres que ejercen malos tratos

Prácticamente la totalidad de los padres y madres que ejercen violencia sobre sus hijos/as presentan antecedentes de malos tratos, negligencia y/o abandono

en sus infancias poniendo en evidencia que estas historias personales condicionan la manera en que los/as adultos/as se desempeñan como padres. Aquellos/as que no tuvieron modelos parentales adecuados o cuyas necesidades estuvieron insatisfechas, se verán muy limitados/as para ejercer funciones de protección y cuidado con sus propios/as niños/as más allá de haber aprendido, desde temprana edad, a normalizar la violencia aceptándola como una forma habitual de interacción.

En la mayoría de los casos en que no hubo una intervención, los padres acceden a la paternidad y a la maternidad sin haber puesto en cuestión –o sin siquiera permitirse poner en cuestión- la manera en que fueron criados/as. Tampoco conceden importancia a los sentimientos negativos que puedan albergar hacia sus padres – como consecuencia de los malos tratos sufridos- ya que, a veces, ni llegan a aceptar que experimentan estos sentimientos.

Si bien la mayoría de los padres que maltratan han sufrido malos tratos en su infancia, esto no significa que todos/as los/as niños/as y jóvenes maltratados/as se convertirán en adultos/as violentos/as con sus hijos/as. Según las investigaciones entre un 20 y un 30% del total ejercerán malos tratos.

Como consecuencia de estos antecedentes es muy común observar en los padres y madres lo siguiente:

- Desconocimiento de las pautas evolutivas y de las necesidades emocionales de los/as niños/as: que les lleva a exigir a los/as hijo/as respuestas o conductas que son incapaces de alcanzar debido a su inmadurez.

  Ejemplos:

  A. Delegar en una niña de 12 años el cuidado de sus hermanos/as menores pretendiendo que se encargue de su alimentación e higiene.

  B. Enviar a un niño de 7 años con un billete de €20 a hacer la compra.

  C. Enviar a un hijo adolescente a que acompañe a su padre toxicómano para evitar que se meta en problemas.

  Aunque algunos/as niños/as fracasarán abiertamente en lograr lo que sus padres les exigen, otros/as se adaptarán a esta sobreexigencia y aprenderán las respuestas o desempeñarán las funciones que los/as adultos/as esperan. Esta aceptación o “aprendizaje” se debe a que los/as niños/as perciben que, muchas veces, de ello depende su supervivencia física y afectiva.

Cuando los/as hijos/as no responden según lo esperado –ya sea en una oportunidad o de manera habitual- se desencadena el enojo de los/as adultos/as que pueden castigarles propinándoles palizas brutales, insultándoles, imponiendo castigos y restricciones, etc.

Esta es la razón por la cual es necesario explorar con los padres los comportamientos que ellos consideran inadecuados en sus hijos/as para evaluar si se trata de algo que necesita corregirse o si esta perspectiva es el resultado de expectativas parentales inadecuadas.

- Promueven la inversión de roles o "parentalización de los/as hijos/as": de manera tal que son los/as niños/as quienes cuidan de sus padres, satisfaciendo las necesidades de los/as adultos/as. Mientras la persona menor responda adecuadamente a lo que pretenden de ella, no se producen problemas porque estos comportamientos les confirman a los/as adultos/as que están desempeñando correctamente su función. Cuando, por los motivos que sea, el hijo/a no se comporta según lo esperado, los padres interpretan dicho comportamiento como que éste/a deja en evidencia su falta de habilidades parentales.

  Un ejemplo extremo de esto ocurre en los casos de maltrato físico de bebés en los que los progenitores no toleran e intentan acallar –a los golpes- el llanto del niño/a en vez de intentar entender qué lo puede estar causando, porque lo interpretan como una señal de su fracaso para mantenerle tranquilo/a. Padres que conocen las limitaciones de sus habilidades parentales, suponen que el silencio del bebé demuestra a los demás que ellos ejercen su rol adecuadamente.

- Incapacidad para controlar racionalmente sus impulsos: este rasgo de carácter no está asociado a ningún problema específico de salud mental.

- Indefensión aprendida: es frecuente observar que estos progenitores/as se muestran pasivos/as frente a las circunstancias de la vida, no suelen prever ni evitar los contratiempos de manera activa; suelen estar aislados/as socialmente, tener baja autoestima, y desconocer o negar su propia necesidad de dependencia.

- Inmadurez emocional: que no guarda relación con su edad cronológica ni con los logros que puedan haber obtenido en su vida laboral y/o social.

- Adicciones a alcohol y/o drogas: los efectos de estas sustancias interfieren el normal funcionamiento de los padres tanto en lo que hace a su capacidad para proteger y cuidar como a la habilidad para evaluar y establecer prioridades, para emitir juicios de valor y para respetar e imponer límites. Estos adultos/as pueden no prestar atención –ni satisfacer- las necesidades de sus hijos/as; pueden utilizar el dinero para comprar las sustancias adictivas y desatender los gastos familiares e, incluso, pueden involucrarse en actividades delictivas poniendo en riesgo la salud física y emocional de los/as niños/as. Una nueva preocupación al respecto en estos últimos años, es la de los efectos potencialmente negativos para el desarrollo de los bebés, del abuso de drogas por parte de las madres durante el embarazo.

- Edad: los malos tratos ocurren con mayor frecuencia en casos de madres y padres muy jóvenes o adolescentes. Es posible que este factor, a su vez, se asocie y se potencie debido a la presencia de otros que también inciden en el grado de riesgo: bajo nivel de ingreso, falta de apoyos sociales y altos niveles de estrés.

- Conflictos maritales severos y violencia doméstica: en alrededor del 40 al 60% de las familias en las que hay violencia doméstica coexisten situaciones de maltrato infantil. Los/as niños/as que crecen en hogares violentos pueden ser víctimas de golpes, abusos sexuales, de malos tratos emocionales y de negligencia (por parte del progenitor que está pendiente de su compañero/a violento/a o que se muestra indiferente a consecuencia de sus propios miedos). Hay que recordar que el sólo hecho de presenciar situaciones de violencia entre los/as adultos/as produce daño emocional en las personas menores.

- Familias monoparentales: se asocia con niveles de ingresos más bajos y la falta de colaboración dentro del hogar junto con la carencia de apoyo social que contribuyen a incrementar las dificultades y el estrés.

- Familias numerosas: en las que conviven niños/as con poca diferencia de edad entre sí.

- Familias desorganizadas: en las que reina el caos en las rutinas cotidianas y en las que hay constantes cambios en la composición del grupo familiar conviviente, tanto en la cantidad de adultos/as como de niños/as. Es frecuente que

este factor esté asociado a promiscuidad y a poco respeto hacia los límites individuales y hacia la intimidad.

- Actitudes negativas hacia los/as hijos/as: es habitual en estas familias la falta de reconocimiento y de refuerzo de las conductas apropiadas de los/as niños/as junto con la aplicación de métodos disciplinarios muy severos, tales como palizas, aislamiento prolongado, agresiones verbales. A pesar de sus actitudes negativas hacia los/as hijos/as, estos padres y madres están fuertemente apegados a ellos/as y los/as niños/as a ellos. Estos progenitores –en la mayoría de los casos en los que no se observan rasgos sádicos de personalidad- consideran que están criando a sus hijos/as de la mejor y única manera posible. En los casos en que el maltrato es principalmente físico o emocional, es frecuente que los/as niños/as estén bien cuidados/as, alimentados/as y vestidos/as, con los planes de vacunación completos y la escolaridad preservada, ya que este tipo de atención no resulta conflictiva.

4.2.4 Características de los/as niños/as que sufren malos tratos

Si bien ningún/a niño/a es responsable por los malos tratos que sufre, hay ciertas características – reales o "proyectadas" por los padres- que les hacen vulnerables.

- Niños/as "especiales" o "difíciles": son aquellos/as que, alguna característica propia de su edad o de su nivel de desarrollo -físico, mental, emocional o social- , hace que requieran mayor atención y/o afecto de sus padres. Esta condición de ser "especial" puede atribuirse a la presencia de problemas físicos y/o psicológicos (tales como enfermedades congénitas o crónicas, discapacidad, niños/as agresivos, con problemas de comportamiento) o a situaciones no patológicas (como ser niños/as con temperamentos difíciles, niños/as traviesos/as, curiosos/as) que exijan cuidados especiales. A algunos padres les resulta más sencillo criar a sus hijos/as en un momento evolutivo dado (por ejemplo, cuando son lactantes y se les puede dejar en la cuna) que en otros (cuando deambulan y hay que andarles detrás).

- Niños/as que han sufrido separaciones tempranas y alteraciones del vínculo madre-hijo debido a separaciones, por diversas razones, entre la madre y su bebé en los primeros meses de vida. Ejemplo de ello sería la situación de los bebés prematuros que permanecen en incubadoras por algunas semanas o aquellos casos en que enfermedades de la madres les obligan

a estar ingresadas por períodos prolongados o a estar lejos de sus hijos/as. Las separaciones tempranas interfieren en el normal establecimiento de los vínculos de apego, perturbando sus caracteristicas.

- Niños/as percibidos/as como "especiales" o "difíciles": en algunos casos los padres, por causas identificables en su historia personal, proyectan en sus hijos/as aspectos temidos, odiados o rechazados de sí mismos. Se apoyan en determinadas características triviales, no patológicas del niño/a (detalles de sus características físicas, étnicas, el lugar que ocupan en el grupo familiar, el hecho de ser niños/as adoptivos/as o hijos/as de parejas anteriores de alguno de los padres) para adjudicarles atributos y/o intencionalidades que no tienen fundamento. Sería el caso de la madre que ante el llanto del bebé de meses exclama: "¡Mire qué malo que es conmigo!"

4.2.5 Crisis desencadenantes

Por lo general, se trata de situaciones de cambio y/o pérdida en las que queda al descubierto la falta de habilidades de los integrantes adultos de la familia para resolver conflictos o tolerar emociones intensas. Estas situaciones –también llamadas estresantes- pueden deberse a dificultades laborales, mudanzas, migraciones, problemas de salud, muertes, nacimientos; etc. Es interesante destacar que no siempre se trata de circunstancias difíciles o desfavorables. Cualquier condición que rompa el – a veces, frágil- equilibrio familiar puede ser considerado una situación de estrés.

No es posible determinar si las familias que maltratan atraviesan situaciones de este tipo con mayor frecuencia que las que no maltratan o si estas familias tienden a connotar como estresantes circunstancias que para otras no lo son.

Lo que se puede observar es que no suelen prever las consecuencias –y eventuales complicaciones- de decisiones que han tomado y que, una vez, que esas consecuencias se producen, no encuentran estrategias adecuadas para afrontarlas.

De ahí que estas situaciones críticas contribuyan a exacerbar la hostilidad, la ansiedad y la depresión de los integrantes de la familia y a incrementar los niveles de conflicto y de violencia dentro del hogar.

4.2.6 Tolerancia sociocultural

La tolerancia cultural se refiere a la aceptación por parte del colectivo social –no sólo de un grupo familiar- de que los malos tratos físicos y/ o emocionales constituyen una estrategia educativa más.

Cuanto más sensibilizada esté la sociedad acerca de los efectos de la violencia familiar en los/as niños/as y jóvenes, más precoz será la detección ya que no se la podrá minimizar, naturalizar ni justificar como excesos en atribuciones "naturales" de padres y educadores.

Si bien las intervenciones habituales no enfocan este aspecto, conviene que los/as técnicos/as no le pierdan de vista y exploren en el colectivo social en el que está inserta la familia, cuestiones tales como:

- Cuál es la actitud hacia el castigo físico y la disciplina
- Cuál es la actitud hacia la infancia, la familia y la autoridad
- Cuál es la actitud hacia la negligencia social
- Cuál es la representación social del maltrato infantil y de los maltratadores (por ejemplo, cómo funcionan los estereotipos habituales: si se considera que es algo infrecuente, que ocurre en ambientes marginales, que los maltratadores son "enfermos" o "psicópatas", etc)

4.2.7 Factores asociados

Investigaciones recientes señalan otros factores que, sin ser causales, aparecen asociados a las familias maltratantes.

- Pobreza: la mayoría de las familias de bajos recursos no maltrata a sus hijos/as. Sin embargo, estadísticamente esta variable aparece asociada a los malos tratos. Una explicación posible es que se detectan más casos en este sector social porque las familias de menores recursos son receptores de ayudas y usuarios habituales de servicios sociales y esto les expone más a la supervisión de profesionales de la administración pública.
- Aislamiento social y falta de apoyos: si bien se observa esta variable asociada a los malos tratos, no es sencillo establecer si es una característica que precede –y potencia- la violencia o si es una consecuencia de la misma.
- Entornos violentos: los malos tratos hacia los/as niños/as y jóvenes es mayor en los vecindarios más peligrosos y violentos. Aunque este dato puede asociarse con la pobreza, pareciera también que se correlaciona con la aceptación y la normalización de la violencia ya que los individuos que, cotidianamente, viven y presencian comportamientos agresivos tienden a considerar la violencia como una respuesta y como un comportamiento aceptables.

4.2.8 Factores de protección

Los factores de protección son aquéllos que parecen modificar, mejorar o cambiar la posibilidad de que el niño/a sea dañado/a en el futuro.

Se consideran factores protectores aquéllos que se relacionan con las fortalezas del niño/a y de la familia, tales como:

- En lo personal (características individuales de los padres y de los/as niños/as): autoestima alta, buena salud, habilidades interpersonales y/o cognitivas adecuadas, capacidad para predecir situaciones peligrosas y evitar el daño o protegerse (por ejemplo: la capacidad del padre no agresor para proteger a los/as hijos/as cuando ocurren episodios de violencia doméstica)
- En lo familiar: relaciones de colaboración y apoyo entre sus integrantes; normas y rutinas coherentes y adecuadas; vínculos de apego fuerte entre el niño/a y, al menos, una de las figuras parentales; habilidad de solicitar y buscar ayuda ante circunstancias estresantes
- Redes sociales y comunitarias: familia extensa y amigos cercanos, participación en actividades y encuentros extracurriculares, posibilidad de acceder a servicios disponibles dentro de la comunidad.

Cuando se evalúa una situación de riesgo para los/as niños/as se debería incluir información que permita predecir si la capacidad de protección de los padres o responsables puede mejorar de manera significativa en un tiempo razonable. En tal sentido, resulta de gran utilidad explorar – y eventualmente, trabajar sobre- la percepción que tiene la familia de sus puntos fuertes, de sus debilidades y de la aceptación por parte de los integrantes adultos de su responsabilidad para generar cambios.

Hay que tener presente que los factores de riesgo y los factores de protección son dinámicos y pueden ocurrir cambios en el desempeño de las personas, en las circunstancias familiares o en la dinámica de las familias que disminuyan o aumenten los niveles de riesgo. Ejemplo de esas fluctuacion son los cambios que pueden ocurrir en las capacidades físicas, emocionales o mentales de alguno de los integrantes; las pérdidas de relaciones con personas significativas del entorno; la fluctuación en la colaboración o en el apoyo recibido; las dificultades económicas; la interrupción o el abandono de la colaboración y los contactos con los/as profesionales intervinientes.

Conviene recordar que en todas las familias hay determinadas etapas del desarrollo de sus hijos/as y/o situaciones que les resultan particularmente difíciles o más

complicadas que otras. Ya se mencionó el ejemplo de que puede resultar más sencillo cuidar a un bebé que a un niño/a que comienza a caminar.

Cuando se está interviniendo en situaciones de desprotección infantil los/as técnicos/as tendrán que prestar especial atención a los cambios que puedan impactar en el estilo de vida de la familia con la que se está trabajando porque pueden incrementar los niveles de estrés, reducir sus posibilidades de afrontar situaciones y, potencialmente, aumentar el riesgo de dañar a los/as niños/as.

Cuando el Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos evalúa que una familia es de mediano o de alto riesgo, el concepto de "riesgo" que utiliza no responde a una variable dicotómica (del tipo sí/no). Por el contrario, representa un continuo, cuyos extremos (casos en los que el riesgo es extremadamente elevado y casos donde el riesgo es muy bajo) son identificables con facilidad.

Es importante que los/as profesionales de los Programas de Intervención Familiar (PIF) conozcan y tengan en cuenta estas condiciones porque les resultarán de utilidad para planificar el tipo y la intensidad de los recursos a utilizar; el tipo de actuaciones que llevarán a cabo; y los indicadores que deberán considerar al realizar el seguimiento y evaluar la evolución de la familia ante la intervención.

En los casos de maltrato físico o emocional propiamente dichos, la violencia se ejerce exclusivamente sobre uno/a de los hijos/as, a diferencia de las familias negligentes o en las que se produce abuso sexual en donde todos/as los/a niños/as están en situación de riesgo.

Aunque pueda resultar paradójico, desde el punto de vista de la persona menor, el golpe o la palabra que lastima expresa algún tipo de afecto -rabia, odio-, que siempre es preferible a la indiferencia afectiva.

Los factores que el Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos toman en cuenta para llegar a una conclusión acerca del grado de riesgo se agrupan en 5 áreas:

- Características del incidente
- Factores de vulnerabilidad infantil
- Características del cuidador
- Característica del entorno familiar
- Respuesta ante la intervención

Las condiciones asociadas a Riesgo Alto son las siguientes:

- Cronicidad del maltrato y lesiones graves en el niño/a. Los casos de abuso sexual se consideran, por definición de alto riesgo.
- Cercanía temporal del último incidente.
- Presencia de lesiones en zonas vitales del cuerpo u órganos sexuales.
- Informes previos confirmados de maltrato/abandono.
- Acceso libre del agresor/a al niño/a e inexistencia de figuras adultas capaces de protegerle.
- Edad inferior a 5 años y/o escasa visibilidad del niño/a por parte de agentes externos a la familia (escuela, guardería, vecinos).
- Niños/as sin capacidad de defenderse, ya sea por su corta edad (menor de 5 años) o por la presencia de problemas físicos o psíquicos.
- Presencia de problemas severos de conducta que impiden al niño/a un funcionamiento mínimamente adecuado en sus diferentes roles (por ejemplo: escuela, amigos, familia).
- Presencia de trastornos emocionales o retrasos intelectuales que impiden al niño/a un funcionamiento mínimamente adecuado en sus diferentes roles (por ejemplo: escuela, amigos, familia).
- Existencia de limitaciones físicas, intelectuales y emocionales que impiden al progenitor o a la persona responsable hacerse cargo del niño/a aún con ayuda complementaria, no esperándose mejoría en un futuro próximo.
- Progenitor/a o responsable adolescente sin apoyos positivos en su entorno.
- Desconocimiento por parte del progenitor/a o responsable de las pautas del desarrollo evolutivo infantil, así como de las necesidades de estimulación emocional y cognitiva del niño/a. Normativa inexistente, excesivamente rígida o inconsistente.
- Uso de la fuerza y la agresión física y verbal como métodos disciplinarios y de castigo.
- Fuerte e incontrolable dependencia física y/o psicológica del cuidador hacia drogas/alcohol.
- En el progenitor/a o responsable, historia previa de agresiones de intensidad elevada hacia otros/as niños/as, el cónyuge u otras personas.
- En el progenitor/a o responsable, historia personal de maltrato/abandono; carencia de modelos positivos de vinculación en la infancia.
- Ausencia de indicadores de afecto en la interacción progenitor/a o

responsable/niño. Percepción extremadamente negativa del niño/a.

- Conflictos severos de pareja y manipulación del niño/a. Violencia conyugal: ausencia de comunicación, existencia de un claro patrón de dominación-sumisión en la pareja. Reiterada inestabilidad de las relaciones de pareja.
- Identificación del padre/madre sustituto como el sujeto que ha infligido el maltrato.
- Condiciones evidentes de inseguridad y precariedad de la vivienda.
- Ausencia total de fuentes de apoyo y relaciones sociales positivas para la familia.
- Negativa total de los padres a cooperar con los Servicios de Protección Infantil.

BIBLIOGRAFÍA

De Paúl Ochotorena, J. y Arruabarrena Madariaga, M.I. (1996): *Manual de protección infantil*. Masson, S.A. Barcelona

Egeland, B. y Susman-Stillman, A. (1996): *Dissociation as a mediator of child abuse generations,* Child Abuse & Neglect, 20 (11), págs. 1123- 1132

Faller, K.C. (1993): Child Sexual Abuse: *Intervention and Treatment Issues* - National Center on Child Abuse and Neglect - U.S. Department of Health and Human Services-Administration for Children and Families

Goldman, J.; Salus, M.K.; Wolcott, D.; y Kennedy, K.Y. (2003): *A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice*. Administration for Children and Families. Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau. Office on Child Abuse and Neglect. EEUU

Hooper, C.A. (1992): *Madres sobrevivientes al abuso sexual de sus niños*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

Intebi, I. (1996): *Abuso sexual infantil: En las mejores familias*. Editorial Granica. Argentina

Intebi, I. (2002): *Maltrato, Abuso y Negligencia: Guías de Atención de Niños y Niñas Destinada al Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención*. Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina

Intebi, I. (2009): *Intervención en casos de maltrato infantil*. Colección Documentos Técnicos. Dirección General de Políticas Sociales. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Gobierno de Cantabria. España

Intebi, I. y Osnajanski, N. (2003): *Maltrato de Niños, Niñas y Adolescentes: Detección e Intervención*. Cuadernos de Capacitación. Familias del Nuevo Siglo. Buenos Aires

Putnam, F.W. (1993): *Dissociative disorders in children; behavioral profiles and problems,* Child Abuse & Neglect, 17, págs. 39-45

Spiegel, D. y Cardena, E. (1991): *Desintegrated experience: The dissociative disorders revisited*, Journal of American Psychology, 100 (3), págs. 366-378

Strauss, M.A. y Gelles, R.J. (1987): *Is violence against children increasing*?" citado por A. Bentovim (2000): "Sistemas organizados por traumas"- Paidós - Buenos Aires

West, L. (1967) A.M. y Kaplan, H.I.: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams and Wilkins, EEUU

5. CONSECUENCIAS DE LOS ABUSOS SEXUALES

5.1 EL IMPACTO DEL ABUSO SEXUAL EN LOS/AS NIÑOS/AS

Aunque parezca mentira existen asociaciones e individuos, algunos incluso profesionales, que sostienen que los acercamientos sexuales entre adultos/as y niños/as no tienen mayores consecuencias y que los efectos negativos que pueden observarse se deben las consecuencias de la condena social hacia tales comportamientos. Condena social que estigmatiza el sexo entre adultos/as y niños/as y que provoca en ellos/as sentimientos de culpa, sentimientos de haber sido dañados/as, baja autoestima, depresión, ideación suicida. Sostienen también que, si la sociedad dejara de sancionar estos comportamientos, los niños/as podrían disfrutar sin culpa de los encuentros sexuales con adultos/as, ya que sus derechos serían respetados cabalmente, en especial el derecho de niños/as y adolescentes a ejercer control sobre sus cuerpos y sobre su libertad sexual.

Si bien es cierto que muchos efectos de los abusos sexuales derivan, aunque más no sea indirectamente, de la manera en que la sociedad considera el problema, para responder semejante argumento hay que tener presente que estas experiencias tienen un efecto por sí mismas basado en desequilibrios de poder, de conocimientos y de gratificación.

El mero hecho de que el agresor/a sea más poderoso/a que el niño/a basta para imponer comportamientos sexuales que pueden resultar dolorosos, intrusivos o abrumadores. El agresor/a suele además, manipularle para que no se resista ya que la víctima carece de conocimientos suficientes sobre las implicancias sociales y personales que tiene involucrarse en este tipo de acercamientos, lo que determina la incapacidad del niño/a para consentir dichas conductas. Por otro lado, más allá de los comportamientos y formas en que se manifieste un abuso sexual, el objetivo central es la gratificación del agresor/a.

O sea que el potencial de daño emocional que tienen los abusos sexuales sobre las víctimas se basa en que:

- no son comportamientos consensuados, aunque el niño/a no se resista
- resultan con frecuencia evolutivamente inadecuados

- invariablemente alteran la relación vincular en la que ocurren
- pueden resultar dolorosos, producir temor y confusión
- producen respuestas en niños/as o adolescentes que pueden interferir con procesos evolutivos normales

Todas las características de los incidentes de abuso sexual a niños/as y adolescentes (actividades sexuales no consensuadas; inapropiadas para la etapa evolutiva de la víctima; que ocurren en numerosas ocasiones; cometidas por una persona conocida, revestida de autoridad y que goza de su confianza; que transcurren en el máximo de los secretos y en donde las puertas para pedir ayuda están totalmente clausuradas) contribuyen a que estos epsiodios se puedan considerar como experiencias traumáticas crónicas.

Ya se ha mencionado en capítulos anteriores que la victimización sexual ocurre conjuntamente con alguna otra tipología de desprotección infantil situación que, por sí misma, también contribuye a la traumatización crónica. Niños/as y jóvenes que son víctimas de situaciones de malos tratos intrafamiliares continuados presentan comportamientos y actitudes que evidencian los efectos de las experiencias traumáticas crónicas sobre el desarrollo de las personas.

La severidad de estas manifestaciones dependerá de las características individuales de cada/a niño/a, de su capacidad de resiliencia y de las peculiaridades de su entorno, tanto en lo que hace a las condiciones en que se produjeron los malos tratos y las agresiones sexuales (tipología, severidad, frecuencia, relación con el agresor/a, etc) como a las que permitieron su protección (presencia de adultos/as no agresores/as, estrategias de protección, actitudes protectoras por parte de otros/as adultos/as, actividades favorecedoras del desarrollo y de la autoestima, etc).

Es decir que las víctimas de agresiones sexuales podrán presentar efectos similares a las víctimas de otras tipologías de desprotección, además de indicadores conductuales y emocionales más estrechamente asociados a la violencia sexual.

Más adelante en este capítulo se tratarán los efectos de las situaciones de trauma crónico. A esta altura conviene destacar los efectos más estrechamente asociados a las agresiones sexuales. David Finkelhor (1986), investigador estadounidense de temas relacionados con abusos sexuales en la infancia, divide a las consecuencias del trauma del abuso en cuatro grupos de secuelas psicológicas y comportamentales, a saber:

- **Efectos de la sexualización traumática:** a nivel emocional produce sentimientos de rechazo hacia el sexo; sobreestimación de lo sexual y problemas de identidad sexual; y a nivel comportamental determina

tanto las conductas sexualizadas como el involucrarse en experiencias sexuales negativas e incluso la evitación de encuentros sexuales.

- **La estigmatización:** la psicóloga estadounidense, Suzanne Sgroi (1982), ha descrito el "síndrome de la mercancía dañada" por el cual la vícitma se siente irreparablemente dañado para siempre y, además, cree que el daño es de tal magnitud que los demás, aun ignorando lo sucedido, pueden percibir que las víctimas son diferentes, de una "calidad inferior", a sus iguales. A nivel emocional, la estigmatización se encuentra por debajo de los sentimientos de culpa y la creencia de las víctimas de que son responsables del abuso o de las consecuencias de la revelación. A nivel comportamental, estos sentimientos se reflejan en conductas autodestructivas tales como el abuso de drogas y alcohol, acciones de riesgo, la automutilación, los intentos suicidas y las conductas desafiantes que llevan a que se les impongan límites muy estrictos y/o a que se les castigue.

- **La traición:** este sentimiento, probablemente sea la secuela más profunda que deje el abuso sexual en los niños/as ya que representa un fallo en la confianza depositada en personas que deberían protegerles y velar por ellos/as. Otras manifestaciones psicológicas de la traición las constituyen la rabia y la modalidad de funcionamiento de las personalidades límites (borderline). A nivel comportamental, las consecuencias de estos sentimientos de traición se manifiestan a través de la evitación a establecer vínculos profundos con otras personas, la manipulación de los demás, las puestas en acto (reescenificaciones) de los hechos traumáticos involucrándose en relaciones dañinas y de explotación, y los comportamientos furiosos e impulsivos.

- **El desvalimiento:** las experiencias traumáticas producen esta reacción psicológica que implica la percepción de la propia vulnerabilidad y victimización, por un lado, y, por el otro, una necesidad de controlar e incluso imponerse generalmente debida a la identificación con el agresor/a. Al igual que en el grupo anterior, las manifestaciones conductuales están relacionadas con la agresión y con la explotación de otras personas. Mientras que los efectos de la vulnerabilidad se expresan mediante conductas evitativas, tales como la disociación y las fugas y mediante comportamientos asociados a trastornos de ansiedad, como fobias, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación y relaciones donde se les revictimiza.

A los efectos específicos mencionados por Finkelhor hay que agregarle los descriptos por Roland Summit, psiquiatra estadounidense, como parte del síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (1983).

Este autor describe efectos relacionados con la fase de:

a) **mantenimiento del secreto**: la intimidación, la estigmatización, aislamiento, vulnerabilidad y culpa provocadas por el hecho de que ningún niño/a o adolescente está preparado/a ante la posibilidad de tener un acercamiento sexual con una persona adulta de su confianza.

b) **atrapamiento y acomodació**n: cuando la víctima no recibe ayuda y los abusos sexuales ocurren de manera continuada, la opción saludable que le queda es aprender a aceptar la situación y sobrevivir. Un niño/a sano/a, normal y emocionalmente flexible aprenderá a acomodarse a la realidad del abuso sexual continuado afrontando el desafío de acomodarse a los requerimientos sexuales intrusivos a la vez que toma conciencia acerca de la traición y de haberse convertido en un mero objeto para una persona que, en los casos de abusos intrafamiliares, suele estar idealizada como figura protectora, altruísta y afectuosa. Muchas conductas rotuladas como patológicas en el funcionamiento psicológico de adolescentes y adultos/as se originan en las reacciones naturales de un niño/a sano/a a un ambiente parental profundamente antinatural y enfermo.

Conviene recordar que un número importante de niños/as o adolescentes que han sufrido abusos sexuales pueden ser asintomáticos/as. Son muchos los factores que influyen en el impacto que pueden tener los comportamientos abusivos en los/as niños/as, entre ellos mencionaremos la edad cuando ocurrieron los hechos y cuando se confirma la sospecha, el género, el sexo del agresor/a, la gravedad del abuso, el vínculo entre el agresor/a y la víctima, la reacción de las personas significativas, principalmente de los integrantes del grupo familiar, ante la revelación y la confirmación de los abusos sexuales y el tiempo transcurrido entre el comienzo de los abusos y la recogida de información y también los efectos reparadores –o no- de otras experiencias de vida.

5.1.1 Qué se entiende por trauma

Una manera sencilla y operativa de definir trauma es considerarlo como el dolor (físico y/o emocional) que no se puede calmar con los recursos del individuo.

Las situaciones que pueden tener consecuencias traumáticas son variadas –no se refieren exclusivamente a experiencias relacionadas con la violencia- y abarcan circunstancias que ocurren dentro de las familias, en contextos de grupos pequeños, pero incluyen también acontecimientos que ocurren como consecuencia de fuerzas naturales o de factores socioeconómicos donde los grupos pequeños tienen escasa influencia ya sea para evitar dichas situaciones o para solucionarlas.

Estos acontecimientos pasibles de provocar reacciones traumáticas son:

- La victimización
- Los desastres naturales
- Las situaciones de pobreza
- Las crisis accidentales (duelos, divorcios, enfermedades)

Si bien las tres últimas son situaciones de gran importancia que requieren estrategias específicas de intervención, los/as técnicos/as de los servicios especializados de infancia se ocupan principalmente de los efectos de la victimización.

5.1.2 Qué se entiende por victimización

Victimización se refiere a cualquier acontecimiento en el cual el agente responsable del daño es otro ser humano que, además, dirige su comportamiento agresivo sobre un determinado individuo. La victimización no ocurre exclusivamente en el ámbito de los malos tratos intrafamiliares aunque siempre el maltrato familiar (cualquier tipología de desprotección infantil y las agresiones sexuales) tiene como consecuencia la victimización de las personas menores.

Para algunos investigadores (McNally, 1993) este tipo de experiencias traumáticas suele tener mayor impacto en los/as niños/as que las catástrofes.

5.1.3 Efectos localizados y evolutivos de la victimización

Para evaluar las consecuencias que pueden tener las experiencias traumáticas sobre los/as niños/as y adolescentes hay que tener en cuenta dos cuestiones de gran importancia.

Por un lado, la infancia y la adolescencia son etapas de la vida en las que se producen cambios notorios a todos los niveles:

- en el tamaño corporal
- en la fuerza
- en las habilidades cognitivas
- en la diferenciación entre los géneros
- en el tipo de vínculos y relaciones que se establecen y
- en los entornos en los que trascurren las actividades cotidianas

Por otro lado, en lo que hace a las experiencias traumáticas de victimización, éstas pueden a) ocurrir de manera aislada, en una sola ocasión (por ejemplo: sufrir un secuestro, presenciar un hecho de violencia) o b) suceder de manera recurrente. Estas últimas son las que constituyen experiencias de traumatización crónica.

Las características de las situaciones que pueden considerarse traumáticas para los/as niños/as se modifican según las etapas evolutivas que estén atravesando. Por ejemplo, que la madre no aporte comida será altamente traumático para los/as menores de 5 años pero menos conflictivo para un/a adolescente de 16. Por el contrario la falta de supervisión de las actividades extrafamiliares es más nociva para los/as adolescentes que para los/as lactantes.

Dados los vínculos de dependencia en que se encuentran, niños/as y adolescentes sufren formas de victimización que son privativas de esa fase del desarrollo y que no suelen ocurrirles a las personas adultas. Por ejemplo, la negligencia física y los secuestros por parte de familiares son situaciones que sólo les ocurren a las personas menores.

Se trata, entonces, de situaciones de victimización muy particulares porque no sólo vulneran las necesidades de dependencia de los/as niños/as sino que también violentan las expectativas sociales de que los/as adultos/as respetarán y cubrirán dichas necesidades.

Al momento de valorar los efectos de la traumatización crónica hay que tener en cuenta que las respuestas infantiles a la victimización están supeditadas a factores relacionados con la etapa evolutiva en que se encuentran ya que en cada etapa cuentan con habilidades y con vulnerabilidades específicas.

La infancia y la adolescencia constituyen etapas evolutivas de vital importancia y vulnerabilidad dado que se está desarrollando el proceso en el que se establecen una serie de conceptos fundantes de la personalidad y que pueden verse afectados por las experiencias traumáticas. Estos ejes de estructuración básicos son:

- los conceptos sobre sí mismo/a, sobre los demás y sobre el mundo externo
- las relaciones con los estados anímicos internos y
- las habilidades para defenderse, para tolerar las frustraciones y para lograr el agrupamiento y socialización

Es por ello que la traumatización crónica en este período en el que se están cimentando estos procesos lleva a dificultades en todos los ámbitos de la vida: problemas consigo mismo/a, con los demás y con los objetos del entorno; con la propia vida emocional; con la posibilidad de establecer y llevar adelante proyectos personales; y con las estrategias para afrontar imprevistos y situaciones problemáticas.

Cuando se valoran las consecuencias de las experiencias traumáticas en la infancia hay que considerar si son debidas a los efectos localizados –próximos en el tiempo a la ocurrencia de la situación traumática y en los que se pueden observar las reacciones iniciales a la victimización- o si se trata de consecuencias que ocurren en una fase más tardía, cuando la situación se prolonga sin que la persona menor sea protegida. En estas condiciones se puede observar una serie de comportamientos y efectos a medio plazo relacionados con la acomodación y la adaptación a la situación de trauma crónico. También en un período más tardío –adolescencia y adultez -, será posible registrar las secuelas ligadas a la elaboración a largo plazo y a la acomodación y a la adaptación secundarias a las experiencias sufridas de manera crónica en los años anteriores. Estos dos últimos tipos de impacto son los que se conocen como efectos evolutivos.

Efectos localizados: son aquellos problemas y comportamientos que aparecen estrechamente asociados a los acontecimientos traumáticos. Representan las reacciones normales de todos los individuos –niños/as y adultos/as- ante situaciones que superan sus habilidades para tolerar lo ocurrido y/o defenderse de dicha situación. Estas conductas y trastornos tienen una duración limitada y no afectan el normal desarrollo de quien los ha sufrido. Se les puede observar tanto ante situaciones traumáticas aisladas (episodios únicos) como ante situaciones de traumatización crónica.

Por ejemplo, es normal que un niño/a que ha sufrido un accidente automovilístico se muestre de manera transitoria temeroso/a; no quiera separarse de sus padres por más que anteriormente lo hiciera sin problemas; no quiera montarse en el coche; evite transitar por la zona en que ocurrió el accidente; esté sobresaltado/a; tenga problemas para dormir y pesadillas; presente alteraciones en el rendimiento escolar y dificultades para concentrarse. Es esperable también que presente alteraciones en el apetito, irritabilidad, agresividad e inestabilidad emocional. Transcurridas algunas semanas o un par de meses estos trastornos tienden a resolverse espontáneamente. Cuando persisten pueden indicar que se produjo una alteración en el proceso de resolución debido a factores que será necesario explorar, tales como reiteración y/o exposición a otra(s) experiencia(s) traumática(s); falta de respuestas adecuadas por parte del entorno familiar y/o social, etc.

Efectos evolutivos: son aquellos problemas y comportamientos que ponen de manifiesto las interferencias que las experiencias traumáticas han supuesto para la adquisición de logros evolutivos y/o expresan las distorsiones que ha sufrido el proceso de desarrollo infantil a consecuencia de experiencias traumáticas más prolongadas, reiteradas y/o de mayor gravedad.

Ejemplos de efectos evolutivos son los trastornos en la capacidad de apego; los trastornos en la autoestima; la instalación y la persistencia de vínculos interpersonales altamente sexualizados o altamente agresivos; el fracaso en la adquisición de habilidades para vincularse con pares; el uso de drogas; la disociación; la autoagresión y todas las modalidades disfuncionales para tolerar altos niveles de ansiedad.

No cualquier experiencia traumática producirá efectos evolutivos.

Para que éstos ocurran, la victimización debe haber ocurrido en forma reiterada y constante modificando de un modo significativo las relaciones del niño/a o del adolescente con su sistema de contención primario (grupo familiar, adultos/as significativos/as).

Este tipo de efectos se observa con mayor frecuencia cuando, además, se suman otras fuentes de estrés grave (duelos, divorcios, situaciones de discriminación) y cuando las experiencias traumáticas interrumpen una transición evolutiva vital (fase de dependencia en la primera infancia, ingreso al sistema escolar, comienzo de la pubertad, comienzo de la adolescencia).

Durante el proceso evolutivo, niños/as y adolescentes atraviesan ciertas fases que les hacen particularmente vulnerables. Existen investigaciones que documentan cómo las interferencias en estas etapas pueden obstaculizar algunos procesos específicos. Por ejemplo, una de las primera tareas de la infancia es el establecimiento de vínculos de apego con las figuras primarias de protección. Cuando la victimización ocurre en esta fase y, si además, la agresión proviene de los/as adultos/as significativos/as mencionados/as, se producirán trastornos severos en estos vínculos de apego que se prolongarán en etapas posteriores del desarrollo.

Otro ejemplo a señalar ocurre en la fase preescolar en la que los/as niños/as parecen tener facilitada la exploración de habilidades relacionadas con la disociación -“ejercitación” de la capacidad de fantasear, juegos con compañeros/as y amigos/as imaginarios/as y la capacidad de negar acciones concretas que han ejecutado. Cuando los/as niños/as son victimizados/as en esta etapa podrán echar mano a la disociación como mecanismo de defensa y establecer un modelo disociativo crónico en el futuro que se manifestará a través de períodos de pérdida de contacto con la realidad, olvidos de fragmentos importantes de su propia experiencia de vida, conductas realizadas en estados semejantes a los de un trance, y alucinaciones auditivas y/o visuales. Vale aclarar que entre las causas de comportamientos de tanta severidad se encuentran los malos tratos pero también otras formas de victimización reiterada.

Un aspecto que no se puede soslayar al hacer referencia a la victimización crónica es que puede tener efectos duraderos y a largo plazo en los procesos fisiológicos –provocando alteraciones relacionadas con el estrés crónico-, ya que estos niños/as viven durante gran parte de sus existencias en estado de alerta constante.

Es importante tener en cuenta que, debido a la limitación de las habilidades cognitivas específicas de cierta fase del desarrollo, un niño/a puede ver limitada la posibilidad de apreciar la victimización que ha padecido.

Cuando los/as niños/as son muy pequeños/as, la manera en que perciben las experiencias traumáticas va a depender no tanto de las características objetivas de las mismas sino de la forma en que sus padres las hayan registrado y/o "filtrado". Con lo cual, la inmadurez evolutiva no entrañará necesariamente mayor impacto traumático. Sin embargo, hay que tener presente que un niño/a puede no comprender en detalle las situaciones traumáticas debido a la carencia de habilidades cognitivas cuando ocurren los hechos pero que, una vez que las adquiere, puede entender retrospectivamente sus consecuencias.

Para que un niño/a pueda comprender los alcances de la victimización debe contar con cierto desarrollo cognitivo que le permita conocer las normas sociales, entender conceptos tales como los derechos de las personas y sus responsabilidades, además de contar con la habilidad de establecer comparaciones sociales.

Es importante tener en cuenta que si bien los efectos evolutivos específicos pueden manifestarse en sus comienzos bajo ciertos indicadores y comportamientos específicos, éstos pueden modificarse con el transcurrir del tiempo debido a diversos motivos:

- las tareas propias y/o las vulnerabilidades de la etapa evolutiva que el niño/a o el adolescente estén atravesando cuando se produce la victimización;

- las habilidades cognitivas específicas que tiene el niño/a o adolescente y que le permiten comprender e interpretar su experiencia en diferente grado y manera; y

- la diferente posibilidad de expresión sintomática según la etapa evolutiva en que se encuentre el niño/a o adolescente

Cuando se hace referencia a la diferente posibilidad de expresión sintomática de un niño/a o de un adolescente según la etapa evolutiva en que se encuentre se está señalando que, más allá de las características de las experiencias traumáticas y de la posibilidad que el niño/a tenga de comprenderlas, el malestar que le produzcan sólo podrá expresarse utilizando el "léxico" de conductas y síntomas con el que cuente en esa fase determinada del desarrollo.

También que el pasaje de una fase a otra puede facilitar la sustitución de una conducta y/o síntoma por otro más adecuado a la edad.

Por ejemplo, un preescolar que expresa los efectos de situaciones traumáticas mediante conductas disruptivas, puede presentar comportamientos depresivos o sentimientos de culpa inadecuados al ingresar en la fase siguiente del desarrollo.

La importancia de considerar el factor de la sustitución sintomática radica en que facilita la interpretación de distintas manifestaciones observadas a través del tiempo como partes del mismo problema.

De esa manera, invita a la prudencia de los/as técnicos/as ante aparente "mejoras" o desaparición de comportamientos preocupantes ya que podrían haber sido reemplazados por otros más acordes al momento evolutivo que atraviesa el niño/a o el joven en ese momento. Lo mismo puede decirse en relación a los "agravamientos": habría que conducirse con cautela ya que podrían tratarse de cambios debidos a la sustitución sintomática.

5.2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LOS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

Los efectos que se han descripto hasta este punto pueden ser producto de cualquier tipo de victimización, ya sea que ocurra de manera puntual o de forma crónica. En este apartado se tratarán las consecuencias asociadas más estrechamente a las diferentes tipologías de los malos tratos y a las agresiones sexuales.

Una vez más se recordará que la infancia y la adolescencia constituyen fases críticas del desarrollo en las que, en simultaneidad, se producen avances en diferentes ámbitos de la personalidad, a saber:

- la construcción de conceptos sobre sí mismo/a, sobre los demás y sobre el mundo exterior
- el establecimiento de las conexiones con los estados anímicos internos
- la adquisición de habilidades para defenderse y tolerar las frustraciones junto con las capacidades de agrupamiento y de socialización

Las consecuencias que se observan varían en relación con el momento en que se detectan los malos tratos y/o las agresiones sexuales y se procede a la intervención.

Cuando la detección es precoz –algo poco habitual por ahora- se perciben las reacciones iniciales a la victimización, comportamientos y efectos que se

producen como consecuencia directa de los episodios traumáticos (síndrome de estrés postraumático, trastornos en el desarrollo normal, emociones negativas y dolorosas, distorsiones cognitivas). Son equivalentes a los efectos localizados que se mencionaron en un apartado anterior de este capítulo.

Aunque no son los efectos que se detectan con mayor asiduidad, es de utilidad tenerlos en cuenta en interés de reconstruir la cronología de los malos tratos. A través de las fuentes secundarias es posible recoger registros de comportamientos compatibles con las reacciones iniciales que orientarán en cuanto a la fecha de comienzo de la victimización.

Es más frecuente que la detección y la intervención tengan lugar bastante tiempo después de que los malos tratos han comenzado. Debido a ello lo que se observa son la acomodación y la adaptación a los malos tratos y/o agresiones sexuales crónicos, mecanismos que los/as niños/as emplean para lograr cierto sentimiento de seguridad o para disminuir los efectos dolorosos de la victimización. En gran número de casos, suelen ser mecanismos exitosos con lo cual es habitual que presenten comportamientos aceptables y adecuados -con ligeras desviaciones de lo esperado- en la mayoría de los ámbitos en que se desempeñan.

Más allá de esta seudonormalidad o sobreadaptación, los/as técnicos/as deberán tener en cuenta el esfuerzo emocional que supone mantener esa fachada y el aislamiento que conlleva pues, para mantenerla, necesitan ocultar –deliberada o inconcientemente- lo que está sucediendo.

Cuando el niño/a se ha hecho mayor o cuando ya no es víctima de malos tratos o de agresiones sexuales por las razones que fueran, se advierten la elaboración a largo plazo y la acomodación y la adaptación secundarias características de esta tercera fase. Estas consecuencias reflejan, por un lado, los efectos de las reacciones iniciales y de la acomodación y la adaptación a los malos tratos crónicos sobre el desarrollo psicológico de esa persona y, por el otro, los mecanismos que la persona sigue utilizando para afrontar –por ejemplo minimizando- el malestar asociado a la violencia padecida.

Este tipo de secuelas es la que se suele observar también en los/as adultos/as que maltratan.

Si bien muchas de las manifestaciones de las reacciones iniciales pueden desaparecer con el tiempo, es bastante frecuente que esos trastornos, sumados a los de la fase de acomodación y adaptación a la situación de violencia crónica, persistan y lleguen a comprometer otros aspectos de la personalidad.

Siguiendo a uno de los más destacados expertos en el abordaje de estos problemas, John Briere (1992), clasificaremos las secuelas psicológicas del maltrato infantil de la siguiente manera:

Consecuencias internalizadas	Efectos post traumáticos Distorsiones cognitivas Alteraciones emocionales Disociación Trastornos en la percepción de sí mismo/a
Consecuencias psicosociales o de externalización	Trastornos en los contactos de intimidad con otras personas Conductas evitativas

Las secuelas internalizadas son aquellas que afectan al individuo en mayor medida y sólo indirectamente a su entorno mientras que las secuelas psicosociales, también conocidas como de externalización, perturban las relaciones con las otras personas.

5.2.1 Consecuencias internalizadas

Efectos postraumáticos

Son aquellos que aparecen muy próximos en el tiempo a la ocurrencia del(os) hecho(s) traumático(s), constituyendo la reacción normal de todos los individuos –adultos/as y niños/as- frente a episodios de esta naturaleza.

La mayoría de los comportamientos y las emociones asociadas a los episodios traumáticos no son indicadores de patología. Sólo representan las reacciones normales de todas las personas ante episodios que superan sus recursos para protegerse.

Las manifestaciones habituales son:

- Síntomas intrusivos: (se denominan de esta manera porque se “imponen” en la vida de las personas afectadas quienes sólo ejercen un control parcial sobre ellos)

- Recuerdos tipo flashbacks: se trata de escenas de carácter visual que repiten la totalidad o fragmentos de las situaciones traumáticas. Pueden confundirse con alucinaciones. Es importante recordar que no son alucinaciones y que no constituyen un indicador de patología. Sólo corresponde intervenir cuando su intensidad impide un desempeño medianamente aceptable en las actividades cotidianas.

- Pensamientos y/o recuerdos intrusivos: suelen girar alrededor de ideas relacionadas con la posibilidad de haber hecho –o dejado de hacer- algo para evitar los eventos traumáticos. Como ya se dijo, la persona afectada tiene muy pocas posibilidades de controlar su aparición y puede traerle problemas para concentrarse en sus actividades.

- Pesadillas: es frecuente que los episodios traumáticos se reiteren en sueños y pesadillas.

- Conductas evitativas: existe una tendencia activa e intencional para sustraerse de los estímulos asociados al acontecimiento traumático. Las personas suelen hacer esfuerzos deliberados para evadir los pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso y para eludir actividades, situaciones o personas que pudieran hacer aflorar recuerdos. En este comportamiento de evitación puede incluirse la amnesia total de algún aspecto puntual del acontecimiento.

- Otra manifestación de este tipo de sintomatología es la disminución de la reactividad hacia el mundo exterior, denominada “embotamiento psíquico” o “anestesia emocional” que puede aparecer poco después de ocurrido el(los) acontecimiento(s) traumático(s). Se observa una acusada disminución del interés o participación en actividades que antes resultaban gratificantes, una sensación de alejamiento o alienación de los demás y/o una disminución llamativa en la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad). Es posible que se asocie con sensaciones de tener por delante un futuro desolador (por ejemplo, no creer en la posibilidad de aprobar el curso, de hacer amigos o de llevar a cabo una vida normal).

- Estado de alarma constante: una persona que ha vivido situaciones traumáticas puede manifestar constantes síntomas de ansiedad e incremento en los niveles de alarma que no existían antes del mismo. Entre estos síntomas cabe citar:

    - Trastornos del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño, que puede deberse a pesadillas recurrentes donde se revive el acontecimiento traumático

- Estado de hiperalerta: se observa un estado de tensión y de expectativa exagerado frente a los estímulos ambientales, seguido de reacciones desproporcionadas a los estímulos que las provocan.

- Falta de concentración: irritabilidad (que puede llegra a crisis de ira) y dificultades para concentrarse o para ejecutar tareas.

- Respuestas fisiológicas ante hechos que simbolicen o semejen aspectos del(os) hecho(s) traumático(s): cuando el individuo queda expuesto a estímulos desencadenantes que recuerden o simbolicen un aspecto del acontecimiento traumático (por ejemplo, situaciones de seducción entre pares; acercamientos sexuales entre pares esperables para la edad; situaciones de secreto) suele experimentar un malestar psicológico intenso llegando a producirse respuestas de tipo fisiológico como taquicardia, hiperventilación, sudoración que pueden confundirse con ataques de pánico.

Es habitual que la mayoría de estas manifestaciones desaparezcan o disminuyan su intensidad en el transcurso de 4 a 6 semanas, sin necesidad de una intervención específica. Sin embargo, a veces, se hace necesario poner en marcha algún recurso debido al malestar que experimenta la persona afectada. La intervención estará orientada a disminuir las incomodidades que puedan ocasionar en la vida normal de ese niño/a o adolescente.

En otras ocasiones, las manifestaciones pueden ser más intensas y/o pueden no resolverse de manera favorable y/o en el tiempo habitual. En tales casos cabe la posibilidad de que se haya instalado lo que se conoce como trastorno de estrés post traumático.

Los indicadores descritos como efectos postraumáticos corresponden a los que se han descrito como efectos localizados. Los que se describirán a continuación, hasta el final del capítulo están relacionados con los efectos evolutivos.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM-IV (1995) este cuadro se reconoce por la aparición de síntomas característicos ante:

- la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o suponen cualquier otro tipo de amenaza para su integridad física;

- situaciones en las que el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien
- el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves

Siguiendo al DSM-IV, para confirmar un diagnóstico de trastorno de estrés post traumático, se debe comprobar la presencia de los siguientes indicadores:

- la respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los/as niños/as, un comportamiento desestructurado o agitado)
- el cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de:
    a) reexperimentación persistente del acontecimiento traumático,
    b) evitación persistente de los estímulos asociados a él y
    c) embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y
    d) síntomas persistentes de activación,
- el cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes, y
- provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

De acuerdo con las características del inicio y la duración de los síntomas, el cuadro clínico puede clasificarse dentro de tres modalidades diferentes:

- Agudo: aparece estrechamente relacionado con las experiencias traumáticas y la duración de los síntomas es inferior a tres meses.
- Crónico: aparece estrechamente relacionado con las experiencias traumáticas pero la duración de los síntomas es igual o superior a tres meses.
- De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Esta descripción resulta de gran utilidad para comprender el comportamiento de niños/as y adolescentes que han sido victimizados/as. Por ejemplo, no es habitual

que los/as profesionales de la salud o de la salud mental tengan en cuenta la posibilidad de malos tratos, agresiones sexuales o de violencia intrafamiliar cuando un niño/a llega a la consulta con la sintomatología descrita. Por el contrario, suele ser un diagnóstico al que se llega retrospectivamente cuando se pone en evidencia la situación familiar y se la asocia con la historia clínica o escolar de las personas menores.

También puede ocurrir que, una vez detectada la situación de violencia en la familia y aún estando el niño/a protegido/a y/o a cargo de otras personas o instituciones, reaparezcan todos o algunos de los indicadores descritos sin que, en apariencia, se hayan producido nuevas experiencias traumáticas. Es posible, entonces, que se trate de un trastorno por estrés post traumático en la modalidad de inicio demorado o, como ya se describió en párrafos anteriores, que la presencia de estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático detonen nuevamente la sintomatología. Estos estímulos pueden pasar desapercibidos para el observador (distribución de ciertos objetos en el entorno, interacciones muy específicas, aromas, sonidos) y tener una relación muy concreta con lo vivido por ese niño/a o adolescente.

La aparición de estos indicadores puede suceder, sin necesidad de que ocurra un nuevo episodio traumático, cuando el niño/a tiene que afrontar situaciones relacionadas con dichos episodios, por ejemplo: entrevistas con otros/as profesionales, nuevas valoraciones, declaraciones en los juzgados, etc.

Es fundamental en todos estos casos en los que la sintomatología aparece de manera intempestiva, hacer un diagnóstico diferencial adecuado con otros trastornos psicopatológicos más severos que suelen requerir indicaciones e intervenciones psiquiátricas muy diferentes de las que se utilizan en los casos de estrés postraumático.

Distorsiones cognitivas

Las conceptos acerca de uno/a mismo/a, acerca de los demás, acerca del entorno y la habilidad para proyectarse en el futuro se van construyendo en base a aprendizajes que comienzan en la infancia. Las víctimas de agresiones sexuales y malos tratos han pasado por numerosas experiencias negativas, con lo cual dichos conceptos se desarrollan y se establecen en forma distorsionada.

Presentan, por un lado, una tendencia a sobreestimar la peligrosidad y/o la hostilidad del entorno y, por el otro, una propensión a desestimar sus habilidades, afectando negativamente la valoración de sí mismos/as.

Estas distorsiones cognitivas se originan en las reacciones psicológicas normales ante los hechos abusivos y en los intentos de las víctimas por dotar a estas experiencias

de algún sentido, en sus intentos de contar con alguna explicación que justifique el haber sido objeto de violencia por parte de quien(es) debería(n) haberles cuidado.

Debido al momento del desarrollo evolutivo en que estos episodios ocurren, a la incapacidad de los/as niños/as para defenderse o para resistir a las agresiones sexuales y los malos tratos contribuirán a generar sentimientos de indefensión y de peligro crónicos.

Conviene recordar que los/as niños/as suelen considerarse merecedores del trato que se les dispensa, creencia que se refuerza en los casos en los que el agresor/a justifique su violencia expresando abiertamente estos argumentos.

Los/as niños/as suponen que si algo tan doloroso e injusto les está sucediendo no es porque otra persona tenga un problema sino porque ellos/as son inherentemente malos/as y deben ser castigados/as o agredidos/as, interpretando la violencia y a las agresiones sexuales como un castigo ante transgresiones que, en el peor de los casos, desconocen.

Los efectos de vivir durante largo tiempo en hogares donde la violencia ocurre a diario y, con frecuencia, de manera impredecible, hace que estos/as niños/as vivan en un estado de alarma constante no sólo ante peligros físicos concretos, sino también ante otro tipo de amenazas tales como la traición, el abandono y la injusticia.

Pueden presentar, además, una sensibilidad y una reactividad exageradas ante situaciones que les intimiden –sea de manera real, potencial o imaginada-, lo que suele ocasionarles continuos problemas en las relaciones con otras personas.

Debido a la diferencia de tamaño, de fuerza física, o de estatus social y/o jerárquico, el niño/a tiene pocas alternativas frente a las agresiones. La resistencia le resulta imposible o poco exitosa y las posibilidades de huida son transitorias y, por lo general, se logran después de haber sido objeto de la violencia.

Esta exposición continuada a situaciones en las que es incapaz de protegerse ante estímulos negativos tan contundentes, provocará la aparición de un conjunto de conductas conocido como “indefensión aprendida” acompañado por trastornos en la percepción de la propia eficacia. Los efectos de estos dos factores serán la pasividad frente a situaciones de peligro y las percepciones de ineptitud y falta de capacidad para enfrentar circunstancias negativas.

Es así que estos/as niños/as se vuelven vulnerables a victimizaciones en el futuro y proclives a aceptar y a soportar vínculos disfuncionales o abusivos.

Además, el haber experimentado violencia de manera crónica sin haberla podido predecir o sin haberse podido proteger, refuerza las tendencias de estos/as niños/as a predecir resultados negativos ante situaciones problemáticas o complejas sin intentar siquiera interactuar con la situación como para modificarla a su favor.

Es importante tener presente esta explicación ante el aparente desinterés o el evidente fracaso en el rendimiento escolar de muchos/as niños/as que han sufrido agresiones sexuales y malos tratos. No buscan ayuda para superar sus dificultades, o directamente la rechazan, en la creencia de que nada de lo que hagan les será de utilidad.

Una variante en la manera de responder a experiencias de ataques impredecibles es a través de comportamientos tendentes a controlar tanto al entorno como a sí mismos/as. Para estos/as niños/as, el control resulta de importancia vital para la supervivencia, observándose conductas de excesivo autocontrol, tendencia al individualismo y a la autosuficiencia extremos, llegando incluso al aislamiento y a la evitación de relaciones de proximidad e intimidad.

Otro de los aspectos que es necesario tener en cuenta para valorar las distorsiones cognitivas son los intentos que hacen las víctimas para dotar de sentido o para encontrar alguna explicación a lo que les ha sucedido. Para ello echan mano a inferencias cuasi-lógicas que les permiten comprender la intencionalidad y/o el significado de las conductas aversivas o las agresiones sexuales de los progenitores ocurridas en etapas tempranas, utilizando los recursos cognitivos con los que cuentan en las fases de desarrollo en que ocurrieron. Como ya se dijo, la lógica de las etapas tempranas es que son merecedores/as del trato violento aunque ellos/as no comprendan los motivos. El hecho de ser tratados/as de esta manera les confirma que no son lo suficientemente valiosos/as como para recibir cariño y cuidados adecuados.

Este sistema de creencias pondrá de manifiesto los intentos de cada niño/a o adolescente para encontrar respuestas a por qué la(s) persona(s) que debería(n) haberle protegido y cuidado le han provocado daño y dolor. Las explicaciones que elaboran suelen ser poco objetivas, tienden a la culpabilización de las víctimas, a la evitación de la responsabilidad y a la justificación de los/as adultos/as, siendo estas elaboraciones muy resistentes a los cambios que pudiera intentar introducirse a partir de observaciones de terceros.

Las consecuencias de estos intentos infantiles por dotar de sentido a las experiencias traumáticas contribuyen al refuerzo de la pasividad frente a situaciones de peligro, los autorreproches, una baja autoestima, y el odio a sí mismo/a.

Alteraciones emocionales

Las más frecuentes en las víctimas de agresiones sexuales y malos tratos crónicos son la depresión y la ansiedad. En las personas adultas, los cuadros depresivos se presentan con las siguientes características:

- desinterés e incapacidad para disfrutar las actividades habituales
- tristeza

- desesperanza
- decaimiento
- irritabilidad
- falta de energía
- sentimientos de infravaloración o de culpa
- dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones
- pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas
- trastornos del apetito, del peso, del sueño y de la actividad psicomotora.

No es habitual en los casos de niños/as y jóvenes observar toda la sintomatología descrita. Por lo general sólo aparecen algunos de los componentes de este cuadro e interfieren en las actividades en grado variable.

En los casos en que se observa ansiedad, además de los componentes de angustia, inquietud y preocupación, en estos/as niños/as y jóvenes se pueden observar:

- estados de alerta exagerados ante los peligros del entorno, justificados o no;
- preocupación con temas relativos al control acompañada de la sensación de peligro o catástrofe ante su pérdida (miedo a perder el control o a "volverse loco", miedo a morir);
- interpretación incorrecta de señales neutras en las relaciones interpersonales (interpretándolas como peligrosas o amenazantes), y
- presencia de componentes somáticos (palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad)

Disociación

Consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno.

La disociación se produce como consecuencia de la ruptura –defensiva- en las conexiones normales entre los sentimientos, los pensamientos, el comportamiento

y los recuerdos; ruptura provocada de manera consciente o inconsciente para disminuir el sufrimiento psicológico (Braun, 1988).

Este mecanismo defensivo no debe ser considerado patológico por sí mismo, ya que generalmente no produce malestar ni deterioro y es sumamente útil para evitar el sufrimiento emocional. Sin embargo, puede provocar inconvenientes, trastornos en el funcionamiento y deterioro en la personalidad cuando se instala de manera crónica y/o resulta el mecanismo defensivo de elección independientemente de las características y de la intensidad del estímulo que lo activa.

Según el DSM-IV (1995), la disociación patológica es un efecto a medio y largo plazo de este mecanismo defensivo que puede presentarse como una alteración repentina o gradual, transitoria o crónica. En los casos de víctimas de agresiones sexuales y de malos tratos crónicos el uso del mecanismo suele haber comenzado de manera gradual para prolongarse y aplicarse forma crónica, extendiéndose a cualquier tipo de situación dolorosa.

La disociación es sumamente útil para:

- Escapar de los límites de la realidad
- Mantener recuerdos y emociones relacionados con los hechos traumáticos fuera de la conciencia
- Producir alteraciones o desconexiones con el sentimiento de sí mismo
- Producir analgesia (Putnam, 1989)

Los tres tipos de conductas disociativas observadas en víctimas de agresiones sexuales y maltrato crónico son el distanciamiento, la desconexión o embotamiento, y la observación.

El distanciamiento implica una separación en el plano cognitivo que impide al individuo conectar con el entorno cuando ocurre el hecho traumático. Los sujetos lo suelen describir como “espacios en blanco” o “ausencias” producto del alejamiento hacia un estado de neutralidad afectiva o cognitiva, en el que los pensamientos y la conciencia acerca de los eventos del exterior son colocados “en suspenso”. Se trata de períodos relativamente breves (duran desde segundos hasta algunos minutos) y la profundidad de la disociación es baja. Lo más frecuente es que las personas afectadas no respondan a una actividad voluntaria y que tomen conciencia de lo que les ha sucedido por los comentarios de los demás.

La desconexión o el embotamiento es el efecto del mecanismo disociativo cuando se emplea –conviene recordar que no es un uso voluntario- para atenuar la

intensidad de los afectos negativos asociados a ciertos pensamientos, recuerdos o hechos que están sucediendo. La desconexión permite que la víctima continúe con sus actividades habituales sin ser distraída ni quedar paralizada por el dolor psicológico. Cuando un individuo sufre estas consecuencias de manera crónica, suele estar distanciado de sus emociones, a las que puede dejar de registrar o, directamente, de sentir. Se suele observar con frecuencia este mecanismo cuando las víctimas de situaciones de violencia crónica describen sus experiencias pasadas a otras personas, sin dar muestras de la afectividad que deberían acompañar a vivencias tan dolorosas.

La observación es la forma que reviste la disociación cuando las personas tienen la sensación de estar observando, como si fueran espectadoras, aquellos hechos que les están ocurriendo o que les han ocurrido. A pesar de haber estado directamente involucradas la sensación que tienen es que no participan en ellos. Es un fenómeno común en los casos de despersonalización y en las llamadas “experiencias fuera del cuerpo” que pueden acompañar al trastorno de estrés postraumático. De esta forma se puede tener la sensación de estar mirando la situación desde fuera y, por lo tanto, alejado/a de la amenaza del estímulo potencialmente aterrorizante o dañino.

La amnesia es otra expresión de los mecanismos disociativos. Permite al individuo, inconscientemente, evitar la ansiedad y el malestar asociados a los recuerdos traumáticos haciéndolos desaparecer del campo de la conciencia.

El trastorno de personalidad múltiple es otra manifestación de los trastornos disociativos. Su actual denominación en el DSM-IV es trastorno de identidad disociativo. La característica esencial es la existencia de dos o más identidades o estados de la personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente. Existe una incapacidad para recordar información personal importante, incapacidad demasiado acentuada como para explicarse a partir del olvido ordinario. Cada personalidad se vive como una historia personal, una imagen, una identidad e incluso un nombre distintos. Generalmente hay una identidad primaria con el nombre del individuo, que es pasiva, dependiente, culpable y depresiva. Las identidades alternantes poseen habitualmente diferentes nombres y rasgos que contrastan con la identidad primaria (por ejemplo son hostiles, dominantes y autodestructivas). En circunstancias muy concretas, el individuo puede asumir determinadas identidades que pueden diferir en edad, sexo, léxico, conocimientos generales y estados de ánimo. Las identidades alternantes se presentan como si se controlaran secuencialmente, una a expensas de la otra, pudiendo negar el conocimiento entre ellas, ser críticas unas con otras e incluso entrar en conflicto abierto. No es un trastorno frecuente y su diagnóstico compete al especialista en salud mental.

Trastornos en la percepción de sí mismo/a

A pesar de no contar con una definición precisa del concepto de sí mismo/a, hay acuerdo en considerarlo la habilidad de los individuos para percibirse como seres únicos, diferentes e integrados en un cuerpo, con capacidad para ejecutar acciones, experimentar sentimientos, tener intencionalidad, desarrollar planes y tener continuidad en el tiempo.

Las agresiones sexuales y los malos tratos crónicos afectan esta habilidad de tener conciencia de la propia entidad como un concepto estable en distintos contextos y situaciones, así como frente a estados emocionales diferentes.

Cuando se carece de la posibilidad de percibir estas características de uno/a mismo/a, es factible experimentar estados de confusión en la identidad, dificultades en el establecimiento y en el respeto de límites (con el consiguiente riesgo de agredir a otros/as); sentimientos de vacío interno; incapacidad para tranquilizarse (puede causar reacciones emocionales exageradas); e incapacidad para comprender o para relacionarse con los demás teniendo en cuenta necesidades y deseos ajenos.

Las causas probables de esta dificultad de percibirse a sí mismo/a se pueden rastrear en las dificultades vinculares con adultos/as significativos/as que no favorecen o no permiten la percepción de los estados anímicos internos ni la diferenciación ni separación del niño/a. Niños/as que, además, suelen aprender que prima la satisfacción o la guía de los demás sobre los criterios propios, cosa que tampoco ayuda al proceso de individuación.

5.2.2 Consecuencias psicosociales o de externalización

Trastornos en los contactos cercanos con otras personas

Los orígenes de estas dificultades se pueden encontrar en las respuestas esperables ante situaciones de victimización crónica –tales como desconfianza hacia los demás, rabia y/o temor hacia las figuras de autoridad o hacia personas que ejercen poder, temor al abandono, percepción de injusticias – y en la manera en que las víctimas se han adaptado a las experiencias de agresiones sexuales y de violencia crónicas.

A pesar de que las causas son entendibles y justifican estos comportamientos, su presencia suele interferir en las posibilidades de adaptación y en los niveles de desempeño de niños/as y jóvenes en su día a día, generando problemas con otras fuentes de apoyo social en lo que hace a aceptación y contención.

Dentro de las dificultades que se detectan en este ámbito están los trastornos en los vínculos de intimidad, los trastornos en la sexualidad, la asociación de relaciones interpersonales con agresión, la conflictividad y la manipulación y las conductas agresivas.

Se consideran trastornos en los vínculos de intimidad al temor, la desconfianza o la ambivalencia que sienten estos/as niños/as y jóvenes ante el contacto y la cercanía emocional. Muchos/as de ellos/as suelen equiparar la vinculación con otras personas a vulnerabilidad y, por ende, a peligro. Suelen ser sumamente sensibles ante la posibilidad de abandono y a los sentimientos de soledad y aislamiento. El temor a no ser aceptados/as, con frecuencia puede llevarles a recluirse y a evitar los contactos afectivos.

Los trastornos en la sexualidad abarcan trastornos sexuales relacionados con los temores ante la vulnerabilidad, a posibles revictimizaciones y a la desconfianza generalizada hacia parejas sexuales. Aunque parezca paradójico, coexisten con una tendencia a depender o a idealizar a sus parejas. Debido a una excesiva preocupación por lo sexual tiende a sexualizar vínculos no sexualizados y a tener una historia de múltiples parejas con contacto superficial que se abandonan a medida que los vínculos comienzan a profundizarse.

Estos/as niños/as y jóvenes han crecido prácticamente en un mundo que se asemeja mucho a los campos de batalla donde, por no ser uno/a merecedor/a de nada, nada se consigue ni se da porque sí. De ahí que hayan aprendido desde muy pequeños/as a conseguir lo que necesitan –en el plano afectivo y/o material- entregando otras cosas a cambio o engañando a alguien.

Para explicar por qué recurren a la manipulación hay que tener presente que las víctimas de agresiones sexuales y malos tratos/as, al igual que los/as que no han sufrido este problema, necesitan imperiosamente establecer vínculos interpersonales. Sin embargo, han aprendido que nada se da porque sí o, al menos, que ellos no conseguirán las cosas con facilidad. Así es que reproducen habilidades aprendidas en etapas anteriores para obtener los recursos que necesitan en un medio ambiente que les resulta sumamente hostil.

Entre las conductas manipuladoras podemos mencionar las amenazas de suicidio o de autoagresión (ambas proferidas con la intención de conseguir algo que les interese). Es importante destacar que el hecho de lograr sus objetivos puede tranquilizarles transitoriamente. Sin embargo, la persona que se ha sentido presionada o manipulada suele reaccionar con enojo, rechazo y tender a alejarse, con lo cual se reinicia el círculo vicioso de nuevas manipulaciones ante el malestar y la sensación de vacío que provoca en estos/as niños/as y jóvenes.

Conductas evitativas

Son comportamientos cuyo objetivo es reducir la tensión, el malestar y la angustia que los mecanismos disociativos no consiguen controlar. Entre ellos, encontramos las adicciones a drogas y/o alcohol, las tendencias suicidas y otras conductas dirigidas a disminuir la tensión (por ejemplo: cualquier comportamiento impulsivo y/o de

riesgo, las automutilaciones, las conductas sexuales compulsivas, los trastornos compulsivos de la alimentación, el gasto y/o el juego compulsivo).

Con estos comportamientos se consigue:

- atenuar transitoriamente los estados emocionales negativos
- ciertos niveles de euforia
- desconectar de los recuerdos traumáticos y dolorosos
- posibilidad de expresar emociones tales como la rabia, la tristeza que no se podrían expresar en otro contexto
- cierta autonomía de la necesidad de contar con un grupo de pares para recibir apoyo y contención

5.3 INDICADORES COMPORTAMENTALES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN EL CONTEXTO DE LOS EFECTOS DE LA TRAUMATIZACIÓN

En el capítulo 1 se han descripto los indicadores comportamentales que suelen observarse en las víctimas de agresiones sexuales. Interesa destacar en este apartado los siguientes indicadores para hacer una descripción más detallada de sus características y para asociarlo al marco referencial de los efectos de la traumatización:

- **Conductas hipersexualizadas que incluyen:**
  - **Masturbación compulsiva**
  - **Conductas sexuales inapropiadas para la edad**
  - **Variantes peculiares de los juegos de "médicos", "los novios" o "el papá y la mamá"**
  - **Utilización de la fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros niños/as o adolescentes en los juegos sexuales**
  - **Sexualización precoz: juegos sexuales tempranos acompañados de un grado de curiosidad sexual inusual para la edad**
  - **Juegos sexuales con otros niños/as o adolescentes mucho menores o que están en un momento evolutivo distinto.**

- **Acercamientos peculiares a los/as adultos/as:**
    - **Tratar de tocar u oler los genitales del adulto**
    - **Aproximarse por detrás a una persona agachada y, desde esa posición, realizar movimientos copulatorios**
    - **Acomodarse sobre un adulto/a en la cama y simular movimientos de coito**
    - **Pedir que le introduzcan o tratar de introducir la lengua al besar**

- **Promiscuidad sexual, prostitución (en adolescentes)**

5.3.1 Qué es una conducta "hipersexualizada"

La conducta hipersexualizada es uno de los indicadores más ligados al abuso. Insinúa un conocimiento inhabitual del niño/a acerca de los comportamientos sexuales adultos y revela una erotización precoz.

Poder distinguir en poco tiempo y con el mayor grado de certeza posible si estamos frente a conductas exploratorias inofensivas o a indicadores de que algo más grave está ocurriendo, es de gran ayuda para la detección de los abusos sexuales.

Por eso mismo, vale la pena aclarar algunos aspectos que suelen despertar confusión o polémica.

El desarrollo normal

- Todos los niños/as, entre los 4 y 5 años, se muestran interesados en los asuntos sexuales y hacen preguntas sobre la diferencia sexual anatómica, sobre cómo nacen los bebés y cómo se forman.
- Todos los niños/as, alrededor de esa edad exploran sus propios cuerpos y curiosean el de sus pares (sobre todo los del sexo opuesto). Juegan "al doctor" mirando sus genitales y tocándolos. Incluso suelen llamarle la atención los pechos femeninos o los genitales adultos.
- Tanto la curiosidad como los juegos sexuales infantiles permiten explorar las sensaciones asociadas con las zonas erógenas (lo cual incluye la masturbación) y representan un estadio normal del desarrollo biopsíquico.

- Todos/as los/as adolescentes exploran su cuerpo, se masturban, tienen intereses sexuales y se sienten atraídos/as sexualmente por sus pares con quienes realizan actividades sexuales exploratorias de manera consensuada, pudiendo interrumpirlas cuando alguno/a se siente molesto/a o no está de acuerdo con seguir adelante.

Conductas hipersexualizadas

- Masturbación compulsiva: se considera que reviste esta característica cuando la masturbación resulta la actividad que más interés despierta en el niño/a o adolescente, que ocupa la mayor parte de su tiempo, llegando a no poder evitarla o detenerla aún en presencia de una figura que podría censurarle o reprenderle; cuando la persona menor se provoca lesiones debido a esta actividad y/o introduce objetos en su vagina o en su ano; cuando emite sonidos o gemidos semejantes a los de la actividad sexual adulta y/o realiza movimientos copulatorios mientras se masturba
- Conductas inapropiadas para cualquier edad: por ejemplo investigar los genitales -sobre todo, el recto- de animales, o intentar introducir objetos en sus orificios.
- Variante peculiar de jugar “a los médicos”, a “los novios” o a “mamás y papás”: los niños/as victimizados/as suelen proponer juegos con representaciones o actividades concretas de sexo oral, coito anal o vaginal, inserción de objetos en orificios genitales o masturbación mutua.
- Utilización de la fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros niños/as en los juegos sexuales.
- Niño/a o adolescente que realiza juegos sexuales con otro/a mucho menor o que está en un distinto momento evolutivo.
- Acercamientos peculiares a los adultos: tratar de tocar u oler los genitales del adulto; aproximarse por detrás a una persona agachada y, desde esa posición, realizar movimientos copulatorios; acomodarse sobre un adulto en la cama y simular movimientos de coito; solicitar o tratar de introducir la lengua cuando besa.

En este punto cabe aclarar que los comportamientos y las reacciones emocionales de las víctimas de abusos sexuales no pueden ni deben interpretarse de manera lineal ni unívoca. Un mismo indicador puede tener diferentes causas y, según el momento de su aparición, se podrá inferir que ha sido provocado por causas distintas aun cuando se lo observe en una misma víctima.

Esta aparente contradicción y la complejidad resultante revelan las diferentes modalidades de reacción de las personas menores en su intento de defensa y adaptación a la traumatización.

Hecha esta salvedad, se podrá comprender que las conductas hipersexualizadas constituyen, por un lado, efectos localizados de la situación traumática , es decir que, en algunos casos, es factible observarla en la fase inicial de las agresiones sexuales sobre todo en niños/as pequeños/as que tienden a reproducir o a dramatizar situaciones que han vivido.

Si bien, pueden ser la expresión de efectos localizados de la traumatización también pueden indicar los efectos evolutivos que ésta tuvo en el desarrollo de las víctimas llevándoles a la externalización de las agresiones sufridas: agrediendo a otros/as niños/as o adolescentes; atribuyendo características sexuales a vínculos que no deberían tenerlas; trasgrediendo los límites impuestos por la sociedad o por el contexto adulto, en ocasiones hasta buscando la puesta de límites y eventuales castigos; asociando sexualidad y/o intimidad con violencia y agresión; manipulando a otros/as en un intento de reproducir y controlar lo que han vivido. Todo esto sin descartar la posibilidad de que otros/as niños/as o adolescentes (y a veces los/as mismos/as en un contexto diferente) se sientan extremadamente vulnerables, por momentos de manera injustificada, y se coloquen en situación de riesgo o permitan revictimizaciones.

Criterios semejantes pueden aplicarse a los indicadores comportamentales inespecíficos: algunos de ellos revelarán efectos localizados de la situación traumática y otros pondrán en evidencia las consecuencias de la traumatización crónica.

A continuación se analizarán los indicadores comportamentales inespecíficos teniendo en cuenta la posibilidad de que se traten de efectos localizados del trauma o de efectos evolutivos de internalización o de externalización.

Indicadores según período evolutivo	Efecto localizado del trauma	Efecto evolutivo del trauma	
INFANCIA TEMPRANA (<3 años)		Efectos de internalización	Efectos de externalización
Retraimiento social	X	X	
Alteraciones en el nivel de actividad junto con conductas agresivas o regresivas	X		X
Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas	X	X	X
Alteraciones en el ritmo de sueño	X	X	

PREESCOLARES			
Síndrome de estrés post-traumático		X	
Hiperactividad	X		X
Conductas regresivas	X	X	X
Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos)	X	X	
Fobias y/o temores intensos	X	X	
Fenómenos disociativos		X	
ESCOLARES Y PRE-ADOLESCENTES			
Dificultades de aprendizaje o alteraciones en el rendimiento, de aparición brusca e inexplicable	X	X	
Fugas del hogar	X		X
Retraimiento llamativo o, por el contrario, hostilidad y agresividad exacerbada en el hogar, y/o con sus amigos/as y compañeros/as de estudios	X	X	X
Sobreadaptación, pseudomadurez		X	
Conflictos con las figuras de autoridad, junto con una marcada desconfianza hacia los/as adultos/as significativos/as	X		X
Pequeños robos	X		X
Mentiras frecuentes	X	X	X
Sentimientos de desesperanza y tristeza		X	
Tendencia a permanecer en la escuela fuera del horario escolar	X		X
ADOLESCENTES			

Conductas violentas de riesgo para su integridad física	X		X
Retraimiento, sobreadaptación	X	X	
Fugas del hogar	X		X
Consumo de drogas	X		X
Delincuencia	X		X
Automutilaciones y otras conductas agresivas	X		X
Intentos de suicidio	X		X
Trastornos disociativos		X	
Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia)	X	X	

BIBLIOGRAFÍA

Barudy, J. (1999): *"Maltrato Infantil Ecología social: Prevención y reparación"*, Galdoc, Santiago de Chile

Briere, J. (1992): *Child abuse trauma*- Sage - EEUU

Briere, J.; Berliner, L.; Bulkley, J.A.; Jeny, C. y Reid, T. (1996): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* – Sage- EEUU

Braun, B.G. (1988): *The BASK (behavior, affect, sensation, knowledge) model of dissociation*, Dissociation, 1, págs. 4-23

De Paúl Ochotorena, J. y Arruabarrena Madariaga, M.I. (1996): *Manual de protección infantil* - Masson, S.A. – Barcelona

DSM-IV *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentale*s (versión electrónica) (1995) –Masson, S.A. – Barcelona

Finkelhor, D. y Browne, A. (1986): *The Effects of Sexual Abuse en Finkelhor,* D. y cols. (compiladores): Sourcebook on Child Sexual Abuse - Sage - EEUU

Finkelhor, D. (1995): *The victimization of children: A developmental perspective, American Journal of Orthopsychiatry,* 65(2), pág. 177-193

Finkelhor, D. (1996): *Introduction en Briere,* J.; Berliner, L.; Bulkley, J.A.; Jeny, C. y Reid, T. (1996): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* – Sage- EEUU

Intebi, I. (1997): *Maltrato Infantojuvenil*, en EDISA (Educación a Distancia en Salud del Adolescente) – Módulo N° 11 – Buenos Aires

Intebi, I. (2002): *Maltrato, Abuso y Negligencia - Guías de Atención de Niños y Niñas Destinada al Equipo de Salud del Primer Nivel de Atenc*ión - Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires – Argentina

Intebi, I. y Osnajanski, N. (2003): *Maltrato de Niños, Niñas y Adolescentes: Detección e Intervenci*ón – Cuadernos de Capacitación- Familias del Nuevo Siglo – Buenos Aires

McNally, R.J. (1993): *Stressors that produce posttraumatic stress disorder in children*. En Davidson, J.R.T. y Foa, E.B. (editores): *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyon*d (págs. 207-221)- American Psychiatric Press – EEUU

Putnam, F.W. (1989): *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder* - Guilford - EEUU

Sgroi, S. (1982): *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse* - Lexington Books -EEUU

Summit, R.C. (1983): *The child sexual abuse accommodation syndrome (El síndrome de acomodación al abuso sexual infantil)*. Child Abuse & Neglect, 7, págs. 177-193.

Temas de Maltrato Infantil (1997-2002), publicación de Familias del Nuevo Siglo – Buenos Aires - Argentina

6. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

Resulta pertinente hacer un breve repaso de las recomendaciones establecidas en el MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrrena y Alday, 2008).

El objetivo final de la intervención protectora es garantizar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes, objetivo que se logra al cubrir las necesidades básicas -físicas, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas- de los/as usuarios/as menores. Para ello, el Programa de Intervención Familiar (PIF) desarrollarán acciones y ofrecerán recursos y servicios tanto a las familias como a las personas menores.

Para lograr el objetivo final, la intervención apunta a disminuir los factores de riesgo y a reforzar los factores de protección, trabajando con los distintos niveles –protagonistas- de las situaciones de desprotección, lo que constituye el componente multimodal de la misma. La implicación y el peso que se pondrá en cada uno de estos niveles serán diferentes en función de las características y las necesidades de cada caso. Los niveles de intervención son:

1. Las figuras parentales
2. Los/as niños/as y adolescentes
3. La red de apoyo

El foco de la intervención se situará en establecer y asegurar las condiciones necesarias para garantizar el bienestar, la seguridad y un proceso de desarrollo sano del niño/a o adolescente y no exclusivamente en corregir o contrarrestar la situación de desprotección.

Esta recomendación que se planteó en una publicación anterior en relación a la desprotección en general (Intebi, 2009) cobra todavía mayor trascendencia en los casos de las agresiones sexuales pues para lograr la recuperación y asegurar el bienestar de la(s) persona(s) agredida(s), tendrán igual peso los recursos y las estrategias que se pongan en marcha para reparar el daño sufrido por la(s) víctima(s) como los que se utilicen para garantizar un medio familiar y un contexto de adultos/as protectores/as tanto para el niño/a agredido/a como para otros/as menores convivientes.

Desde el inicio es fundamental desarrollar intervenciones dirigidas específicamente a los/as niños/as o adolescentes víctimas de la desprotección y de las agresiones sexuales. Conviene tener presente que las dificultades que presentan las familias, dada su complejidad, tardan un tiempo -imposible de predecir- para resolverse y las personas menores no pueden quedar a la espera de que estos cambios se produzcan.

Además, ciertas dificultades de niños/as y adolescentes pueden llegar a convertirse en agentes potenciadores o mantenedores de la desprotección. Por otro lado, las víctimas de abusos sexuales pueden presentar problemas en el desarrollo o en el área emocional -por ejemplo, comportamientos sexualizados, problemas académicos, problemas comportamentales severos- que requieren un abordaje y tratamiento específicos. De hecho, la intervención a este nivel permite que aun cuando las circunstancias familiares no cambien con el plan propuesto sea posible mejorar de forma significativa la situación y la calidad de vida de las personas menores.

En lo que hace a los adultos/as no agresores/as, la intervención estará dirigida a reforzar al máximo sus capacidades y sus aspectos positivos (factores de protección) que contribuyan a:

- tomar conciencia de cómo cuidar y proteger a sus hijos/as;
- acompañar a los/as niños en el proceso de recuperación; y
- evitar nuevas revictimizaciones.

Las agresiones sexuales de por sí, sobre todo si ocurren en el contexto familiar, representan situaciones de extrema gravedad que suponen un alto riesgo para los/as niños/as y adolescentes. En tal contexto los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar (PIF) deberán representar un papel muy activo tanto en la protección como en la detección y en la prevención de nuevas victimizaciones. Sin sustituir a los padres en sus funciones o responsabilidades respecto a la atención de sus hijos/as deberán estar muy atentos/as a nuevas situaciones de riesgo ya sea porque se generan nuevas circunstancias de desprotección o porque la víctima no recibe por parte de su grupo familiar y social los cuidados necesarios para cada fase del proceso reparatorio.

La intervención ante cualquier forma de desprotección infantil (incluyendo los abusos sexuales) se enmarca en un contexto de autoridad y control ejercidas por los Servicios de Protección Infantil que lleva a que los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar (PIF) representen simultáneamente ante la familia un rol de apoyo personal junto con un rol normativo.

Las familias atendidas por los Servicios de Protección Infantil suelen presentar múltiples dificultades en áreas diversas tales como salud mental, relaciones sociales,

área laboral y económica, área escolar, etc. que no son abordadas directamente por los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar (PIF) sino que deben ser atendidas por otros servicios o recursos comunitarios. Esta colaboración entre instituciones, programas y profesionales constituye el componente multisectorial e interinstitucional/interdepartamental de la intervención que supone la puesta en marcha de todos los recursos propios y ajenos al programa que sean necesarios para dar cobertura a los problemas detectados, condición que requerirá de una coordinación estrecha y continuada con dichos recursos/servicios para compartir información y mantener una línea de actuación común.

La intervención también se dirige a promover, a través del trabajo en coordinación con los servicios comunitarios normalizados, la creación de una red externa de apoyo a la familia -componente interinstitucional/interdepartamental de la intervención enfocado sobre la Red de Apoyo- con el objetivo de que, en un futuro, esta red le permita a la familia funcionar de forma autónoma o, de ser necesario, que prevenga o dé cobertura a las necesidades de sus integrantes ante posibles crisis o problemas.

En el caso de los abusos sexuales la coordinación con los/as profesionales de la Justicia resulta crucial para llevar adelante una intervención eficaz y colaborar al proceso reparatorio de la víctima.

La coordinación con el sistema legal tiene varios objetivos:

- Aportar información a las autoridades judiciales sobre el estado emocional de la víctima y sobre la evolución del proceso de reparación;
- Valorar si el niño/a o adolescente está en condiciones emocionales de participar en los requerimientos del proceso legal (declaraciones; peritajes);
- Asesorar a las autoridades judiciales acerca de las mejores condiciones para que el niño/a o adolescente participe en el proceso legal, evitando la revictimización institucional; y
- Contar con información de primera mano acerca de cómo se desarrollará el proceso legal para poder preparar a la persona menor y a sus familiares para afrontarlo de la mejor manera posible.

Durante el desarrollo de la intervención, los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar (PIF) deberán tomar decisiones de manera constante. Se recomienda que las decisiones se orienten en función de los siguientes principios básicos:

- La finalidad de la protección es transformar a las familias que dejan a sus niños/as en situación de riesgo en familias adecuadas.
- Perseguir el interés superior del niño/a o adolescente.
- La estrategia de intervención como una alternativa mejor a la ausencia de protección.
- La intervención como una alternativa definitiva que garantice la continuidad de la atención y la estabilidad de la vida familiar de las personas menores.
- Escoger las intervenciones mínimas que produzcan la menor intromisión posible en la vida de los/as niños/as o adolescentes y en las de su familias.
- Las decisiones que se adopten serán evaluadas y se controlarán los riesgos y los beneficios que puedan generar.

Es importante recordar que un alto porcentaje de familias que son atendidas en los Servicios de Protección Infantil no acude voluntariamente a solicitar apoyos para la resolución de sus dificultades con sus hijos/as pues, en su mayoría, los/as padres/madres o responsables legales no poseen una conciencia clara de problema y, por lo tanto, carecen de la motivación necesaria para implicarse en un proceso de cambio. En los casos de abusos sexuales intrafamiliares es bastante común que la familia se encuentre dividida entre quienes apoyan a la persona menor y a quien le protege y quienes, por diversos motivos, descreen que las agresiones hayan podido ocurrir y toman partido por el agresor/a.

En general, son los Servicios de Protección los que toman la iniciativa de "entrar" en la vida de las familias o aparecen como "aliados" de quienes creen en el niño/a o adolescente. Esto contribuye a que, con frecuencia y desde los comienzos de la intervención, los Servicios de Protección encuentren una fuerte resistencia –explícita o no- por parte de las familias que quieren ocultar el problema o por parte de los integrantes que descreen que los abusos ocurrieron. Así la intervención de los Servicios de Protección suele ser percibida como una amenaza y una "intromisión" de los/as profesionales en sus vidas.

Esta resistencia reconoce distintos orígenes: la ausencia de conciencia de problema; la naturalización de las agresiones sexuales en familias en las que han ocurrido durante varias generaciones; el temor a perder a sus hijos/as; el temor a las consecuencias legales; el cuestionamiento a la calidad de los cuidados brindados por los padres; el temor al distanciamiento o pérdida de personas de su entorno más cercano ante el descubrimiento de su situación.

Los/as profesionales del Programa de Interevención Familiar (PIF), previendo estas resistencias, deberán elaborar y poner en marcha estrategias para minimizarlas y favorecer la implicación de los miembros no agresores de la familia en el tratamiento. A los/as lectores interesados/as en estas estrategias se les recomienda consultar

el Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrrena y Alday, 2008; págs. 22 y 23).

Entre estas estrategias se recomiendan las intervenciones en el entorno de la familia, haciendo el máximo uso de su red natural de apoyo para fomentar la percepción de sus propias capacidades de cambio y favorecer una mayor eficacia en la resolución de los problemas al abordarse en el contexto en el que aparecen.

6.1 DISEÑO DEL PLAN DE CASO

Después de confirmada una sospecha de abuso sexual intrafamiliar –o extrafamiliar en la que los/as adultos/as no actúan de manera protectora- es necesario plantear cuáles son los recursos más adecuados –que, además, estén disponibles- para:

- controlar y disminuir los factores de riesgo;
- favorecer y estimular los factores de protección; y
- reparar los efectos que la violencia sexual y la desprotección pudieran haber provocado en niños/as y adolescentes.

En esta etapa, si bien están más implicados/as los/as profesionales de los Equipos de Evaluación y Coordinación de Casos –que han explorado los aspectos mencionados y han llegado a determinadas conclusiones-, es aconsejable que quienes se desempeñen en Programa de Intervención Familiar participen en el diseño del plan de caso y/o en la elección de los recursos a utilizar. Esta coordinación entre equipos es muy importante a fines de identificar y compartir los criterios para trabajar con la familia y/o con los/as niños/as y adolescentes.

La estrecha coordinación y colaboración entre los Equipos de Evaluación y Coordinación de Casos y el Programa de Intervención Familiar también se pone en marcha en aquellos casos en los que se procede a la evaluación en intervención. Hay casos en que no se puede confirmar desde el inicio la existencia de agresiones sexuales pero se sospecha una situación de desprotección moderada o grave.

En general, la evaluación en intervención se llevará a cabo en los siguientes casos:

- cuando la investigación no ha llegado a confirmar o a refutar la existencia de las agresiones sexuales, persistiendo las sospechas de desprotección grave;
- cuando la investigación no ha llegado a confirmar o a refutar la existencia de las agresiones sexuales, persistiendo las sospechas de desprotección moderada, y cuando no se considera que el seguimiento que puede hacerse desde la red de servicios comunitarios sea suficiente para obtener la información necesaria para verificar la existencia de los abusos sexuales, siendo necesarios profesionales especializados/as y en contacto cercano e intensivo con la familia para continuar el proceso de obtención de información;

- cuando los/as adultos/as comienzan a ejercer el rol parental bien (1) porque inician su convivencia con el niño/a o adolescente; o (2) porque la reinician tras un largo período de tiempo sin contacto con éste/a, y hay sospechas fundadas de que pueden tener dificultades importantes para ejercer adecuadamente las funciones parentales;
- cuando hay desprotección grave y la evaluación concluye con un pronóstico incierto o negativo en relación a las posibilidades de capacitación parental y se considera necesario clarificar, verificar o refutar dicho pronóstico para proceder a diseñar un plan de caso de carácter estable.

6.2 PLAN DE CASO E INTERVENCIÓN

La primera y principal regla a tener en cuenta cuando se diseña un plan de caso ante situaciones de abusos sexuales y de desprotección de niños/as y adolescentes a fines de obtener resultados positivos es que los comportamientos violentos contra las personas menores deben haberse interrumpido.

Cuando se establece el plan de la intervención conviene tener identificados y haber tomado las decisiones correspondientes en relación a los siguientes elementos:

- Los objetivos generales y finales a conseguir
- Los problemas individuales, familiares y/o sociales que se abordarán
- El orden y la prioridad en que se abordarán
- Los recursos/programas/intervenciones que se pondrán en marcha y las tareas que deberán llevarse a cabo para alcanzar dichos objetivos
- El modo en que se evaluará el logro de los objetivos
- Las consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse y en caso de no alcanzarse los objetivos propuestos
- El plazo en que se procederá a la revisión del plan de caso y a la evaluación de:
    a) si se están consiguiendo los objetivos;
    b) si hay que realizar cambios; y
    c) si se han modificado el nivel de gravedad, los factores de protección y de riesgo del grupo familiar.

  Los plazos deberán ser razonables: nunca tan extensos, amplios y/o flexibles que terminen perjudicando el desarrollo de las personas menores.

La estrategia de intervención, además, será lo suficientemente flexible como para permitir modificaciones a la propuesta original en cualquier momento de la intervención

Casi todas las intervenciones ante casos de abusos sexual infantil serán multimodales, es decir que se identificarán y se harán propuestas para los distintos niveles implicados en la situación de violencia:

- el/la niño/a o adolescente victimizado/a;
- la familia y la de red de apoyo;
- el agresor/a (menor de edad o adulto/a);
- el grupo familiar extenso y el contexto sociocultural del que proviene y en el que interactúa la familia

Las intervenciones más eficaces en los casos de abuso sexual infantil son aquellas que tienen en cuenta tanto los factores individuales de niños/as y adultos/as como las cuestiones de dinámica familiar subyacentes.

De lo antedicho se desprende que las intervenciones tienen mayor posibilidad de éxito en la medida en que puedan abarcar una amplia gama de problemas (factores de riesgo) y puedan ofrecer una amplia gama de recursos (factores de protección) a los/as usuarios/as. Este tipo de intervenciones requieren de la participación simultánea de técnicos/as de distintas disciplinas con un enfoque interdisciplinar.

La necesidad de encontrar soluciones y recursos para trabajar la variedad de problemas mencionados lleva a que, además de involucrar a profesionales de distintas disciplinas, sea necesario aplicar recursos y programas ofrecidos por diversas instituciones (de los Servicios de Protección Infantil, de Servicios Sociales, del sector salud, del sector educación, de la Justicia, entre otros).

De ahí que, además de multimodal e interdisciplinar, la intervención tenga que ser intersectorial e interinstitucional/interdepartamental. Este es un punto de gran relevancia ya que suele plantear dificultades a los/as técnicos/as quienes, tradicionalmente y por efecto de la formación de cada carrera, tenderán a moverse en el ámbito de su propia institución y de su propia disciplina.

Por ello no se puede dejar de enfatizar la necesidad de coordinar los recursos provistos, de agilizar y de facilitar la comunicación y la colaboración entre ellos, destacando los beneficios que se obtienen cuando se establecen redes formales e informales entre instituciones y profesionales.

Para llevar a cabo funciones de tanta complejidad, los profesionales intervinientes necesitan recibir formación específica y contar con supervisión adecuada.

CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

- El foco de la intervención son los efectos que produjeron en los/as niños/as y adolescentes los comportamientos abusivos del agresor/a y, eventualmente, la situación de desprotección preexistentes
- Es fundamental contar con la seguridad de que las agresiones sexuales han cesado al momento de la intervención y de que se están ofreciendo alternativas inmediatas a los/as adultos/as para interrumpir otras situaciones de desprotección
- Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones
- El objetivo principal es la reparación de los efectos sufridos por niños/as y adolescentes y la prevención de revictimizaciones de ellos/as y de otras personas menores convivientes o allegadas
- Con los/as adultos/as no agresores/as se priorizan y trabajan temas relacionados con la seguridad y el bienestar psicofísco de los/as niños/as y adolescentes (cuidados específicos durante el proceso de reparación y satisfacción de necesidades básicas)
- En los casos en los que se interviene con los/as agresores/as puede que se trate de intervenciones no voluntarias, de carácter obligatorio
- Se desarrolla en un contexto multi e interdisciplinar
- Suele abordar problemas de alta intensidad emocional relativos a cuestiones de vida o de muerte, con lo cual despierta intensos sentimientos contratransferenciales* en los/as técnicos/as
- Requiere que los/as técnicos/as intervinientes posean conocimientos adecuados e información actualizada acerca de los recursos comunitarios
- Presenta características específicas en cuanto a la confidencialidad**, las prácticas de información compartida y el respeto a las normas de la comunicación

* Contratransferencia: (concepto proveniente del psicoanálisis) Conjunto de reacciones afectivas conscientes o inconscientes del técnico/a hacia ciertos sentimientos del usuario/a.

** El mantenimiento de la confidencialidad que caracteriza a la relación profesional-cliente de la práctica clínica habitual no siempre va a poder ser mantenida en este contexto de intervención, donde las condiciones de seguridad de las personas menores es prioritaria y en el cual cada episodio de sospecha de agresión sexual y/o de desprotección debe ser informado a los técnicos/as intervinientes y al Coordinador/a de Caso.

6.2.1 Por qué intervenir a distintos niveles

Los efectos de las experiencias traumáticas crónicas –producidas por agresiones sexuales o no- dependen, por un lado, de las características del trauma y de la etapa evolutiva en que se encuentra la víctima cuando éstas ocurren y, por el otro, de cuánto tiempo ha transcurrido desde que las situaciones dolorosas sucedieron y el momento en que comienza la intervención. De acuerdo con ello se podrán observar:

- reacciones iniciales a la victimización: comportamientos y efectos que se producen como consecuencia directa de los episodios traumáticos (síndrome de estrés postraumático, trastornos en el desarrollo normal, emociones negativas y dolorosas, distorsiones cognitivas);

- acomodación y adaptación a la desprotección crónica: mecanismos que los/as niños/as emplean para lograr cierto sentimiento de seguridad o para disminuir los efectos dolorosos. En gran número de casos estos mecanismos suelen ser exitosos y son responsables de que las víctimas presenten comportamientos aceptables y adecuados -con ligeras desviaciones de lo esperado- en la mayoría de los ámbitos en que se desempeñan.

- elaboración a largo plazo y acomodación y adaptación secundarias: consecuencias que reflejan, por un lado, los efectos de las reacciones iniciales y los efectos de la acomodación y la adaptación a la desprotección crónica sobre el desarrollo psicológico de esa persona y de los mecanismos que ella sigue utilizando para afrontar –por ejemplo, minimizando- el malestar asociado a la violencia padecida, por el otro.

Se ha mencionado en capítulos anteriores que una característica común en todas las familias donde existe desprotección infantil es el hecho de que los padres la han padecido en alguna de sus tipologías en su propia niñez; circunstancias que, sin duda, han dejado sus huellas. Es por ello que prácticamente la totalidad de los efectos descriptos como efectos de las experiencias de trauma crónico (Capítulo 5) puedan observarse también en los/as adultos/as que agreden a los/as niños/as y/o que no les protegen.

Si bien cabe la posiblidad de que adultos/as que han sufrido malos tratos en su infancia ejerzan violencia sobre sus hijos/as –ocurre en el 20 al 30% de los casos y no en la mayoría –, en los casos de agresiones sexuales no siempre el agresor/a sexual ha sufrido victimizaciones de este tipo en la niñez. Sí es común que provenga de familias donde hubo situaciones de desprotección de importancia.

Esta realidad pone en tela de juicio una creencia firmemente arraigada en la sabiduría popular: que se aprende de lo vivido. Si así fuera, ¿cómo es posible que adultos/as que han sufrido severos malos tratos en su infancia, traten a sus hijos/as con violencia o les descuiden cuando les llega el momento de ser padres? El sentido común supone que quien ha sufrido estas experiencias en carne propia, comprende mejor que nadie el sufrimiento que provocan.

Las intervenciones con las familias que ponen a sus hijos/as en riesgo demuestran que, en muchos casos, esta premisa del sentido común es errónea. ¿Qué sucede? ¿Qué es lo que hace que alguien que ha pasado por experiencias tan penosas las repita con sus niños/as? ¿Cuál es el principal fallo que permite que esto suceda?

En los últimos años, numerosas investigaciones (Pérez-Albéniz y de Paul, 2003, 2004; de Paul y cols., 2008; de Paul y Guibert, 2008 entre los españoles; y LeTourneau, 1981; Wiehe, 1986, 2003) señalan que la incapacidad para empatizar con los demás –familiares y no familiares- es un factor que se observa con frecuencia en padres con alto riesgo de ejercer malos tratos y/o de no proteger.

Estos trabajos asocian las siguientes habilidades parentales con comportamientos empáticos:

- ser comprensivo/a
- tener habilidad para arropar
- tener habilidades para ayudar y para cooperar
- poder valorar el bienestar y las necesidades ajenas
- ser sensible ante las necesidades de los demás
- ser capaz de sentimientos de calidez, compasión y preocupación por los demás
- tener flexibilidad

La empatía consta de dos componentes: un componente cognitivo que le permite al observador/a de un situación comprender el punto de vista de otra persona y un componente afectivo relacionado con la reacción emocional de esa persona ante lo que observa.

Por ejemplo, los padres con alteraciones en su capacidad de empatía, muestran indicadores de malestar personal ante las señales que sus hijos/as “emiten” cuando están en dificultades. En vez de experimentar sentimientos de calidez y preocupación, manifiestan un rechazo que puede expresarse como ansiedad o preocupación no congruente con lo que le sucede al otro/a. Muestran reacciones y sentimientos más alineados con su propia reacción personal que con las necesidades

de los/as niños/as. Esta actitud suele influir la manera en que "procesan" la información, dificultando la posibilidad de considerar la situación desde la perspectiva de la otra persona.

Si bien son muchos los factores relacionados con la falta de empatía en las situaciones de desprotección, cuando se busca dilucidar cuáles son los mecanismos que actúan para producir la transmisión intergeneracional de los malos tratos y por qué algunos/as niños/as persisten en el círculo de violencia y otros/as no, las investigaciones (Singh Narang y Contreras, 2000, 2005; Egeland and Susman-Stillman, 1996) muestran una asociación entre este déficit y los mecanismos disociativos.

Como se señaló en el Capítulo 5, la disociación es un mecanismo de defensa altamente efectivo ante situaciones que provocan intenso sufrimiento. Es "un proceso que produce una alteración perceptible en los pensamientos, sentimientos o acciones de un individuo de manera tal que, durante un período de tiempo, una información determinada no se asocia ni se integra con otra información de la manera normal o lógicamente esperable." (West, 1967).

A diferencia de la represión de los recuerdos, los efectos de la disociación no se limitan a que éstos sean inaccesibles o a que se encuentren disponibles en forma muy acotada. Los efectos de la disociación provocan una integración débil entre los recuerdos, los comportamientos, las emociones y la identidad. Por ejemplo: una persona que disocia puede tener sentimientos de enojo y recordar los episodios que lo provocaron sin llegar a comprender que la situación que recuerda es la que provocó su enojo, pudiendo incluso hablar sobre dicho acontecimiento sin experimentarlo.

La bibliografía internacional especializada (Ludwig, 1983; Putnam, 1991) señala que este mecanismo de defensa permite a los/as niños/as "compartimentalizar" (aislar) las experiencias traumáticas y les facilita un buen funcionamiento en el resto de las áreas. No obstante, a pesar de su utilidad para afrontar las situaciones dolorosas, a la larga altos niveles de disociación se asocian con una amplia gama de alteraciones en la edad adulta.

El predominio de los mecanismos disociativos contribuye a la transmisión intergeneracional de la violencia hacia los/as hijos/as, tanto los malos tratos por comisión como los malos tratos por omisión: la negligencia. La disociación no sólo obstaculiza el acceso a los recuerdos dolorosos que podrían actuar como freno para adultos/as impulsivos/as sino que también bloquea la posibilidad de registrar situaciones de riesgo e impide la puesta en marcha de actitudes protectoras.

Hay estudios (Draijer & Langeland, 1999) que señalan que en entornos familiares disfuncionales los/as niños/as tienden a presentar más indicadores de disociación. Dentro de dichas disfunciones cabe mencionar:

- Enfermedades físicas a repetición
- Estado de nerviosismo crónico
- Depresión crónica
- Abuso de alcohol
- Uso de tranquilizantes

Por ejemplo las situaciones de malos tratos moderados (se excluyen aquellas situaciones en las que hay maltrato físico que provoca quemaduras, fracturas y luxaciones) no conducen a una notoria disociación si el entorno familiar es unido, expresa y permite la expresión de emociones y no es conflictivo. Es decir que las consecuencias de los comportamientos violentos pueden ser "amortiguadas" por los vínculos que se establecen en estos tipos de familias.

Lo expuesto en los párrafos anteriores permite comprender por qué, para que una intervención sea eficaz, se tendrán que abordar diferentes niveles del contexto individual y familiar.

El trabajo individual o grupal –tanto sociodeducativo como psicoterapéutico- con las víctimas permite:

- reparar las consecuencias que la situación de abuso sexual y, eventualmente, de desprotección –crónica o no- ha provocado, prestando especial atención a los mecanismos disociativos;
- tratar las dificultades personales que podrían estar desencadenando situaciones de violencia no sexual (niños/as con problemas y/o comportamientos que requieren más atención, más cuidados, más paciencia);
- promover la resiliencia (mayormente a través de actividades normalizadas)

Esta tarea –individual o grupal- que el Programa de Intevención Familia desarrolla directamente con los/as niños/as y con los/as adolescentes se corresponde a las intervenciones que el Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (2008) describe como Apoyo específico al menor (págs. 101-105) y Apoyo a la vida independiente y apoyo a la emancipación (págs. 106- 111).

El trabajo con el grupo familiar no agresor –socioeducativo y psicoterapéutico- brinda la oportunidad de abordar:

- la toma de conciencia del problema que representa los abusos sexuales para la víctima y los efectos que dicha toma de conciencia tiene en

el funcionamiento familiar (interrupción del contacto con el agresor/a; reacciones de los/as hermanos/as ante dicha interrupción de contacto; decisiones en relación a la familia extensa; etc)

- los aspectos del funcionamiento familiar que deben modificarse para evitar y prevenir futuras victimizaciones; para disminuir los factores de riesgo y para reforzar los factores de protección hacia los/as hijos/as
- la búsqueda de recursos y la solución de situaciones críticas que hayan desencadenado o sostenido en el tiempo una situación de desprotección previa a las agresiones sexuales
- el reconocimiento por parte de los/as adultos/as de las necesidades básicas de niños/as y adolescentes infantiles y del papel que ellos/as tienen en satisfacerlas
- las dinámicas vinculares disfuncionales
- los sentimientos y las reacciones emocionales de los padres ante sus hijos/as
- la reparación de las consecuencias que la desprotección sufrida en la infancia ha dejado en los padres, fundamentalmente la disociación y los déficit en la empatía
- la participación de las familias en actividades normalizadas que fomenten resiliencia

Por lo que se ha comentado en este apartado es muy frecuente que una intervención socioeducativa no pueda abarcar todos los aspectos mencionados con una familia en la que han ocurrido abusos sexuales. Cuestiones como la disociación y la falta de empatía suelen necesitar intervenciones específicas –psicoterapéuticas- en sesiones individuales. El Programa de Intervención Familiar determinará, de acuerdo con su capacidad operativa, si asumirá este aspecto de la intervención o si la derivará a profesionales de otros equipos o de otras instituciones.

Esta tarea –individual, grupal o familiar- que el Programa de Intervención Familiar desarrolla con las familias se corresponde a las intervenciones que el Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (2008) describe como Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres (págs. 69-76) y las distintas modalidades de Preservación familiar: intervención en crisis (págs. 77-82), Capacitación parental y reunificación familiar (págs. 83- 95) y Complemento familiar (págs. 96-100).

Recordar que las intervenciones más eficaces ante casos de desprotección infantil en general y de agresiones sexuales son las intervenciones interdisciplinares, multimodales e interinstitucionales/interdepartamentales e intersectoriales.

6.2.2 Guía básica para la intervención

En base a lo expuesto, es aconsejable que cualquier tipo de intervención –socioeducativa, terapéutica o de seguimiento del caso- se haga respetando el siguiente encuadre:

- Cuando se trabaje con víctimas – de todas las edades- es importante no minimizar ni justificar las experiencias vividas; confirmar el papel que éstas han tenido en las dificultades actuales y brindar contención a quienes las han sufrido para que de esta manera logren dar un sentido a las experiencias traumáticas vividas en el pasado.

- No "patologizar" a las víctimas: las conductas que presentan al momento de la intervención –por lo general disfuncionales y, posiblemente, causantes de sufrimiento o malestar- reflejan los mecanismos de adaptación y de acomodación a situaciones de traumatización crónica. Por lo tanto, no constituyen indicadores de trastornos de la salud mental sino "cicatrices", huellas, que señalan el monto de sufrimiento que debió tolerar esa persona.

- Los síntomas y las defensas constituyen respuestas funcionales, adaptativas, que tienen –o tuvieron- el propósito de mantener cierto grado de bienestar psicológico. Poseen, además, el "valor agregado" de brindar información sobre las interacciones verdaderas de las víctimas con el mundo exterior en el pasado y en el presente.

- Estas conductas disfuncionales protegen a los individuos de un mal que ellos perciben como mayor; por lo que no se recomienda una propuesta de "eliminación" de las mismas, dejando de lado su aspecto "protector".

- La base de las intervenciones será el respeto, la connotación positiva y la creencia en la posibilidad de crecimiento.

- El norte de las acciones terapéuticas serán las experiencias y percepciones personales de las víctimas.

- El tratamiento es para la víctima y sus familiares y NO para "lucimiento" del/la técnico/a.

- Más allá del marco teórico y de las técnicas de intervención que se elijan, el principal instrumento será la empatía.
- Los objetivos de la intervención serán la toma de conciencia y la integración de los aspectos disociados.
- Se alentará la colaboración de las víctimas y sus familias con el equipo de intervención interfiriendo lo menos posible con su autodeterminación.

Conviene que la estructura de la intervención:

1. NO se desarrolle -ni lo reproduzca- en un contexto que guarde semejanzas con las situaciones de agresiones sexuales, de desprotección ni con el peligro de las circunstancias abusivas originales.
2. Tenga bien definidos y claros los límites externos de la relación con los/as técnicos/as para que las víctimas y sus familiares sepan qué pueden esperar y qué NO. Este aspecto resulta de gran importancia cuando las actividades de la intervención se desarrollen en el domicilio de las familias, en los centros de acogida o en los centros escolares.
3. Ofrezca contención, dentro de un ambiente confiable y predecible para la interacción de todos/as los/as usuarios/as con el(los/as) profesional(es) interviniente(s), ofreciendo un modelo diferente del que originó la intervención.

6.2.3 Modalidades de intervención eficaces

Como se ha señalado repetidamente en el presente capítulo, las modalidades recomendables de intervención son aquellas que permiten trabajar con los distintos "protagonistas" de la situación de desprotección (intervención multimodal) en distintos niveles de abordajes (intervención interdisiciplinaria, interinstitucional/interdepartamental e intersectoral).

En lo que hace al trabajo directo con niños/as y adolescentes que han sufrido agresiones sexuales y con los/as adultos/as no agresores/as (responsables o no de otra tipología de desproteccion) resulta muy efectiva la combinación de abordajes grupales separados –aunque en paralelo- para los/as usuarios/as menores y para los/as adultos/as, a los que pueden agregarse algún tipo de intervención en la que participe todo el grupo familiar (por ejemplo: psicoterapias familiares) -aunque sin incluir a víctima y agresor/a en el mismo contexto- y propuestas individuales (por ejemplo: psicoterapia individual) para algún integrante de la familia.

En caso de elegir las intervenciones grupales, se recomienda agrupar a los/as participantes según el género (grupos para niñas y grupos para niños) y según la

similitud en el desarrollo evolutivo (preescolares, escolares, púberes, adolescentes) ya que, al aplicar este tipo de recurso, la homogeneidad potencia la eficacia.

6.2.4 Aspectos a tratar en las intervenciones terapéuticas con niños/as y adolescentes

Las intervenciones terapéuticas con niños/as y adolescentes, sean individuales o grupales, permiten trabajar:

- Comportamientos en los que la persona menor resulta víctima o agresor/a en las relaciones interpersonales
- La desconfianza hacia los demás
- La reparación de vínculos intrafamiliares
- Las dificultades afectivas: angustia, problemas de sueño, regresiones
- Las dificultades para identificar las emociones y/o para hablar de cómo se sienten consigo mismos/as
- La adquisición de habilidades y conductas para calmarse a sí mismos/as (para autoapaciguarse, autorrelajarse)
- Síntomas somáticos
- Problemas escolares de la atención, la concentración, hiperactividad
- El desarrollo de habilidades relacionadas con el control de sí mismos/as
- La recuperación de una percepción adecuada de sí mismos/as
- Problemas de límites
- Habilidades sociales

Las modalidades grupales de intervención con niños/as y adolescentes resultan efectivas en un plazo corto –además de recomendables desde el punto de vista de optimización del recurso profesional- porque:

- contribuyen a disminuir los intensos sentimientos de aislamiento y de anormalidad;
- permiten trabajar sobre las habilidades de socialización;

- evitan la “intensidad” de las terapias individuales enfocadas sólo en una persona;
- permiten tratar los problemas de otros/as integrantes del grupo;
- evitan la “amenaza” de tener que hablar de uno/a mismo/a;
- a los/as adolescentes les despierta mayor confianza depender de un grupo de pares que de un/a adulto/a

6.2.5 Aspectos a tratar en las intervenciones terapéuticas con los/as adultos/as no agresores/as

El abordaje grupal de adultos/as no agresores/as presenta ventajas similares a las descriptas en el apartado anterior. También:

- facilita el trabajo con malos tratos sufridos en la propia infancia
- permite la reflexión acerca de diferentes estilos de crianza
- favorece la puesta en marcha de modos distintos de manejo de la ira y la agresión
- permite la creación de oportunidades predecibles de interacción familiar y
- fomenta el aprendizaje de técnicas de cuidados parentales coherentes

6.2.6 Aspectos a considerar en las intervenciones terapéuticas familiares

En los casos en que las intervenciones individuales y/o grupales con niños/as y/o adultos/as se combinen con intervenciones familiares (sin incluir al agresor/a en las sesiones en las que participa la víctima), se aconseja tener en cuenta los siguientes principios para orientar la intervención:

- La seguridad psicofísica de la víctima y de sus hermanos/as constituye una prioridad
- Cuando las sesiones o la intervención sean llevadas a cabo por profesionales ajenos al Servicio de Protección Infantil, éstos/as deberán notificar si detectan aumentos en los niveles de riesgo o riesgo de revictimización
- Una vez confirmada la sospecha de abuso sexual se le debe creer a la(s) víctima(s) y desestimar las negaciones del/a agresor/a.
- Cuando sea posible, conviene excluir al/a agresor/a del hogar y no a la(s) víctima(s)

- Trabajar para que las conductas abusivas o de desprotección dejen de ser minimizadas y/o naturalizadas y para que provoquen malestar y preocupación en quienes las ejercen
- Proponer y/o enseñar formas alternativas de comportarse con los/as hijos/as y alternativas de funcionamiento familiar
- Evitar y desalentar las proyecciones parentales sobre los/as hijos/as
- Explicar a los adultos/as no agresores/as las consecuencias de la traumatización crónica y elaborar estrategias de contención emocional y de protección de las víctimas
- Contribuir a que los/as adultos/as no agresores/as comprendan las necesidades y/o los motivos que llevan a sus hijos/as a comportarse de una manera determinada
- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as a guiar, enseñar y a poner límites
- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as a incrementar las interacciones gratificantes con sus hijos/as
- Contribuir a aliviar las situaciones de estrés, en especial las relacionadas con la revelación de los abusos y con las vicisitudes propias de la intervención legal
- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as cuestiones relacionadas con la intimidad y la puesta de límites
- Proveer un contexto adecuado para la revisión de sus historias personales
- Tener en cuenta que, en los casos de abusos sexuales intrafamiliares, con frecuencia no es posible la reunificación familiar por lo cual conviene trabajar la cuestión y prever soluciones alternativas

BIBLIOGRAFÍA:

Arruabarrena, I. y Alday, N. (2008): *Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar* – Gobierno de Cantabria

de Paul, J. y Guibert, M. (2008): *Empathy and child neglect: A theoretical model.* Child Abuse & Neglect , 32, págs. 1063–1071

de Paul, J.; Pérez-Albéniz, A.; Guibert, M.; Asla, N. y Ormaechea, A. (2008): *Dispositional empathy in neglectful mothers and mothers at high risk for child physical abuse* - Journal of Interpersonal Violence, Volumen 23, Número 5, May 2008, págs. 670-684

Draijer, N. y Langeland, W. (1999): *Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients.* American Journal of Psychiatry, 156, págs. 379–385

Egeland, B. y Susman-Stillman, A. (1996): *Dissociation as a mediator of child abuse across generations.* Child Abuse & Neglect, 20, págs. 1123–1132

Gil, E. (1997): *Tratamiento sistémico de la familia que abusa* - Ediciones Granica- Buenos Aires- Argentina

Intebi, I. (2009): *Intervención en casos de maltrato infantil.* Colección Documentos Técnicos. Dirección General de Políticas Sociales. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Gobierno de Cantabria. España

LeTourneau, C. (1981): *Empathy and stress: How they affect parental aggression.* Social Work, 26, págs. 383–389

Ludwig, A. M. (1983): *The psychobiological functions of dissociation* - American Journal of Clinical Hypnosis, 26, págs. 93–99

Myers, J.; Berliner, L.; Briere, J.; Hendrix, J.T.; Jennny, C. y Reid, T.A. (2002): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* - 2nd Edition - Editorial Sage- EEUU- 2002 – Capítulos 8 (Friedrich, W.: An Integrated Model of Psychotherapy for Abused Children) y 25 (Chadwick, D.L.: Community organization of services to deal with and end child abuse)

Pérez-Albéniz, A. y de Paul, J. (2003): *Dispositional empathy in high- and low-risk parents for child physical abuse.* Child Abuse & Neglect, 27, págs. 769–780

Pérez-Albéniz, A. y de Paul, J. (2004): *Gender differences in empathy in parents at high - and low-risk of child physical abuse.* Child Abuse & Neglect, 28, págs. 289–300

Putnam, F. W. (1991): Dissociative phenomena en A. Tasman y S. M. Goldfinger

(compiladores): *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10, págs. 145–160) - American Psychiatric Press- EEUU

Singh Narang, D. y Contreras, J.M. (2000): *Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potencial* – Child Abuse & Neglect - Vol. 24, No. 5, págs. 653–665

Singh Narang, D. y Contreras, J.M. (2005): *The relationships of dissociation and affective family environment with the intergenerational cycle of child abuse*. Child Abuse & Neglect, 29, págs. 683–699

West, L. J. (1967): Dissociative reaction en A. M. Freedman y H. I. Kaplan (compiladores): *Comprehensive textbook of psychiatry* (2nd ed.), págs. 885–899- Williams & Wilkins, EEUU

Wiehe, V. R. (1986): *Empathy and locus of control in child abusers*. Journal of Social Service Research, 9, págs.17–30

Wiehe, V. R. (2003): *Empathy and narcissism in a sample of child abuse perpetrators and a comparison sample of foster parents*. Child Abuse & Neglect, 27, págs. 541–555

II. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

El MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrrena y Alday, 2008) señala que la intervención en las situaciones de desprotección infantil□ se enmarca en un contexto de autoridad y control ejercida por los Servicios de Protección Infantil. Advierte que, "si bien la función básica de los programas de intervención familiar es la de apoyar a las familias, no debe olvidarse el contexto de control desde el que parten. Por ello, los profesionales de los PIF deben representar simultáneamente ante la familia un rol de apoyo personal y a la vez un rol normativo."

Este es un concepto de suma importancia para caracterizar las intervenciones en casos de agresiones sexuales a personas menores. Es lo que las diferencia de cualquier otro tipo de intervención: el doble rol –simultáneo y complementario- de apoyo y de control.

Duplicidad de roles que implica ciertas dificultades específicas en las acciones concretas, a saber:

a. El riesgo de que los/as técnicos/as tengan problemas a la hora de identificar, valorar en su real magnitud y poner límites a comportamientos inadecuados de los padres hacia sus hijos/as. El hecho de realizar su trabajo mayormente en contacto directo con las familias en su entorno cotidiano puede conducir a una excesiva identificación con algunos integrantes del grupo familiar y a una borramiento y consecuente confusión de los roles profesionales. Los/as educadores/as familiares desarrollan sus tareas en condiciones que favorecen estos inconvenientes.

b. En este tipo de intervenciones, la confidencialidad que caracteriza a la relación profesional-cliente de las prácticas clínicas habituales no siempre va a poder ser mantenida dado que el objetivo principal es garantizar el bienestar y la seguridad de las personas menores y que cada episodio de sospecha de desprotección y/o de situación de riesgo de revictimización debe ser informado a los técnicos/as intervinientes y al Coordinador/a de Caso, aún en procesos en que la evolución familiar y/o individual sea favorable.

Hay que tener presente que el objetivo de la intervención siempre es proteger la integridad psicofísica y garantizar el bienestar de niños/as y adolescentes.

Se ha dicho en capítulos anteriores que las intervenciones reparadoras más eficaces son las interdisciplinares, multimodales e intersectoriales/interdepartamentales que combinan actuaciones socioeducativas y psicoterapéuticas dirigidas no sólo a las víctimas de los malos tratos sino también a la familia y a los/as agresores/as.

La afirmación anterior se basa en criterios que consideran que el mejor lugar para la crianza de los/as niños/as es la propia familia. El hecho de que en el seno de las familias ocurran agresiones sexuales y/o no se proteja adecuadamente a las personas menores de estas situaciones no determina que la única solución posible sea la separación definitiva de los/as hijos/as. Por el contrario, aún en casos de gravedad donde se haya producido dicha separación, los/as técnicos/as de los PIF trabajarán con el objetivo específico de producir modificaciones en los/as adultos/as y en el grupo familiar de manera tal que desaparezcan o disminuyan sustancialmente las condiciones de desprotección.

En las situaciones de agresiones sexuales esto NO SIGNIFICA que el agresor/a podrá volver a convivir con la víctima ni que ésta se vea en la obligación de perdonarle.

El trabajo con las víctimas de agresiones sexuales y con sus familiares suele ser arduo, con avances y retrocesos en el proceso de reparar los daños que han sufrido. El proceso además debe prever un trabajo con el grupo familiar con el objetivo de que funcione como un sitio seguro para acompañar a los/as niños/as en las distintas fases de la reparación y para protegerles de futuras revictimizaciones.

Conviene recordar que el proceso de reparación de las víctimas se desarrolla en simultáneo con el proceso mediante el cual los/as adultos/as protectores trabajan en la integración de aspectos personales disociados para permitir, a través de la empatía y el reconocimiento de la vulnerabilidad y de las necesidades –propias y ajenas-, relacionarse y resolver conflictos sin apelar a modalidades violentas de interacción.

A los fines prácticos podemos clasificar las intervenciones reparadoras de la siguiente manera:

- Intervención psicoterapéutica propiamente dicha
- Intervención socioeducativa

¤ Los abusos sexuales intrafamiliares constituyen una forma de desprotección grave al igual que los extrafamiliares ante los cuales los padres no toman medidas protectoras.

- Intervención en crisis
- Evaluación en intervención

Las diferencias entre las distintas modalidades de intervención no se fundan en los aspectos técnicos o en los recursos que se ofrecen, sino en el contexto (los motivos) por en el que se propone un plan -y no otro- y en los objetivos que el equipo se propone conseguir con las actuaciones.

Las intervenciones psicoterapéuticas propiamente dichas y las intervenciones socioeducativas son los principales componentes de las actuaciones tendientes al logro de:

- Generar conciencia de problema y motivación de cambio en los/as adultos/as protectores/as
- Optimizar la capacitación parental
- La reunificación familiar
- El complemento familiar
- El apoyo específico al menor
- El apoyo a la vida independiente y el apoyo a la emancipación

En las intervenciones por abusos sexuales:

☞ **Qué significa "generar conciencia de problema y motivación de cambio en los/as adultos/as protectores/as"**

Por la magnitud de la crisis familiar que se desencadena a partir de la revelación y la confirmación de abusos sexuales intrafamiliares es frecuente que los/as adultos/as protectores/as intenten minimizar o justificar lo sucedido así como buscar explicaciones que descarten la posibilidad de que ese tipo de agresiones hayan ocurrido dentro de su familia. En numerosas ocasiones también se encuentran inmersos/as en conflictos de lealtades o en actitudes ambivalentes hacia el agresor/a.

Por ello, es competencia de los/as técnicos/as del Programa de Intervención Familiar trabajar estas dificultades con los/as adultos/as protectores/as ya que la evolución de los/as niños/as victimizados/as dependerá en gran medida de la actitud de las personas significativas, así como de su fortaleza y de su persistencia en las conductas protectoras que suelen involucrar cambios muy importantes y drásticos en los vínculos familiares y en la interrupción de contactos habituales en el pasado.

☞ **Qué significa "optimizar la capacitación parental"**

Ante situaciones de abusos sexuales intrafamiliares, los/as adultos/as protectores/as se encuentran sometidos/as a exigencias y a presiones muy poco habituales y para las que ninguna persona se encuentra preparada: acompañar a niños/as que, a veces, presentan sintomatología muy grave en el proceso de reparación; atender a las necesidades de sus otros/as hijos/as; continuar desempeñando su rol laboral, social y familiar; etc.

Además, es bastante común que haya habido situaciones de desprotección -de diversos niveles de gravedad – preexistentes que deben ser abordadas, sobre todo para que puedan registrar y responder adecuadamente ante las necesidades de sus hijos/as.

☞ **Qué significa "reunificación familiar"**

En los casos en que hubo que tomar medidas de separación, reunificar al grupo familiar NO SIGNIFICA que el agresor/a pueda volver a convivir con la(s) víctima(s). Tanto en casos de agresores/as adultos/as como en el caso de agresores/as juveniles previo a poder tomar una decisión que implique reanudar la convivencia, tendrán que haber recibido TRATAMIENTO ENFOCADO en estas cuestiones (en los casos de agresores/as juveniles) y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO (en los casos de agresores/as adultos/as).

Si ese paso no se lleva a cabo, la convivencia familiar está TOTALMENTE CONTRAINDICADA por más que la víctima haya hecho una excelente evolución en relación a los efectos sufridos y/o que solicite o no muestre su desacuerdo con volver a convivir con el agresor/a.

Son los/as técnicos/as de los Servicios de Protección Infantil quienes deben tomar la decisión valorando el nivel de riesgo que la convivencia implica y la protección que puedan garantizar los factores identificados.

Las mismas precauciones y recaudos son aplicables para otros tipos de contacto víctima- agresor/a: contactos telefónicos; mensajes de textos; encuentros a la salida de la escuela; correos electrónicos; chats; etc.

Cuando se habla de "reunificación familiar" se está haciendo referencia a retomar la convivencia y/o los contactos con los miembros NO AGRESORES/AS del grupo familiar.

En los capítulos siguientes se tratarán por separado dos modalidades específicas de intervención -la intervención en crisis y la evaluación en intervención-, y los distintos componentes de las intervenciones ante casos de abuso sexual.

Los ejemplos clínicos utilizados no corresponden a ningún expediente del SAIAF del Gobierno de Cantabria ni a ningún caso real. Han sido elaborados por la autora a los fines de esta publicación en base a su experiencia de trabajo en el ámbito de la protección infantil.

Si bien el lector/a encontrará que la información suministrada para contextualizar cada caso puede ser diferente o exceder a la que suele constar en los informes de los Equipos de Evaluación y de Coordinación de Caso, el objetivo es señalar qué datos son necesarios para plantear de manera adecuada un plan de caso y la estrategia de intervención: seleccionando y priorizando objetivos, por un lado, y definiendo indicadores específicos que señalen los logros –o su ausencia- en el cumplimiento de los objetivos, por el otro.

Con lo cual, el planteamiento de los casos sirve como ejemplo de la minuciosidad y de la claridad con que se debe recoger la información y de la manera en que conviene dejarla plasmada en los informes. Si, por los motivos que sea, esto no ocurre, los/as técnicos/as de los Equipos de Evaluación y de Coordinación de Caso deberán transmitir la información adecuadamente priorizada y detallada a sus compañeros/as del Programa de Intervención Familiar en las reuniones de coordinación ya que ésta será la base de su labor.

Las estrategias de la intervención planteadas en los siguientes capítulos se basan en la identificación y en el planteamiento de objetivos concretos. Estas estrategias asientan en los planteamientos del Plan de Caso. Los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar utilizarán este planteamiento - con eventuales correcciones, si hiciera falta-, como guía orientadora de su tarea con cada familia. Será como un mapa que señale los “sitios” por los que se desplazarán los/as técnicos/as.

La recomendación de la autora es que estas guías orientadoras del trabajo con las familias se reflejen por escrito en todos los casos para facilitar la tarea de los/as distintos/as profesionales involucrados/as en la intervención y para asegurar la continuidad en la línea de trabajo ante eventuales cambios de técnicos/as.

Finalmente, cuando se plantea un plan de caso incluyendo medidas de protección y estrategias de intervención se tiene en cuenta que el principal objetivo de la primera fase de la intervención es garantizar la integridad psicofísica de los/as niños/as y adolescentes.

Por lo general, la única –o la mejor- manera que se tiene a mano en esas fases de la intervención con familias donde la situación de desprotección es grave, tal como sucede en casos de abusos sexuales intrafamiliares, es la separación. Si bien esta decisión es refrendada por la mayoría de los sistemas de protección infantil en distintos países, la polémica y la duda surgen cuando el sistema funciona retirando a la persona menor del hogar, trasladándole a centros de acogida. La polémica

y la duda subyacentes se relacionan con las características del recurso provisto: ¿es mejor el acogimiento y la eventual protección que se puede proponer desde la Administración que la probable situación de violencia crónica –que habría que controlar e impedir- permaneciendo dentro de su familia?

Conviene recordar que las recomendaciones de separación transitoria se plantean con el fin de priorizar el cuidado y la protección de los/as niños/as y adolescentes y de asegurarles la satisfacción de sus necesidades básicas.

Para evitar reiterar la misma información en los restantes capítulos, a continuación se describirán las características de las familias que permiten conjeturar un pronóstico favorable con la intervención, de aquellas que suponen un pronóstico desfavorable y de las que tienen un pronóstico incierto.

Características de las familias con buen pronóstico

- Los padres no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales aceptan su responsabilidad por no haber sospechado o no haber tenido en cuenta indicadores de sospecha. En los casos en que hay otra tipología de desprotección, también aceptan su responsabilidad ante esta situación.

- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales - aceptan la intervención y, eventualmente, la separación.

- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales - reconocen su necesidad de cambio.

- La persona sospechada de haber cometido las agresiones sexuales acepta su responsabilidad y no culpabiliza al otro progenitor ni a otras personas.

- Las necesidades de los/as hijos/as son tenidas en cuenta.

- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales - no culpabilizan al niño/a o adolescente por la situación de desprotección o por la intervención.

- Los otros miembros del grupo familiar tampoco culpabilizan al niño/a o adolescente por la situación de desprotección o por la intervención.

- El vínculo entre el progenitor no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales y su hijo/a es vital, positivo, con potencial de cambio.

- El estilo de funcionamiento familiar demuestra flexibilidad.

Características de las familias con mal pronóstico

- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales - niegan totalmente o en gran medida que el abuso haya ocurrido y no asumen su responsabilidad en cualquier otra tipología de desprotección asociada.

- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales - rechazan o boicotean la intervención.

- Los adultos no reconocen problemas conyugales y familiares de larga data, como alcoholismo, toxicomanías, promiscuidad o trastornos psicológicos severos.

- Las necesidades de los/as hijos/as no son tenidas en cuenta ya que los padres anteponen la satisfacción de sus propias necesidades.

- Los padres rechazan abiertamente a su hijo/a y le culpabilizan por la situación de desprotección y por la intervención.

- El vínculo entre el progenitor no sospechado de haber cometido las agresiones sexuales y su hijo/a es inadecuado y muestra una rigidez muy marcada que obstaculizará la posibilidad de cambio.

- El funcionamiento familiar es claramente disfuncional con estilos fijos y estereotipados de comunicación e intercambio.

La experiencia clínica en la intervención con familias maltratadoras indica que hay un porcentaje de ellas –afortunadamente una minoría – que no responden a la intervención. Los motivos de esta falta de respuesta son variados y pueden resumirse en los siguientes (Jones, 1987):

1. Familias que simplemente no desean cambiar: no tienen intenciones ni se interesan por los cambios.

2. Padres que persisten en la negación de los comportamientos abusivos aún cuando existen pruebas contundentes de que son ellos los responsables.

3. Familias que no pueden cambiar aún cuando deseen hacerlo, en algunos casos la causa sería la ausencia de recursos adecuados para ayudarles con sus problemas específicos.

4. Padres que pueden cambiar pero no “a tiempo” para satisfacer las necesidades de sus hijos. Por ejemplo: una madre de una niña de 9 años que haya sufrido abusos por parte de la pareja de la mujer que al principio descree de lo sucedido; un año después de la intervención

comienza a aceptarlo pero no desea separarse de su compañero. Cabe la posibilidad de que con una intervención adecuada, al cabo de cierto tiempo (entre 12 y 24 meses) se produzcan cambios en su actitud. Lo que la niña necesita es el apoyo y la protección de su madre desde el inicio y no 3 años después, cuando cuente con 12 años. En ese sentido, habrá que explorar qué otra persona del grupo familiar (padre biológico, abuelas, tías/os) pueden desempeñar dicha función en el lapso más breve posible.

5. En casos en los que hay otras tipologías de desprotección asociadas, padres que podrán cambiar para criar adecuadamente al próximo/a hijo/a pero no para cuidar del que ha sido detectado como víctima de desprotección.

6. Padres que no responden a la estrategia de intervención de los servicios de protección infantil pero que sí responden a otros enfoques terapéuticos. Un ejemplo de esta situación son aquellas personas que obtienen buenos resultados en los tratamientos que abordar sus problemas individuales pero que no muestran ninguna mejoría cuando el tratamiento se centra en el ámbito interpersonal.

Esto significa que las medidas de protección que se han tomado para resguardar la integridad psicofísica de un niño/a o adolescente no deben modificarse en función de los cambios y/o logros obtenidos en la intervención con los/as adultos/as en enfoques individuales. Por el contrario, se tendrá que evaluar cómo inciden estos cambios en las habilidades parentales y en la interacción con los/as hijos/as.

Características de las familias con pronóstico dudoso

- Los padres no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales tienen una actitud ambivalente. No queda claro el nivel de responsabilidad que aceptan ante los abusos ni ante las otras tipologías de desprotección que pueden estar asociadas. También hay confusión acerca de su compromiso con la intervención.

- Los padres no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales se oponen a algunas de las medidas de protección (por ejemplo: la separación).

- Los padres no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales no reconocen la necesidad de realizar cambios personales.

- La persona sospechada de haber cometido las agresiones sexuales no acepta su responsabilidad y culpabiliza al otro progenitor y/o a otras personas. Por su parte el padre no sospechado de haber cometido las agresiones sexuales no acepta su responsabilidad en no haber detectado los abusos sexuales ni ante las otras tipologías de desprotección asociadas ni su compromiso con la intervención.

- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales - culpabilizan y acusan al hijo/a por la intervención.

- Las necesidades de los/as hijos/as son aceptadas y aparentemente reconocidas. Sin embargo prima la satisfacción de las necesidades de los padres.

- Los padres y la familia tienden a buscar chivos expiatorios.

- El potencial de cambio de los/as adultos/as no sospechados/as de haber cometido las agresiones sexuales y de la familia en lo que hace a comunicación, estados emocionales, límites, alianzas y habilidades es limitado.

- Los vínculos entre los padres no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales y los/as hijos/as es inseguro, ambivalente, ansioso: oscila entre el pegoteo y el rechazo.

- En el funcionamiento familiar se observa rigidez y falta de flexibilidad.

Intervenciones con niños/as y adolescentes

Sea que se trate del aspecto socioeducativo como del terapéutico, el abordaje de las experiencias traumáticas crónicas con niños/as y adolescentes debe seguir los siguientes pasos:

Primera fase:

Asegurar un entorno protector tanto en lo que hace a las condiciones de la vida diaria como a las condiciones en que se desarrollan las intervenciones con los/as técnicos/as (por ejemplo: claridad en los roles de profesional/usuario/a y en los límites de las funciones, respeto, etc).

Segunda fase:

Comienzo del trabajo terapéutico, establecimiento de la alianza con el usuario/a que hará posible el trabajo con él/ella.

Tercera fase:

Búsqueda de un "lenguaje" –código- para abordar y poner de manifiesto los componentes emocionales asociados a los episodios traumáticos.

En esta fase –de exploración y manejo de las emociones- es crucial no exponer al niño/a o adolescente a sentimientos dolorosos si no se han desarrollado previamente mecanismos para afrontar dichos sentimientos.

Uno de las "herramientas" de gran importancia en las intervenciones que abordan las experiencias traumáticas es la posibilidad de compartir dichas experiencias y los sentimientos de dolor con las personas que les cuidan.

Cuarta fase:

Posibilidad de conectar e integrar los episodios traumáticos a la historia personal.

Quinta fase:

Trabajo con recursos que fomenten la reparación y la resiliencia futura.

El objetivo de la intervención para reparar los efectos de la situación de trauma crónico NO es la eliminación de los síntomas/comportamientos, sino la eliminación de los factores externos que han generado las experiencias traumáticas (corto plazo) y la integración de los aspectos personales disociados (medio y largo plazo).

BIBLIOGRAFÍA:

Arruabarrena, I. y Alday, N. (2008): *Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar* – Gobierno de Cantabria

Bentovim, A.; Elton, A.; y Tranter, M. (1987): *Prognosis for rehabilitation after abuse - Adoption and Fostering 1987* Volumen 11 Nº 1, págs 26-31.

Bentovim, A. (2007). *The impact of Trauma on Attachment -Trauma Organised Systems and Traumatic Attachments Promoting the recovery of children exposed to a climate of family violence and adversit*y - A life span trauma narrative approach. Presentación en Turín, Italia.

Intebi, I. (2009): *Intervención en casos de maltrato infantil*. Colección Documentos Técnicos. Dirección General de Políticas Sociales. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Gobierno de Cantabria. España

Jones, D. (1987). *The Untreatable Family* - Child Abuse and Neglect, Volumen 11, págs. 409-420.

Policy and procedure for re-unification of a looked after child to parental care, and regulations for placement of children on a care order with parents (2005). Bracknell Forest Borough Council- Inglaterra.

7. INTERVENCIÓN EN CRISIS

Yanina de 8 años es la hija mayor de una familia monoparental de inmigrantes. Es derivada por la escuela al SAIAF para valorar sospechas de abuso sexual. Ante la observación de reiterados comportamientos sexuales hacia sí misma y hacia sus compañeros/as de clase, la maestra conversa en repetidas ocasiones con la niña para señalarle lo inadecuado de su conducta. En la última conversación Yanina le dice a la maestra: "Tendrás que explicarle esto mismo a Don Paco porque yo ya se lo he dicho y no me hace caso. Me dice que tú no entiendes nada." Don Paco es la pareja de la abuela materna, un hombre de 58 años que tiene una pequeña tienda, única fuente de ingresos del grupo familiar.

La abuela materna, Lidia de 50 años es inmigrante latinoamericana y la primera de su familia en obtener la residencia en España. Está en el país desde hace 10 años. Hace 3 años consiguió traer a sus dos hijas que habían quedado en su país de origen. Ambas cuentan con empleo estable y contratos de trabajo.

Hace 5 años que conoce a Francisco G. (Don Paco). Ella estaba divorciada. A los pocos meses de conocerse comienzan a convivir en el piso propiedad de él. Esta pareja desempeñó un papel muy importante para conseguir traer a las hijas ya que fue quien les extendió el contrato de trabajo.

Judit (28 años), madre de Yanina y de Oscar (6 años), está separada del padre de los niños. Éste además no reside en España. Su fuente de ingreso depende del empleo en la tienda de Francisco G. Nunca tuvo otro empleo y fue renovando el contrato.

Su hermana, Ángela (32 años), trabajó un año en la tienda pero consiguió otro trabajo y se marchó a un pueblo cercano con sus hijos cuando venció su contrato con Francisco G. La partida de Ángela no fue bien recibida por su

grupo familiar, quien lo conotó como una muestra de desagradecimiento por lo cual los contactos entre Ángela y el resto de la familia son esporádicos. A la luz de los sucesos relatados por Yanina, su madre se pregunta si los verdaderos motivos de la partida de Ángela pueden estar relacionados con situaciones parecidas que pudieran haber sufrido sus hijas ya que tiene dos niñas de 12 y 9 años en la actualidad.

Judit ha tenido dos parejas desde que está en España aunque no ha llegado a convivir con ninguna. Su madre ha tenido una gran influencia en esta situación pues solía aconsejarle que se quedara en el piso de Francisco G debido a que facilitaba que los niños quedaran al cuidado de la abuela y su pareja en los horarios en que Judit estaba trabajando. Además siempre estuvieron dispuestos a cuidarle los hijos si ella salía o pernoctaba con su pareja.

La Unidad de Evaluación y Coordinación de Casos del SAIAF realizó las evaluación de las sospechas de abuso sexual y concluyó que las descripciones de Yanina eran creíbles.

Se detectó también una situación de maltrato emocional y de negligencia moderada hacia los dos niños tanto por parte de la madre como por parte de la abuela materna y de Francisco G.

Judit cree en lo que ha dicho su hija y está dispuesta a protegerle pero carece de los recursos para tomar las medidas necesarias. Por otro lado, se siente culpable por la situación que se ha generado en la relación de pareja de su propia madre.

Por su parte, Lidia insiste en que nada de esto pudo suceder en su casa y que, de haber sucedido, son situaciones que ocurrieron con el padre biológico de la niña en su país de origen.

Judit está de acuerdo con los profesionales del SAIAF en presentar la denuncia a la Fiscalía. Transcurridos 4 días de la confirmación de la sospecha y de la entrevista con la Coordinadora del Caso, no la ha efectivizado.

A pesar de que se le indicó que Yanina no tiene que estar en contacto con Francisco G., Judit sigue conviviendo en el piso con su madre y este hombre. Ella intenta que los niños coman y cenen en horarios diferentes a los de los adultos. Desde hace unos días también duerme en la habitación de los niños. Sin embargo, ellos siguen a cargo de la abuela y de Francisco G. durante las 3 horas en las que la madre está ausente trabajando cuando llegan de la escuela. Lidia, la abuela, a pesar de no creer lo que ha dicho su nieta, se comprometió a no dejarle a solas con Francisco G. En los próximos días Judit piensa plantearle a Francisco G. una reducción en la jornada laboral.

En una publicación anterior (Intebi, 2009) se dijo que las crisis en las familias que ejercen alguna forma de desprotección sobre los/as niños/as son bastante frecuentes ya que se trata de familias que afrontan un sinnúmero de problemas, alguno de ellos de gran complejidad y/o de marcada cronicidad.

Se señaló que si bien las crisis tienen un tiempo limitado de duración -entre 4 a 6 semanas-, se trata de un período de alta vulnerabilidad y de gran desequilibrio que requiere una respuesta cuidadosamente planificada.

En este capítulo se abordarán las situaciones de crisis como la planteada al comienzo: las que afrontan las familias al producirse la revelación y/o la confirmación de agresiones sexuales a las personas menores.

El Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrrena y Alday, 2008, página 77) establece que se considerarán familias afectadas por una situación de crisis a aquellas en las que:

(a) se encuentren limitadas de manera significativa la capacidad de los adultos de ejercer de forma adecuada las funciones parentales; y

(b) implica un riesgo grave e inminente de salida del niño/a o adolescente del domicilio familiar.

7.1 QUÉ SE ENTIENDE POR "CRISIS"

Según la definición de Crisis Intervention Book 2: The Practitioner's Sourcebook for Brief Therapy, una crisis "es una alteración del estado habitual, una encrucijada que puede llevar a la mejoría o al empeoramiento, a una disrupción o a un corte en el estilo de funcionamiento habitual de una persona o de una familia. La alteración o el desequilibrio generalmente es agudo y de origen reciente."

Una crisis es una circunstancia que no puede ser resuelta con los recursos que se utilizan habitualmente para resolver problemas. Constituye una situación diferente a un problema y a una urgencia.

Un problema es el resultado de una situación que puede generar estrés debido a las dificultades para resolverlo pero para el cual la familia o el individuo son capaces de encontrar soluciones. Por lo tanto, un problema que puede ser resuelto por el individuo o la familia no constituye una crisis.

Una urgencia ocurre cuando surge una necesidad grave e inminente que requiere atención inmediata por parte de las fuerzas públicas, los servicios de protección infantil o de otros/as profesionales formados/as para tratar situaciones que implican amenazas a la vida.

Si la situación puede esperar entre 24 y 72 horas para ser atendida sin que se incurra en peligro para un individuo o para una familia, estaremos frente a una situación de crisis y no ante una urgencia.

Constituyen situaciones de urgencia (Arruabarrena y Alday, 2008):

- Casos en los que los padres o responsables legales de la persona menor expresan que no están dispuestos a cuidarle o en los que el niño/a o adolescente se niega a permanecer en el domicilio.

- Casos en los que el niño/a o adolescente se niega a permanecer o a regresar al domicilio.

- Casos en los que la persona menor informa que ha sido agredida físicamente y de forma severa por sus padres o responsables legales y existen indicios de veracidad de dicha información o existen indicadores físicos evidentes de la agresión. Los adultos implicados minimizan, justifican o intentan ocultar los hechos. El menor puede requerir asistencia médica y sus padres o responsables legales se niegan a otorgársela.

- Casos en los que el niño/a o adolescente informa que ha sido agredido sexualmente por uno de sus padres o responsables legales.

- Casos en los que el niño/a o adolescente informa que ha sido agredido sexualmente por un pariente o persona cercana a la familia y sus padres o responsables legales no hacen nada para protegerle.

- Casos en que un niño/a de corta edad se encuentra solo/a en el domicilio, se desconoce dónde se encuentran los padres o responsables legales y, a pesar de los intentos realizados, es imposible localizarles.

- Casos en los que el niño/a o adolescente indica que se va a hacer daño a sí mismo/a o va a provocar un daño serio a terceros/as, y sus padres o responsables legales no adoptan ninguna medida para prevenirlo o evitarlo.

- Casos en los que los padres o responsables legales se encuentran bajo los efectos del consumo de alcohol o alguna sustancia tóxica teniendo muy limitada su capacidad de atender a la persona menor (especialmente en el caso de bebés o niños/as de corta edad).

- Casos en los que los padres o responsables legales han suministrado al niño/a alcohol y/o drogas.

- Casos en lo que los padres o responsables legales o las personas menores demandan apoyo urgente de los profesionales y se conoce que el nivel de malestar emocional en esos momentos en la familia es elevado.

- Otras situaciones en las que se constatan circunstancias que ponen en riesgo grave e inminente la integridad y seguridad de la persona menor y que la propia familia no puede controlar.

Ante la duda de si se trata de una situación que requiere una intervención de urgencia o no, se debe actuar como si lo fuera. Es preferible cometer el error de intervenir cuando no era necesario que no hacerlo cuando sí se requería.

En principio, el caso planteado en este Capítulo se correspondería con una situación de urgencia ya que Yanina ha informado (y el equipo técnico lo ha confirmado) que ha sido agredido sexualmente por una persona cercana a la familia, con la que convive y con la pasa una cantidad considerable de horas y su madre, por diversas razones -algunas atendibles y otras no tanto-, ha hecho poco para protegerle.

Para valorar con cuánta premura deberá desarrollarse la intervención es preciso tener en cuenta:

- El grado de amenaza que la situación supone para el niño/a o adolescente y la inmediatez del posible daño;

- La capacidad en ese momento de la propia familia para afrontar y controlar la situación; y

- La capacidad de la familia para buscar ayuda en su propia red familiar y/o social, así como la capacidad de dicha red para ofrecer el apoyo necesario a la familia

Cuando la Coordinadora de Caso informa a la madre que, dadas las condiciones de desprotección en que está quedando su hija, el SAIAF procederá a hacer la denuncia y a llevar a Yanina a un centro de acogida de urgencia, Judit solicita un plazo de 24 horas para ponerse en contacto con su hermana y pedirle que le permita pasar un tiempo con ella.

Al día siguiente se presenta Ángela con Judit a la entrevista con la técnico y se acuerda que la madre y sus dos hijos se trasladen al domicilio de la hermana mayor durante un mes, con la posibilidad de extender la estadía unas semanas más.

Si bien la solución planteada por Judit le permitirá no separarse de sus hijos, el traslado a la vivienda de su hermana le supondrá la pérdida del empleo con Francisco G. (aunque ella ha dicho que continuará trabajando con él hasta el vencimiento del contrato que ocurrirá en unos 3 meses). Deberá también proceder a organizar la asistencia de los niños a otro establecimiento escolar más próximo al domicilio o plantearse la continuidad en el mismo al que concurren actualmente con el consiguiente esfuerzo de tiempo y dinero que impliquen los traslados diarios. Por otro lado, de continuar en el mismo horario laboral que viene realizando tendrá que contar con algún recurso para cuidar a los niños las 3 horas que solían pasar con la abuela y Francisco G.

También tendrá que afrontar las recriminaciones y la actitud cuanto menos ambivalente de su madre. Judit se muestra muy confundida y atemorizada ante la posibilidad de notificar a la Fiscalía.

Los cambios que se produjeron en la familia de Yanina llevaron a que la situación de urgencia se convirtiera en una situación de crisis que, como ya se ha señalado, constituye una situación que afecta la capacidad de los/as adultos/as para ejercer de forma adecuada las funciones parentales (circunstancias actuales de Judit ante los cambios inesperados de la organización familiar, afectiva y laboral). Para los Servicios de Protección Infantil, una situación de crisis implica, además, un riesgo grave e inminente de salida del niño/a o adolescente del domicilio familiar. No es ésta la situación de Yanina que dejará de convivir con su abuela en el piso de Francisco G pero seguirá conviviendo con su madre y hermano en otra vivienda.

Las condiciones para considerar determinado contexto como una situación de crisis son las siguientes:

- Se ha descartado que se trata de una situación de urgencia
- Existe una relación afectiva positiva entre el niño/a o adolescente y sus padres o responsables legales
- Los padres o responsables legales -y los/as adolescentes, en su caso- aceptan la intervención del PIF
- Los padres o responsables legales y el niño/a o adolescente quieren evitar la salida de éste/a del domicilio

- Se ha valorado que no es adecuado ni beneficioso para el niño/a o adolescente la separación de su familia.
- Continuar sin ayuda deterioraría la situación gravemente para el niño/a o adolescente y tendrían que adoptarse medidas de protección

Si se aplican estos criterios al caso planteado se observa que:

- Con el traslado a la vivienda de la tía materna la situación de urgencia se ha descartado
- Existe una relación afectiva positiva entre la niña y su madre
- La madre acepta la intervención del PIF
- La madre quiere evitar la salida de Yanina de su lado y acepta cambiar el domicilio de todo el grupo familiar
- Debido al buen vínculo que la niña tiene con su madre no es adecuado ni beneficioso la separación de su familia.
- Si este grupo familiar continuara sin ayuda se deterioraría la situación gravemente para Yanina (por ejemplo: si permaneciera en el domicilio de Francisco G., si se perpetúa la dependencia económico-afectiva de Judit hacia su madre y su pareja) y tendrían que adoptarse medidas de protección

7.2 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Por lo general, las familias que han sabido resolver sus problemas adecuadamente en el pasado, suelen responder muy bien a las intervenciones en crisis: el aliento, el apoyo y la posibilidad de enfocarse en el proceso de resolución de problemas, les ayuda a recuperar sus mecanismos de elaboración de las dificultades y las estabiliza.

Sin embargo, la complicación con muchas familias en las que han ocurrido situaciones de violencia es que no suelen tener experiencia para resolver adecuadamente sus problemas. Más bien, suelen presentar un historial de estrategias que impiden o demoran indefinidamente la resolución o que directamente contribuyen a incrementarlos. Suelen presentar, además, dificultades importantes en diversas áreas de la vida.

Los/as profesionales que intervienen en las crisis no están allí para “curar” todos los trastornos ni para solucionar todos los problemas que presentan las familias

que padecen “crisis crónicas”. Lo más adecuado es plantearse objetivos generales y objetivos específicos limitados para trabajar en la situación que motivó la intervención.

Objetivos generales

- Evitar la separación del niño/a o adolescente asegurando su protección
- Contener la situación de crisis y estabilizar el funcionamiento familiar
- Proporcionar a la familia los recursos necesarios para aliviar y/o superar la crisis

Objetivos específicos

- Mantener un seguimiento y control constantes del estado del niño/a o adolescente
- Identificar indicadores de posibles situaciones que puedan ocurrir y poner en grave riesgo al niño/a o adolescente
- Establecer una vinculación positiva entre la familia y los profesionales del PIF
- Aumentar la visibilidad de los/as niños/as de menor edad
- Identificar los factores precipitantes de la crisis
- Ayudar a la familia a identificar sus dificultades
- Identificar y movilizar los recursos y capacidades de los miembros de la familia que pueden favorecer la resolución de la crisis
- Identificar y movilizar los recursos del entorno inmediato de la familia que favorezcan la resolución de la crisis
- Promover en la familia nuevas formas de resolución de problemas que sean útiles para evitar futuras crisis
- Fomentar en los padres o responsables legales la percepción positiva de sus propias capacidades de cambio
- Capacitar a la familia en la búsqueda de ayuda
- Proporcionar a los padres o responsables legales momentos de respiro mediante la atención directa de las personas menores

- Una vez finalizada la intervención, elaborar una propuesta de Plan de Caso

La estrategia de enfocar sobre un número limitado de objetivos específicos no sólo facilita la tarea de los/as profesionales. Cuando las familias consiguen aprender a enfocar un número limitado de problemas - probablemente los que han desencadenado la situación de crisis- y a encontrarles soluciones, sus integrantes realizan también un aprendizaje sobre cómo resolver problemas en general y comienzan a sentir que controlan mejor sus historias de vida.

Los/as profesionales que intervienen en las crisis deben enfocar su trabajo en restablecer la estabilidad y en enseñar a las familias cómo resolver sus problemas. No deben resolverlos en su lugar.

La importancia de una intervención eficaz ante esta situación de crisis en la familia de Judit radica en el hecho de que, si se consigue estabilizar el contexto y establecer un vínculo de alianza con las adultas protectoras (la madre y la tía), la intervención con la niña estará asegurada.

Como se verá en los párrafos siguientes, la estabilización del contexto y la posibilidad de establecer el vínculo de alianza con las adultas depende de acciones concretas que adopte el equipo. Si bien se tratará de acciones guiadas por el sentido común y el objetivo de proteger a la persona menor, los/as profesionales deben tener en cuenta que el planteamiento y la selección de recursos a utilizar se hacen a partir un análisis de los factores situacionales y de las diversas etapas que las familias atraviesan en las crisis.

No son acciones ni medidas que se ponen en práctica intempestivamente y todas ellas apuntan a objetivos cuya consecución habrá que evaluar de manera regular.

7.3 CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

- Está enfocada en un número limitado de objetivos específicos.
- Se trata de una intervención intensiva, principalmente en los momentos iniciales, que supone una amplia disponibilidad por parte de los/as profesionales (pueden requerirse entre 10-25 horas semanales de intervención directa con la familia incluyendo sábados a la mañana, fines de semana o festivos). Podrán utilizarse contactos telefónicos con la familia para la realización de seguimientos o provisión de apoyo/orientación

- Si bien la estrategia dependerá de la situación concreta de crisis y de la edad de los/as niños/as y adolescentes, cuanto más baja sea la edad de las víctimas, más intensa será la intervención.
- La intervención deberá iniciarse lo antes posible tras la aparición de la crisis o de sus síntomas agudos. En el caso de los PIF, entre la propuesta de derivación al programa y el primer contacto con la familia no deberían transcurrir más de 72 horas.
- La intervención directa con la familia será desarrollada fundamentalmente por el psicólogo/a y el educador/a familiar, con apoyo del trabajador/a social en las intervenciones propias de su disciplina profesional que sean necesarias cuando así sea propuesto por el Coordinador/a de caso.
- Los/as profesionales del PIF han de focalizar su intervención en controlar o neutralizar las necesidades o dificultades familiares que hacen que los/as niños/as o adolescentes se encuentren en riesgo grave e inminente de separación con el objetivo de reducir ese riesgo y evitar la separación. Si se detectan otras necesidades o dificultades, podrán ser abordadas en momentos posteriores de la intervención.
- Supone reuniones semanales o quincenales del equipo para supervisión y coordinación y reuniones de seguimiento/revisión con la familia.
- Las familias deberán tener acceso permanente a los/as profesionales del PIF (a través del teléfono ordinario del servicio y del teléfono móvil del técnico/a cuando el teléfono ordinario no esté disponible o se trate de días festivos o fuera del horario habitual de trabajo). Los/as profesionales deberán atender siempre estas demandas, valorarlas y proporcionar la respuesta pertinente a cada caso.

7.4 FASES

La crisis es un estado temporal de trastorno o desorganización caracterizado por la incapacidad de un individuo o una familia para afrontar situaciones o eventos inusuales, inesperados o traumáticos utilizando sus medios habituales de resolución de problemas

El mayor problema que supone una situación de crisis para las familias atendidas por los servicios de protección infantil es que ésta o sus consecuencias pueden provocar un daño significativo en las personas menores, generando incluso la posibilidad de que los/as niños/as se encuentren en riesgo grave e inminente de salir el domicilio familiar.

Las crisis se desarrollan en un período limitado de tiempo -entre 4 a 6 semanas- en el que es posible identificar momentos o fases diferenciadas. Cabe aclarar que la clasificación y la separación de las mismas se hace a fines didácticos ya que, por lo general, las fases se solapan y sus límites son difusos.

Resulta de gran ayuda contar con la descripción de estas fases pues permite a los/as profesionales intervenir de la forma más eficaz en cada momento.

El hecho de atravesar una situación de crisis- por más compleja o desorganizada que sea- no supone de por sí un retroceso. Por el contrario, puede tener efectos positivos sobre el desempeño familiar y/o individual porque puede representar una oportunidad decisiva para el cambio a través del aprendizaje de nuevos modos de funcionamiento y nuevas estrategias de resolución de problemas.

Por otra parte, debido a los intensos sentimientos de vulnerabilidad e indefensión, una persona o familia en crisis tiene mayor predisposición para recibir apoyos, lo cual puede ser especialmente importante, por ejemplo, para posibilitar la intervención con familias resistentes.

Si, por el contrario, una familia no encuentra ayuda cuando está abierta a intentar nuevas formas de afrontar los problemas, sus integrantes pueden hundirse más en estilos de resolución poco adaptativos.

Fases que atraviesan las familias y los individuos ante una crisis:

Fase I: Episodio precipitante

Ocurre algún acontecimiento inusual, no previsto, estresante o traumático que produce altos niveles de ansiedad. El individuo y la familia responden utilizando sus mecanismos habituales para resolver problemas.

> En el caso propuesto en este Capítulo, el episodio precipitante ha sido la revelación de los abusos sexuales por parte de Yanina y su posterior confirmación.

Fase II: Percepción de la amenaza

Al individuo o a la familia este acontecimiento les resulta significativo y lo perciben como una amenaza a sus objetivos, a su seguridad y/o a sus vínculos.

Admitir que lo que describe Yanina ha sucedido en el hogar familiar plantea una situación altamente conflictiva en lo que hace a la continuidad de ciertos vínculos, a la seguridad económica y a las condiciones de vivienda.

Fase III: Respuesta desorganizada

Aumentan los sentimientos de vulnerabilidad e indefensión a medida que los comportamientos, las habilidades o los recursos utilizados para resolver problemas en ocasiones anteriores comienzan a fracasar. La ansiedad familiar se incrementa, los individuos buscan soluciones inmediatas y originales para el estrés psicológico y, con frecuencia, la respuesta familiar se vuelve cada vez más desorganizada.

La familia comienza planteando un sistema de protección de dudosa eficacia y muy difícil de mantener: continuar la convivencia en el piso del agresor cambiando los horarios de comidas de los niños coman para evitar encuentros y controlando el dormitorio de los menores por las noches. Por las tardes, en ausencia de la madre, los niños siguen quedando a cargo de una abuela que no cree que los abusos hayan ocurrido y del agresor.

Fase IV: Búsqueda de recursos novedosos y poco frecuentes

Con el objetivo de disminuir la tensión y resolver el sufrimiento emocional, los individuos comienzan a involucrar a otras personas. Las personas serán elegidas según la manera en que cada uno percibe las amenazas; según los criterios para evaluar quién(es) están en condiciones de brindar ayuda, quién(es) respaldarán sus puntos de vista dentro y fuera de la familia, etc. En esta fase vecinos, parientes y amigos/as suelen ofrecer tanto ayuda directa (vivienda, transporte, comida, dinero, etc.) como consejos. Lo que la familia necesita es un técnico/a que no le juzgue y que esté formado/a para afrontar la crisis. Hay que evitar lo coexistencia de “consejeros” que propongan soluciones conflictivas.

A partir de la entrevista que la madre tiene con la Coordinadora de Caso solicita y obtiene la colaboración de su hermana mayor.

Fase V: Encadenamiento de acontecimientos

La mayoría de las crisis desencadenan una serie de acontecimientos que pueden generar una nueva crisis en la familia.

El traslado de Judit y los niños a la vivienda de Ángela generará situaciones de alto contenido emocional y pondrá en evidencia cuestiones vinculares preexistentes entre los distintos integrantes del grupo familiar.

Fase VI: Asociación con crisis anteriores

Las crisis suelen evocar recuerdos de otros acontecimientos traumáticos o de crisis pasadas que implicaron pérdida de control sobre la situación o sobre la propia vida.

Fase VII: Movilización de nuevos recursos, adaptación

En este punto se produce la situación bisagra donde la tensión y el conflicto evolucionan hacia la movilización de nuevos recursos o hacia nueva formas adaptativas.

Durante la resolución de una crisis, mínimos esfuerzos de intervención pueden producir máximos efectos y el logro de cambios de mayor profundidad que en etapas de menor accesibilidad emocional.

Ejemplo de lo dicho en el recuadro anterior es el hecho de que una sola entrevista con la Coordinadora de Caso ha permitido que la madre tome unas iniciativas de protección que no estaban presentes cuando se desencadenó la crisis.

7.5 REACCIONES EMOCIONALES ANTE SITUACIONES DE CRISIS

Las situaciones de crisis suelen provocar problemas en casi todos los aspectos de la vida familiar y personal: producen trastornos en el apetito, trastornos en el sueño, en la vida afectivosexual, en los aspectos cognitivos, en la vida emocional.

Qué sienten las personas durante las crisis (Fuente: Howard y Libbie Parad y Benjamin Rush Center for Problems of Living)

- Desconcierto ante sentimientos nuevos e inusuales
- Sensación de peligro acompañada de tensión, temor e indefensión ante las vicisitudes de la vida
- Confusión: los procesos mentales están bloqueados
- Parálisis: sensación de estancamiento, de que nada sirve
- Desesperación: saben que necesitan hacer algo pero no saben qué
- Apatía: sentimientos de que no vale la pena intentar nada
- Indefensión, impotencia: necesidad de recibir ayuda
- Urgencia: necesidad de que esa ayuda llegue en forma inmediata
- Malestar: sentimientos de impotencia e inquietud

7.6 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS SITUACIONES DE CRISIS

Las crisis suelen afectar de manera similar a la mayoría de las personas. Es importante que los/as técnicos/as que van a trabajar con familias en las que hay o hubo desprotección infantil conozcan y puedan prever estas consecuencias para plantear estrategias de intervención más efectivas.

Los efectos que se detallan a continuación son transitorios y no constituyen indicadores de trastornos mentales.

Desorganización del pensamiento

Se suelen olvidar o pasar por alto detalles importantes de ciertos acontecimientos y pueden aparecer dificultades para asociar ideas, hechos y acciones de manera lógica. Puede resultar arduo comunicarse u obtener información dado que hay tendencias a saltar de una idea a otra. Pueden detectarse confusiones donde temores y deseos se entremezclan con la realidad. Algunas personas tienden a repetir palabras, ideas y comportamientos que fueron de utilidad en otras ocasiones pero que son inadecuadas para la situación actual bloqueando de esta manera las “innovaciones” necesarias para solucionar la crisis.

Preocupación por actividades insignificantes

En un intento por superar estos procesos desorganizados de pensamientos se observa una tendencia a enfocarse en actividades que no son significativas para resolver la situación con lo cual se necesita mucha ayuda externa para centrarse en las actividades importantes.

Hostilidad y alejamiento emocional

Algunas personas que experimentan sentimientos de pérdida de control o de vulnerabilidad suelen responder con actitudes y sentimientos hostiles hacia aquellos que intervienen. También se pueden detectar actitudes de excesiva pasividad, distanciamiento o despreocupación por la resolución de los problemas.

Impulsividad

Mientras algunas personas se paralizan frente a una situación de crisis, otras se comportan de manera impulsiva, respondiendo de modo inmediato sin medir las consecuencias de sus actos; generando así nuevas crisis que hacen que la situación original se vuelva más difícil de resolver.

Dependencia

En el transcurso de la situación crítica es esperable un nivel importante de dependencia de los/usuarios/as hacia los/as técnicos/as intervinientes, dependencia que podrá observarse hasta en cuestiones muy simples y prácticas de la vida diaria.

La percepción del poder y de la autoridad que ejercen los/as profesionales suele tener un impacto estabilizador en las familias ya que agradecen tener una figura de autoridad objetiva, eficaz y comprensiva que sepa “cómo hacer las cosas”.

La mayoría de las familias vuelven a sus niveles habituales de autonomía después de un breve período de dependencia. En los casos en que éste se prolonga, aumenta la vulnerabilidad de la familia pues no se encuentra en condiciones de distinguir qué le conviene y qué le resulta peligroso sin la presencia y/o los consejos del técnico/a.

Amenazas a la identidad

Las situaciones de crisis suelen provocar sentimientos de incapacidad e inadecuación acompañados de baja autoestima. Ante ello, algunas personas reaccionan con arrogancia y actitudes de autosuficiencia, negándose incluso a recibir ayuda. Otros

se alejan de los recursos que se les ofrecen. Es importante conocer este efecto porque se recomienda abordar a las familias resistentes o no motivadas apoyándose en las fortalezas del grupo familiar, trabajando los aspectos que contribuyan a restablecer la sensación de eficacia y de valor individual SIN CONVALIDAR los episodios de violencia.

7.7 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Ante una situación de crisis, es importante considerar los siguientes factores:

- ¿Qué situaciones o hechos específicos están generando el mayor estrés al individuo y a la familia?
- ¿Cuáles son las dificultades más evidentes para afrontar la situación?
- ¿En qué fase del proceso se inicia la intervención?

Para responder a estas preguntas en relación con el caso planteado en este Capítulo hay que definir en primer lugar a quiénes vamos a considerar como "la familia" pues los hechos específicos que producen mayor estrés serán diferentes según a quiénes se incluya como miembros de la familia.

Se planteará una estrategia de intervención si se considera que la "familia" está integrada por la abuela Lidia; su pareja, Francisco G.; la madre Judit y los hijos Yanina y Oscar. Y otra muy distinta si se piensa que los miembros son Judit y sus hijos.

Estas consideraciones pueden generar dudas en el equipo de intervención que puede verse confundido ante el abanico de posibilidades de intervención que se abre según sea la definición del término "familia".

Se reitera una vez más que el norte de la intervención y de la definición es garantizar la seguridad y la integridad psicofísica de las personas menores, satisfacer sus necesidades.

En tal sentido, si se planteara una estrategia que considerara que la "familia" incluye a la abuela y a su pareja las situaciones que están generando el mayor estrés serán las relacionadas con las consecuencias que la revelación de los abusos sexuales traerá aparejada: notificación a las autoridades; alejamiento de Judit y sus hijos o de Yanina; posible ruptura del vínculo de pareja; pérdida de bienestar económico; pérdida de estabilidad de vivienda.

En cambio, si se toma en cuenta el paradigma de la satisfacción de necesidades de los niños, en este momento –ante la imposibilidad de la abuela de creer en el corto plazo en lo que Yanina relata- la "familia" está compuesta por la madre y los 2 hijos. Y las situaciones específicas que están generando el mayor estrés tienen que ver con la revelación de los abusos sexuales y la necesidad de proteger a los niños ante posibles revictimizaciones.

Las dificultades más evidentes para afrontar la situación son la carencia de vivienda propia; el grado importante de dependencia económica que Judit tiene con el agresor y la dependencia emocional con su propia madre sumadas a cierto nivel de vulnerabilidad por pertenecer a una familia monoparental inmigrante.

La intervención se inicia en Fase III Respuesta desorganizada y el trabajo del equipo técnico contribuye a que se pase rápidamente a la Fase IV Búsqueda de recursos novedosos y poco frecuentes.

Recordar que sentimientos y comportamientos impropios y, en apariencia, extravagantes pueden representar reacciones características de cierta fase de la crisis. Es necesario hacer una correcta interpretación de las fases de la crisis para plantear una intervención adecuada.

A diferencia de otras intervenciones más tradicionales, éstas son breves, enfocadas principalmente en el "aquí y ahora", con el objetivo de apoyar a los miembros de la familia hacia cambios que resuelvan la situación que provocó la desestabilización familiar, garantizando, además, la seguridad y la integridad de los/as niños/as.

Se implicará a la familia en el proceso de resolución de los problemas ayudándole a:

- analizar la situación de crisis (elementos que la favorecieron, estrategias utilizadas…);
- formular objetivos que ella misma identifique como prioritarios; y
- formular un plan concreto de acción (búsqueda de soluciones)

Los objetivos iniciales de la intervención deben ser simples y de fácil consecución para permitir que la familia recupere sus sentimientos de autoeficacia y un mayor control de su situación.

La intervención tiende a restablecer la estabilidad familiar, enseñándole a sus integrantes a resolver problemas SIN resolverlos por ellos.

Se utilizarán abordajes que tengan en cuenta las fortalezas de las familias en mayor medida que sus debilidades; abordajes que reconozcan en las familias la existencia de conocimientos y habilidades para solucionar sus propios problemas.

Es fundamental identificar y enfocar con la familia un número limitado de objetivos prioritarios – entre 1 y 4- para evitar la confusión y la tendencia a enfocar situaciones no significativas.

En el caso planteado, estos objetivos prioritarios son:

1. Garantizar que ninguno de los niños sufrirán nuevas agresiones sexuales por parte de Francisco G.
2. Notificar a Fiscalía. Este objetivo podrá ser llevado a cabo por el equipo si la madre no estuviera en condiciones de tomar la iniciativa a las 48-72 horas de comenzada la intervención.
3. Conseguir una vivienda para Judit y los niños. Si bien apenas iniciada la intervención este objetivo se cumple, el equipo debe trabajar para encontrar una solución a más largo plazo.
4. No interrumpir la escolaridad de los niños.
5. Asegurar ingresos para manutención del grupo familia.

Estos objetivos apuntan a preparar el contexto familiar para iniciar la etapa de intervención reparadora con la niña, con la madre y con otros integrantes de la familia extensa.

Otro aspecto importante de la intervención es colaborar con las familias en la exploración de los mecanismos que emplean para afrontar la situación y para identificar opciones alternativas con el fin de reducir la impulsividad y los sentimientos de vulnerabilidad y de impotencia.

Se aconseja fomentar el uso adecuado por parte de la familia de los recursos comunitarios que además de favorecer la resolución de la situación de crisis actual, constituirá una red de apoyo sólida para situaciones futuras.

Una respuesta útil y planificada debería incluir:

- contacto inmediato, dentro de las primeras 48 horas
- acompañamiento de la familia por el tiempo que haga falta para estabilizar la crisis actual
- disponibilidad profesional y/o de recursos –no exclusivamente PIF- 24 horas diarias, 7 días a la semana

- provisión de evaluación y servicios, al menos en forma parcial, en el domicilio
- contactos diarios con la familia al comienzo que se irán espaciando gradualmente
- establecimiento de un tiempo limitado de provisión de los servicios (entre 4 a 12 semanas)
- períodos prolongados de intercambio activo, enfocando en 1 a 4 problemas u objetivos centrales
- ofrecimiento de psicoterapias, servicios concretos y recursos comunitarios
- marco teórico que considere que las crisis flexibilizan a las personas para que produzcan cambios para mejor
- aliento a las familias para que establezcan sus propios objetivos con una guía muy limitada por parte de los/as profesionales
- mantenimiento de una intervención de tiempo limitado
- focalización en el sistema familiar, manteniendo la flexibilidad de trabajar con los/as integrantes que estuvieran disponibles
- como condición de autocuidado y para poder brindar una calidad adecuada de servicios, los/as técnicos/as limitarán la cantidad de casos en situación de crisis a su cargo (lo ideal es llevar no más de 2 casos si, además, se están llevando otras intervenciones)

Si una familia no encuentra ayuda cuando está abierta a intentar nuevos formas de afrontar los problemas, sus integrantes pueden hundirse más en estilos de resolución poco adaptativos.

Durante la resolución de una crisis, mínimos esfuerzos de intervención pueden producir máximos efectos, de mayor profundidad que en etapas de menos accesibilidad emocional.

BIBLIOGRAFÍA:

Arruabarrena, I. y Alday, N. (2008): *Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar* – Gobierno de Cantabria

DePanfilis, D. y Salus, M.K. (1992): *Child Protective Services: A Guide for Caseworkers* - U.S. Department of Health and Human Services- Washington (EEUU), 19.

Intebi, I. (2009): *Intervención en casos de maltrato infantil*. Colección Documentos Técnicos. Dirección General de Políticas Sociales. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Gobierno de Cantabria. España

Jenkins, J. L.; Salus, M. K.; y Schultze, G. L. (1979): *Child Protective Services: A Guide for Workers*. U.S. Department of Health, Education and Welfare, National Center on Child Abuse and Neglect (Washington,EEUU), 7.

Parad, H.J. y Parad, L.G. (compiladores) (1990): *Crisis Intervention Book 2: The Practitioner's Sourcebook for Brief Therapy* - Milwaukee: Family Service America-EEUU

U.S. Department of Health and Human Services: *Crisis Intervention in Child Abuse and Neglect: User Manual Series* – 1994. Material facilitado por National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information

8. EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN

La evaluación en intervención es una modalidad de intervención en la cual se establece un plan con objetivos a conseguir en el corto plazo, aún cuando no se ha podido recoger la información suficiente para confirmar que una situación de desprotección moderada o grave está ocurriendo o para plantear un plan de caso a medio o a largo plazo.

Constituye una de las modalidades en las que resulta de fundamental importancia la coordinación y la complementación entre los/as profesionales de los equipos de Recepción y Valoración, los/as de Evaluación y los/as del Programa de Intervención Familiar.

Es importante destacar que la evaluación en intervención no es una actuación alternativa ante el exceso de casos o ante la falta de tiempo de los/as profesionales de los equipos de Recepción y Valoración o de los de Evaluación y Coordinación de Casos.

Por el contrario, se procede a la elección de este tipo de intervención ante situaciones muy específicas a fin de cumplir objetivos muy precisos.

El MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrrena y Alday, 2008, pág. 63) señala que esta modalidad se aplicará:

- Cuando la investigación no ha llegado a confirmar o a refutar la existencia de la desprotección, persistiendo las sospechas de desprotección grave;

- Cuando la investigación no ha llegado a confirmar o a refutar la existencia de la desprotección, persistiendo las sospechas de desprotección moderada, y no se considera que el seguimiento que puede hacerse desde la red de servicios comunitarios sea suficiente para obtener la información necesaria para verificar la existencia de la desprotección, siendo necesarios profesionales especializados y en contacto cercano e intensivo con la familia para continuar el proceso de obtención de información;

- Casos de desprotección grave en que la evaluación del SAIAF concluye con un pronóstico incierto o negativo en relación a las posibilidades de capacitación parental y se considera necesario clarificar, verificar o refutar dicho pronóstico para proceder a diseñar un Plan de Caso de carácter estable;

- Casos de adultos que comienzan a ejercer el rol parental bien porque:

    (a) inician su convivencia con el niño, niña o adolescente; o

    (b) la reinician tras un largo período de tiempo sin contacto con éste, y hay sospechas fundadas de que pueden tener dificultades importantes para ejercer adecuadamente las funciones parentales.

De lo antedicho se desprende que, al derivar a una familia al Programa de Intervención Familiar para llevar a cabo la evaluación en intervención, los/as técnicos/as que han trabajado hasta ese momento deben fundamentar adecuadamente la decisión, estableciendo a cuál de las situaciones descriptas en los párrafos precedentes corresponde.

Resulta de gran importancia que los padres o responsables legales accedan a participar y se comprometan a colaborar con los/as profesionales del PIF en las actividades propuestas: visitas a domicilio del educador/a familiar, entrevistas y sesiones con el psicólogo/a, entrevistas con el trabajador/a social, etc.

En caso de negarse a participar, es suficiente con informarles que el SAIAF procederá a la evaluación en intervención.

Esta modalidad de trabajo tiene plazos muy precisos. Se extenderá por un máximo de 6 meses si el motivo por el que se la ha recomendado es la persistencia de la sospecha de una situación de desprotección moderada o grave que no ha podido ser confirmada en la investigación. Mientras que el plazo máximo será de 10 meses cuando se lleva a cabo para clarificar, verificar o refutar un pronóstico negativo o incierto realizado por el Equipo de Evaluación ante una situación de desprotección grave o para trabajar con aquellos/as adultos/as que comienzan a ejercer el rol parental.

Esta modalidad de intervención está dirigida a:

- Completar la investigación o la evaluación

- Evaluar capacidades parentales

EJEMPLO 1:

Familia derivada por los SSAP ante la situación de tres niñas de 9, 7 y 5 años de una familia inmigrante que habla muy poco español. La derivación se debe a que los vecinos notificaron que era habitual que las niñas quedaran solas en el domicilio familiar, que se les escuchaba llorar y pelear entre ellas en esas ocasiones. Los vecinos también informan que, en un par de ocasiones, les ofrecieron alimentos pues ya era la hora de la comida o de la merienda y los adultos no habían regresado.

Informan además que entra y sale mucha gente del piso, que no son siempre las mismas personas, que algunos pasan una temporada y no se les ve más. Una de las vecinas comenta que ha visto a algunos de ellos mendigando en la puerta de la iglesia.

La familia compuesta por la madre, Jana de 35 años, y el padre, Vlado, de 37, no tienen contacto con los vecinos ni con los SSAP.

La intervención resulta muy compleja por cuestiones del idioma y los SSAP han realizado las entrevistas con la presencia de una intérprete.

Las niñas están escolarizadas y asisten con regularidad aunque algunos días llegan tarde. El rendimiento escolar de las 2 mayores están dentro de los parámetros normales. Son niñas curiosas que se relacionan bien con sus pares. La menor es más tímida y retraída. Su maestra ha observado comportamientos sexuales inadecuados (masturbación compulsiva; coerción para que sus compañeros/as participen en juegos sexuales) en los últimos 5 meses.

Las condiciones de higiene no son óptimas y, en las ocasiones en que se sirve comida, las 3 comen con gran apetito. Lo que ha llevado a sospechar de que no se alimenten bien en su casa.

Tanto la madre como el padre manifiestan que tienen ingresos mensuales aceptables aunque no explican cuál es su fuente de ingresos. No están de acuerdo con la intervención de los SSAP pues no consideran que la familia tenga problemas. Justifican que dejar a las niñas queden solas en el piso es una práctica habitual en su país de origen. No consideran que estén incumpliendo sus funciones de cuidados pues dejan a las hijas en un domicilio con alimentos a mano, al cuidado de la hija mayor de 9 años.

La profesional interviniente sospecha que hay violencia en la pareja, que ambos padres consumen alcohol y probablemente algún otro tipo de sustancias y que la madre podría estar ejerciendo la prostitución. Aparentemente llevaría a cabo estas actividades fuera del domicilio familiar aunque, en los últimos meses, podría haber recibido clientes en el piso en horarios en que las niñas están presentes.

No tienen familiares en España y su círculo de apoyo social se limita a otros inmigrantes en condiciones de vida semejante a las de ellos.

El Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos ha mantenido entrevistas con los padres y las 3 niñas en las que confirman la información obtenida por los SSAP. La observación de las menores no aporta elementos indicadores de desprotección. Se intentó explorar con la más pequeña el tema de las conductas sexuales inadecuadas pero la niña evade la cuestión, se muestra muy ansiosa, cambia la modalidad de juego que venía llevando y pide con insistencia terminar la entrevista "porque ya está cansada" (habían transcurrido solamente 10 minutos).

Se acuerda con los SSAP un Plan de Caso basado en la confirmación de una situación de negligencia moderada con persistencia de sospechas de malos tratos emocionales (relacionados con la violencia de la pareja) y abusos sexuales (por los comportamientos y las observaciones de la niña de 5 años). Se acuerda con los padres que las niñas asistirán a talleres y a la ludoteca después del horario escolar cubriendo todas las tardes de la semana hasta las 7 PM y los sábados. También aceptan tener entrevistas de seguimiento cada 15 días en los SSAP y visitas alternadas cada 15 días en el domicilio familiar. El SAIAF continuaría asesorando a los SSAP sin participar de manera directa en la atención de la familia.

Cuatro meses más tarde, muy cerca del verano, sólo se había cumplido con la asistencia de las menores a los talleres y a la ludoteca. Los padres habían concurrido a sólo una de las citas con los SSAP y la técnico no había podido realizar ninguna visita en el domicilio familiar, ya sea por cancelaciones a último momento o porque concurría en el horario pactado y no encontraba a nadie.

En los talleres las dos hermanas mayores habían establecido un vínculo de gran confianza con la monitora y en varias oportunidades brindaron información sobre episodios de violencia conyugal grave, consumos de drogas y alcohol por parte de ambos progenitores y presencia de hombres desconocidos que pasaban "el rato en casa" y que venían, según les decía su padre, "a visitar a mamá".

En estos meses se incrementaron los comportamientos sexuales de la niña más pequeña y en la ludoteca observaron situaciones semejantes en la hermana mayor.

Con lo cual, dado el tiempo transcurrido y los intentos fallidos de los SSAP para trabajar con la familia sumado a la proximidad del verano; las vacaciones escolares; la terminación de los talleres y la persistencia y agravamiento de las conductas sexualizadas en la niña más pequeña y la aparición de las mismas en la hermana mayor, se decide solicitar la colaboración del SAIAF y revisar el Plan de Caso.

8.1 ¿POR QUÉ SE INDICA EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN?

Como ya se ha dicho anteriormente, al tomar una decisión de este tipo hay que centrarse, por un lado, en el equilibrio entre la protección y el riesgo en el que se encuentran los/as niños/as y, por el otro, en los objetivos de completar la investigación/evaluación y de valorar las capacidades parentales.

El Ejemplo 1 constituye una situación de negligencia moderada que se ha podido aliviar mediante recursos del sistema de protección (talleres, ludoteca) que funcionan como factores de protección temporarios. Sin embargo no se ha podido trabajar con la situación responsable de esa negligencia ni se ha podido generar conciencia de problema en los progenitores. Además, junto con el agravamiento de los comportamientos sexualizados de la hija menor, han aparecido indicadores de sospecha en la hija mayor y se pudo recoger más información sobre la posibilidad de que la madre ejerciera la prostitución en el domicilio familiar.

Estos elementos llevan a modificar la hipótesis inicial de que las niñas se encontraban bajo un nivel de riesgo moderado.

Entre las cuestiones a evaluar durante la intervención estará la satisfacción de las necesidades infantiles (ver el Anexo 1 Necesidades Infantiles del MANUAL CANTABRIA, 2007).

Por otra parte, analizando los factores de riesgo descritos por Arruabarrena y colaboradores (1993), se detectan los siguientes indicadores.

De alto riesgo:

- las niñas están en el hogar familiar que es donde ocurre la situación de desprotección detectada (negligencia);
- ambos padres parecen centrados en sus propias necesidades y problemas;
- ambos padres tienen un entendimiento muy pobre de lo que son conductas apropiadas en una determinada edad, muestran expectativas irreales y realizan demandas que las menores no pueden alcanzar (dejarles solas en el piso; delegar la responsabilidad de alimentación y cuidados en la niña de 9 años). Minimizan la gravedad de este indicador y rechazan los intentos de modificar sus criterios;
- ambos progenitores esperan que las niñas cubran sus necesidades parentales;
- familia sin sistemas de apoyo disponibles;
- los adultos responsables de la negligencia no han cooperado con la intervención: resisten de manera pasiva a mantener contacto con los/as técnicos/as del SSAP y boicotean los objetivos.

De riesgo moderado:

- existencia de informes de negligencia por parte de los SSAP;
- las niñas tienen menos de 12 años (son mayores de 5) y las únicas personas que pueden verles fuera de la casa es el personal escolar y de la ludoteca;
- debido a la edad de las niñas tienen capacidad limitada para protegerse o cuidar de sí mismas y necesitan ayuda y supervisión por parte de los adultos;
- dos de las niñas presentan síntomas observables pero no diagnosticados de trastorno emocional (conductas sexuales inadecuadas) que afectan de manera negativa el cumplimiento de sus roles normales. En el caso de la más pequeña, se han incrementado sin tratamiento;
- se sospechan consumos de drogas y alcohol por parte de ambos progenitores;
- se sospechan episodios de violencia física entre los progenitores;
- se sospecha ejercicio de la prostitución por parte de la madre con acuerdo del padre en el domicilio en el que viven las menores;

Se indica evaluación en intervención

- Porque 2 de las 3 niñas muestran indicadores conductuales compatibles con sexualización precoz e inadecuada;
- Porque los SSAP han intentado revertir los factores de riesgo detectados e incrementar los de protección con escaso éxito dada la actitud de los padres;
- Porque se ha intentado una intervención desde los SSAP y, a pesar del cumplimiento parcial de los acuerdos, la situación de las niñas ha empeorado;
- Existe la sospecha de que la desprotección es grave y que se está exponiendo a las niñas a episodios de violencia conyugal y a situaciones de promiscuidad sexual aún cuando la investigación no ha llegado a confirmar o a refutar esta hipótesis;
- No se considera que el seguimiento que puede hacerse desde la red de servicios comunitarios sea suficiente para obtener la información necesaria para verificar la existencia de la desprotección (dado que se ha intentado y fracasó), siendo necesarios profesionales especializados y en

contacto cercano e intensivo con la familia para continuar el proceso de obtención de información;

- Mientras se exploran los factores de riesgo y las condiciones que condujeron a la situación de desprotección y se valoran los factores de protección del contexto familiar, es imprescindible ofrecer a las niñas los cuidados necesarios en especial durante la época de vacaciones escolares en las que quedarían menos protegidas por los recursos habituales.

8.2 OBJETIVOS DEL PLAN DE CASO

- Entrevistar a los padres para recoger información actualizada sobre:
  - Factores de riesgo y factores de protección en relación:
    - a sus capacidades físicas, intelectuales y emocionales;
    - expectativas hacia las hijas;
    - estilo de interacción progenitor(a)/hijas;
    - relación de la pareja;
    - abuso de drogas y/o alcohol;
    - historia de conducta violenta, antisocial o delictiva;
    - historia personal de maltrato/abandono en la infancia;
    - fuentes de apoyo social y a su respuesta ante la intervención
  - Capacidad parental
    - Poner en marcha un recurso de intervención con los padres para:
    - Generar conciencia de problema y motivación de cambio
    - Optimizar la capacitación parental
- Poner en marcha recursos para las tres niñas que aseguren la satisfacción de sus necesidades básicas (estos recursos podrán coordinarse con el Ayuntamiento, por ejemplo: colonias durante el receso escolar o durante la fase de recogida de información y evaluación de grado de riesgo)
- Generar un vínculo de confianza con las niñas para proceder a la valoración de las sospechas de abuso sexual por el Equipo de Evaluación. Es importante que la niña de 7 años que no presenta indicadores conductuales de sospecha también sea evaluada.

En este proceso se deberá actuar con celeridad para determinar el grado de riesgo en que se encuentran las niñas, así como cuáles son los factores de riesgo y cuáles los de protección, pues de esta evaluación dependerá una de las primeras decisiones que habrá que tomar: si la intervención se realizará con las niñas en el domicilio familiar o no.

El hecho de que la intervención de servicios no especializados no haya sido exitosa junto con los problemas asociados que no son de fácil resolución (probable alcoholismo y/o consumos de drogas por ambos progenitores; probable violencia conyugal; probables conductas promiscuas por parte de la madre en el domicilio familiar con aprobación del padre; carencia de fuentes de apoyo; manejo elemental del idioma) hacen prever la salida temporaria de las niñas del hogar.

Se recomienda plantear el caso como una situación de negligencia moderada que se ha vuelto grave ante la falta de respuesta a la intervención de equipos no especializados y ante la información de la preexistencia de otros problemas asociados.

En caso de producirse la separación de las niñas del hogar, la valoración de las sospechas de abuso sexual se podrá llevar a cabo al suspender la convivencia. Si la sospecha llegara a confirmarse, habrá que replantear el Plan de Caso y sus objetivos.

EJEMPLO 2:

Pablo de 15 años y sus hermanas María, Elena y Asun de 13, 11 y 7 años, se encuentran en un centro de acogida desde hace 6 meses debido a una situación de negligencia y malos tratos físicos y emocionales graves de larga data.

Los padres, Gustavo de 41 y Silvia de 43, son adictos y alcohólicos; sin empleo fijo; y ambos provienen de familias disfuncionales. La relación entre ellos es sumamente inestable y hay temporadas en que están juntos y otras en las que Gustavo desaparece.

Durante muchos años, los servicios especializados intentaron, por un lado, capacitarles para el cuidado de los hijos y, por el otro, apoyarles para solucionar los problemas asociados, sin lograr resultados favorables.

Por el contrario, a medida que los niños iban presentando comportamientos cada vez más graves y peligrosos para sí y para terceros, aumentaba la hostilidad de los padres hacia los/as técnicos/as.

Los/as niños/as habían estado en acogimiento anteriormente y habían vuelto a convivir con sus padres bajo la responsabilidad de la abuela materna fallecida meses antes del acogimiento actual.

El acogimiento de los menores se produjo después de que la niña de 11 años asistiera a la escuela con una actitud aletargada y, entre risas, le contara a sus compañeras y a su maestra que su madre le había dado a fumar "lo que ya sabéis".

El pediatra confirma que el estado de la niña se debe a consumo de marihuana e informa que, a su criterio, éste no ha sido el primer episodio.

La hija mayor de 13 años hacía varios meses que estaba desganada, faltaba seguido a clases y unas semanas antes de este episodio con Elena, el educador familiar había observado que durante el fin de semana se había infligido heridas cortantes en la cara interna de ambos antebrazos. María se justificó diciendo que se trataba de un juego que hacía con sus compañeras de clase.

Pablo, el hijo mayor, llevaba una temporada con actitudes rebeldes hacia los profesores y hacia el equipo técnico. Se sospechaba que estaba cometiendo pequeños robos y asociándose con chavales mayores que consumían y trapicheaban.

Asun presentaba serios problemas académicos debidos, en parte, a absentismo escolar injustificado y frecuente.

Cuando ocurrió el incidente con Elena se visitó el domicilo familiar y se observó un deterioro importante en las condiciones de la vivienda, la madre estaba alcoholizada y el padre estaba ausente desde hacía unas semanas.

Si bien se intentó que los hermanos fueran al mismos centro de acogida, Pablo ingresó a un centro para niños con mayores problemas de comportamiento; Elena fue a un centro para adolescentes y las más pequeñas quedaron juntas.

Antes del acogimiento se estaba llevando a cabo un Plan de Caso con los 4 menores que se adaptó a las circunstancias actuales. Por el momento, la intervención con la madre y con el padre (que aun no ha regresado) están suspendidas a la espera de una propuesta acorde al nuevo contexto.

Las intervenciones constan de un componente socioeducativo y talleres enfocados en fomentar resiliencia para todos los menores, además de un componente psicoterapéutico para la hermana mayor, María. Según sea la evolución de los/as niños/as se considerará ofrecer intervención psicoterapéutica a los hermanos/as.

A los pocos días de producido el acogimiento, mientras la pequeña realiza la tarea con una educadora le comenta que "Elena quiere volver a la casa con Silvia (la madre , la llama por su nombre)", pues está muy asustada. Teme que el Tío Ramón la maltrate porque las niñas no están más en la vivienda. Cuando se le pregunta quién es el Tío Ramón y por qué va a hacer eso con su madre, Asun responde: "Ya sabes quién es Tío Ramón. Ése que viene a beber con mi madre y nos trae chuches; el que tiene esa navaja tan bonita." Comenta que se va a enojar porque María y Elena no están en casa y ya no le podrán hacer los masajes que a él le gustan. Cuando se le pregunta qué tipo de masajes son esos, la niña se encoge de hombros y sonríe con picardía: "Tú sabes, esos…" Ante la insistencia de la educadora cambia de tema y dice: "Pues pregúntale a Pablo. A él también le llevaba a lo de los masajes". Después de este comentario Asun se cierra y evita hablar del tema aunque reitera el comentario sobre los deseos y los temores de Elena. Se lo menciona a una monitora en medio de una actividad. La monitora no recoge el comentario ni hace preguntas.

La educadora comunica esta información a la Coordinadora de Caso para evaluar los pasos a seguir.

8.3 ¿POR QUÉ SE INDICA EVALUACIÓN EN INTERVENCIÓN?

- Porque existe una situación crónica de negligencia y malos tratos físicos y emocionales graves que han producido sus efectos en los cuatro menores y para cuya reparación ya se ha puesto en marcha un plan de intervención;

- Porque es necesario evaluar la sospecha que ha surgido de probables agresiones sexuales de una persona aparentemente ajena al grupo familiar hacia los 3 hermanos mayores (cabe destacar que de confirmarse las sospechas y más allá de las características de la participación que pudiera haber tenido Pablo, dicha participación debe ser explorada en principio como una situación de victimización y no como una situación de agresión de su parte);

- Porque no sólo no hay inconvenientes en que se continúe desarrollando el Plan de Caso previsto mientras se procede a recoger, a la brevedad posible, más información para investigar las sospechas de abuso sexual sino que es importante no interrumpir las intervenciones que ya se están llevando a cabo para reparar los efectos del trauma crónico en los/as niños/as;

- Porque no hay contraindicación ni se plantea ningún tipo de inconveniente ante la eventualidad de que haya que valorar las sospechas de abuso sexual hacia los 3 hermanos mayores (valoración que estará a cargo del Equipo de Evaluación)

Es bastante común que cuando están protegidos/as y se sienten seguros/as, los/as niños/as que son victimizados y sufren múltiples tipologías de desprotección hagan tímidos y/o sutiles comentarios de situaciones compatibles con agresiones sexuales.

Es muy importante que las personas que escuchen estas manifestaciones se las comuniquen a los/as profesionales que están llevando la intervención pues suelen ser una manera de probar la reacción de los/as adultos/as protectores/as: si se les escucha; si se tiene en cuenta la información suministrada; si hay un verdadero interés en protegerles; si se les tiene en cuenta seriamente; etc.

8.4 OBJETIVOS DEL PLAN DE CASO

- Coordinación entre los/as distintos/as técnicos/as intervinientes para plantear la mejor estrategia para abordar a las supuestas víctimas de agresiones sexuales
- Continuar con todas las intervenciones previstas en el Plan de Caso vigente al momento de detectar las sospechas
- Utilizar dichas intervenciones en la preparación del contexto para proceder a evaluar las sospechas (en coordinación con el Equipo de Evaluación se decidirá hasta dónde los/as técnicos del Programa de Intervención Familiar explorarán estas sospechas; en qué momento se derivará a los menores para entrevistas individuales; cómo se les recogerá en caso de que se produzca una revelación o en caso de que plantearles la exploración provoque reacciones emocionales intensas e inesperadas; etc)
- Entrevistas con los 3 niños mayores para evaluar las sospechas de abusos sexuales (preferentemente conducidas por profesionales del Equipo de Evaluación; si alguno de los menores- o los tres- hubiera desarrollado un vínculo de mayor confianza con algún técnico/a del Programa de Intervención Familiar, ambos equipos evaluarán la conveniencia de que esta persona esté presente en las entrevistas de valoración)
- Entrevistas con la hermana menor para recoger más información y evaluar si ella también ha sido victimizada (hasta que se decida realizar una valoración de sospecha, la intervención debe ser conducida por el técnico/a del Programa de Intervención Familiar)

- Entrevistas con la madre para:
    - determinar cómo ha sido la dinámica familiar en las semanas previas al acogimiento;
    - determinar cuáles han sido las causas del deterioro observado antes del acogimiento;
    - recoger información acerca de las personas que visitan el domicilio familiar;
    - recoger información sobre posible conocimiento por parte de la madre de agresiones sexuales hacia sus hijos/as;
    - recoger información sobre la persona identificada por Asun como “el Tío Ramón”;
    - recoger información para valorar la conveniencia de continuar con las visitas supervisadas previstas en el Plan de Caso planteado al momento del acogimiento;
    - recoger información para evaluar la conveniencia de incorporarle en las intervenciones que sean necesarias en caso de confirmarse las agresiones sexuales.
- Entrevistas con el padre (intentar contactarle si no ha vuelto a tomar contacto con la familia aun) para:
    - determinar cómo ha sido la dinámica familiar en las semanas previas al acogimiento;
    - determinar cuáles han sido las causas del deterioro observado antes del acogimiento;
    - recoger información acerca de las personas que visitan el domicilio familiar;
    - recoger información sobre posible conocimiento por parte del padre de agresiones sexuales hacia sus hijos/as;
    - recoger información sobre la persona identificada por Asun como “el Tío Ramón”;
    - recoger información para evaluar la conveniencia de incorporarle en las intervenciones que sean necesarias en caso de confirmarse las agresiones sexuales.

Se ha señalado que es bastante común que los/as niños comenten situaciones de posibles abusos sexuales cuando están protegidos/as y se sienten seguros/as.

Por este motivo, los/as técnicos/as del Programa de Intervención Familiar tienen que estar preparados/as para actuar en tales circunstancias, en especial cuando trabajen con personas menores que están en acogimiento.

El acogimiento cuando es exitoso, más allá de los comportamientos o de lo que los/as usuarios/as puedan verbalizar, produce una sensación de protección y de seguridad. El hecho de que un/a niño/a proporcione indicadores de posibles agresiones sexuales está poniendo de manifiesto que tiene confianza en las personas que trabajan con él/ella y que confía en que la Administración o sus técnicos/as en particular encontrarán la manera de protegerles.

De allí la importancia de prestar atención a estos comentarios y la necesidad de plantearse una estrategia para explorar la posibilidad de que las agresiones hayan ocurrido. Cabe recordar que es habitual que niños/as que han sufrido situaciones de trauma crónico tengan la tendencia de poner a prueba a los/as profesionales intervinientes ya que la traición o la falta de atención por parte de los/as adultos/as cuidadores/as ha sido moneda corriente en sus vidas.

Dado que estas revelaciones parciales pueden ocurrir en cualquier fase de la intervención propiamente dicha (al comienzo, pasados algunos meses o incluso años más tarde), hay que tener presente que para proceder a investigar la sospecha de abuso sexual no es necesario interrumpir ni posponer el Plan de Caso acordado y puesto en marcha.

Por el contrario, en muchos casos, proseguir con las intervenciones planteadas permitirá realizar las entrevistas de valoración en un contexto mucho más favorable, habiéndose establecido un vínculo de confianza con los/as profesionales del sistema de protección basados en las actuaciones concretas del equipo y no en meras declaraciones de principios protectores.

Sólo se recomienda replantear las intervenciones cuando en ellas estén incluidas las personas sospechadas de los abusos sexuales.

También es conveniente recordar que no es necesario interrumpir ni postergar los recursos que ya estén en marcha si se hace necesaria la participación de los/as profesionales del Equipo de Evaluación.

Uno de los motivos por el que podría interrumpirse sería que el niño/a o adolescente estuviera atiborrado/a de compromisos y citas, lo que le impediría acudir a las entrevistas con el Equipo de Evaluación de manera descansada.

Cuando haya que decidir la interrupción de algún recurso, los/as profesionales de ambos equipos evaluarán las ventajas y las desventajas de las interrupciones. Si se decide la interrupción del recurso y el usuario/a ha establecido un vínculo afectivo y de confianza con ese/a técnico/a en particular, se aconseja que prosiga el contacto aunque de una manera más informal (contacto telefónico, por correo electrónico, encuentros de 10 ó 15 minutos, etc) para preservar el vínculo.

BIBLIOGRAFÍA:

Arruabarrena, M.I.; De Paúl, J. y Torres, B. (1993): *Criterios de evaluación de peligrosidad en situaciones de desprotección infanti*l – Proyecto SASI – Dirección General de Protección Jurídica al Menor – Ministerio de Asuntos Sociales

Arruabarrena, I. (2007): *Manual Cantabria: Principios generales* – Gobierno de Cantabria

Arruabarrena, I. y Alday, N. (2008): *Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar* – Gobierno de Cantabria

Intebi, I. (2009): *Intervención en casos de maltrato infantil*. Colección Documentos Técnicos. Dirección General de Políticas Sociales. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Gobierno de Cantabria. España

9. LA INTERVENCIÓN REPARADORA CON NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

En el Capítulo 6 se describió en detalle las cuestiones relacionadas con los objetivos finales de las intervenciones protectoras: garantizar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes cubriendo sus necesidades básicas (físicas, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas).

Se señaló la importancia de contar con intervenciones **multi** e **interdisciplinares***, **multimodales**** e **intersectoriales/interinstitucionales***** para:

- controlar y disminuir los factores de riesgo;
- favorecer y estimular los factores de protección; y
- reparar los efectos que la desprotección pudiera haber provocado en niños/as y adolescentes.

Las actuaciones del Programa de Intervención Familiar está dirigida a establecer las condiciones necesarias para garantizar el bienestar y la seguridad del niño/a o adolescente así como un proceso de desarrollo saludable. No debe estar enfocado exclusivamente en corregir o contrarrestar la situación de desprotección.

Más allá de los recursos que se pongan en marcha para trabajar con los/as adultos/as es importante desarrollar intervenciones dirigidas específicamente a los/as niños/as o adolescentes víctimas de desprotección ya que las dificultades de las familias, dada su complejidad, tardan un tiempo -imposible de predecir- para resolverse y las personas menores no pueden quedar a la espera de que estos cambios se

* En el enfoque inter y multidisciplinar participan simultáneamente o en diferentes momentos de la intervención técnicos/as de distintas disciplinas.

** Se denomina enfoque multimodal al trabajo que se lleva a cabo con los distintos protagonistas y componentes de las situaciones de desprotección (figuras parentales, niños/as y adolescentes y las instituciones y programas de la red de apoyo).

*** La intervención intersectorial e interinstitucional/interdepartamental es la que emplea recursos y programas ofrecidos por diversas instituciones (de los Servicios de Protección Infantil, de Servicios Sociales, del sector salud, del sector educación, de la Justicia, entre otros/as).

produzcan. Además, ciertas dificultades de niños/as y adolescentes pueden llegar a convertirse en agentes potenciadores o mantenedores de la desprotección.

Muchos/as niños/as, a su vez, presentan problemas importantes en su desarrollo o situación emocional -por ejemplo, retrasos cognitivos, trastornos psicopatológicos, problemas comportamentales severos- que requieren un abordaje y tratamiento específicos. De hecho, la intervención a este nivel permite mejorar de forma significativa la situación de las personas menores aún cuando las circunstancias familiares no cambien con el plan propuesto.

No está demás insistir en que, para que la intervención aborde las causas de las situaciones de violencia y pueda ocuparse adecuadamente de reparar sus efectos, es necesaria una estrecha colaboración y coordinación entre los Equipos de Evaluación y Coordinación de Casos y el Programa de Intervención Familiar en lo que hace al diseño del plan de caso y/o en la elección de los recursos a utilizar. Esta coordinación entre equipos es muy importante a fines de identificar y compartir los criterios para trabajar con la familia y/o con los/as niños/as y adolescentes.

En este capítulo se tratarán en detalle las cuestiones relativas a la intervención con las personas menores para reparar los efectos de las agresiones sexuales, actuaciones que, de acuerdo con el MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (2008), caen dentro de la órbita de Apoyo específico al menor (págs. 101-105) y Apoyo a la vida independiente y Apoyo a la emancipación (págs. 106-111).

Al igual que al momento de establecer el plan general de la intervención, en el trabajo específico con niños/as y adolescentes conviene tener identificados y haber tomado las decisiones correspondientes en relación a las siguientes cuestiones:

- Los objetivos generales y finales a conseguir
- Los problemas que se abordarán
- El orden y la prioridad en que se abordarán (se recomienda trabajar con 3 a 5 cuestiones en cada fase)
- La identificación de cuál es el estado actual del problema; cuál es la situación ideal y cuál la situación aceptable
- Los recursos/programas/intervenciones que se pondrán en marcha y las tareas que deberán llevarse a cabo para alcanzar dichos objetivos
- El modo en que se evaluará el logro de los objetivos
- Las consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse y en caso de no alcanzarse los objetivos propuestos

- El plazo en que se procederá a la revisión del plan de trabajo y a la evaluación de:

a) si se están consiguiendo los objetivos;

b) si hay que realizar cambios

Los plazos deberán ser razonables: nunca tan extensos, amplios y/o flexibles que terminen perjudicando el desarrollo de las personas menores.

- La estrategia de intervención, además, será lo suficientemente flexible como para permitir modificaciones a la propuesta original en cualquier momento de la intervención

La primera y principal regla a tener en cuenta cuando se diseña un plan de caso ante situaciones de desprotección de niños/as y adolescentes, a fines de obtener resultados positivos, es que los comportamientos violentos contra las personas menores, en este caso, los abusos sexuales, deben haberse interrumpido.

9.1 CUESTIONES BÁSICAS DE LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

Los efectos de las experiencias traumáticas crónicas dependen, por un lado, de las características del trauma y de la etapa evolutiva en que se encuentra la víctima cuando éstas ocurren y, por el otro, de cuánto tiempo ha transcurrido desde que las situaciones dolorosas sucedieron y el momento en que comienza la intervención. De acuerdo con ello se podrán observar:

- reacciones iniciales a la victimización: comportamientos y efectos que se producen como consecuencia directa de los episodios traumáticos (síndrome de estrés postraumático, trastornos en el desarrollo normal, emociones negativas y dolorosas, distorsiones cognitivas);
- acomodación y adaptación a la desprotección crónica: mecanismos que los/as niños/as emplean para lograr cierto sentimiento de seguridad o para disminuir los efectos dolorosos. En gran número de casos estos mecanismos suelen ser exitosos y son responsables de que las víctimas presenten comportamientos aceptables y adecuados -con ligeras desviaciones de lo esperado- en la mayoría de los ámbitos en que se desempeñan.
- elaboración a largo plazo y acomodación y adaptación secundarias: consecuencias que reflejan, por un lado, los efectos de las reacciones

iniciales y los efectos de la acomodación y la adaptación a la desprotección crónica sobre el desarrollo psicológico de esa persona y, por el otro, da cuenta de de los mecanismos que ella sigue utilizando para afrontar –por ejemplo, minimizando- el malestar asociado a la violencia padecida.

El trabajo individual o grupal –tanto socioeducativo como psicoterapéutico- con las víctimas permite:

- tratar las dificultades personales que podrían estar influyendo en las situaciones de desprotección no relacionadas con las agresiones sexuales (niños/as con problemas y/o comportamientos que requieren más atención, más cuidados, más paciencia);
- reparar las consecuencias que la situación de desprotección crónica (tanto los abusos sexuales como cualquier otra tipología de desprotección) ha provocado, prestando especial atención a los mecanismos disociativos;
- promover la resiliencia (principalmente a través de actividades normalizadas)

Si bien en este capítulo se tratarán cuestiones relativas a la intervención con personas menores víctimas de abusos sexuales, la mayoría de los conceptos son aplicables a niños/as y adolescentes víctimas de otras tipologías de desprotección.

Conviene recordar, además, que las agresiones sexuales suelen ocurrir a personas menores que vienen padeciendo diversas formas de desprotección de manera crónica.

En base a lo expuesto, es aconsejable que cualquier tipo de intervención –socioeducativa, terapéutica o de seguimiento del caso- se haga respetando el siguiente encuadre:

- Cuando se trabaje con víctimas – de todas las edades- es importante confirmarles las experiencias vividas y brindarles contención con el objetivo de dar un sentido las experiencias traumáticas vividas en el pasado.
- No “patologizar” a las víctimas: las conductas que presentan al momento de la intervención –por lo general disfuncionales y, con frecuencia, responsables de sufrimiento o malestar- reflejan los mecanismos de adaptación y de acomodación a situaciones de traumatización crónica. Por lo tanto, no constituyen indicadores de trastornos de la salud mental sino “cicatrices”, huellas, que señalan el montante de sufrimiento que debió tolerar esa persona.

- Los síntomas y defensas constituyen respuestas funcionales, adaptativas, que tienen –o tuvieron- el propósito de mantener cierto grado de bienestar psicológico. Poseen, además, el "valor agregado" de brindar información sobre las interacciones verdaderas de las víctimas con el mundo exterior en el pasado y en el presente.

- Estas conductas disfuncionales protegen a los individuos de un mal que ellos perciben como mayor; por lo que no se recomienda una propuesta de "eliminación" inmediata e indiscriminada de las mismas que deje de lado la función "protectora" que desempeñan o desempeñaron.

- La base de las intervenciones será el respeto, la connotación positiva y la creencia en la posibilidad de crecimiento.

- El norte de las acciones terapéuticas serán las experiencias y percepciones personales de las víctimas.

- El tratamiento es para la víctima y sus familiares y NO para "lucimiento" del/la técnico/a.

- Más allá del marco teórico y de las técnicas de intervención que se elijan, el principal instrumento será la empatía.

- Los objetivos de la intervención serán la toma de conciencia y la integración de los aspectos disociados.

- Se alentará la colaboración de las víctimas y de sus familias con el equipo de intervención interfiriendo lo menos posible con su autodeterminación.

Conviene que la estructura de la intervención:

1. NO se desarrolle en -ni reproduzca- un contexto que guarde semejanzas con las situaciones de malos tratos, desprotección ni con el peligro de las circunstancias abusivas originales.

2. Tenga bien definidos y claros los límites externos de la relación con los/as técnicos/as para que las víctimas y sus familiares sepan qué pueden esperar y qué NO. Este aspecto resulta de gran importancia cuando las actividades de la intervención se desarrollen en el domicilio de las familias, en los centros de acogida o en los centros escolares.

3. Ofrezca contención, dentro de un ambiente confiable y predecible para la interacción de todos/as los/as usuarios/as con el(los) profesional(es) interviniente(s), ofreciendo un modelo diferente del que originó la intervención.

Características de la intervención en casos de abuso sexual infantil

- El foco de la intervención son los efectos que produjeron en los/as niños/as y adolescentes los comportamientos abusivos del agresor/a y, eventualmente, la situación de desprotección preexistentes
- Es fundamental contar con la seguridad de que las agresiones sexuales han cesado al momento de la intervención y de que se están ofreciendo alternativas inmediatas a los/as adultos/as para interrumpir otras situaciones de desprotección
- Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones
- El objetivo principal es la reparación de los efectos sufridos por niños/as y adolescentes y la prevención de revictimizaciones de ellos/as y de otras personas menores convivientes o allegadas

9.2 MARCO TEÓRICO PARA LAS ACTUACIONES REPARADORAS CON NIÑOS/A Y ADOLESCENTES

Más allá de los recursos que los equipos intervinientes pongan en marcha –socioeducativos, psicoterpéuticos- y de las diferentes técnicas que puedan proponer distintas escuelas terapéuticas (modelos sistémico, dinámico, cognitivo conductual, etc) es importante explicitar el conjunto de premisas que fundamentan las actuaciones.

La premisa central que fundamenta toda intervención es que niños/as y adolescentes son individuos en proceso de desarrollo en un contexto familiar y social y que las situaciones traumáticas impactan y distorsionan dicho proceso sin detenerlo.

Se define proceso de desarrollo como la “serie de reorganizaciones cualitativas entre y dentro de los sistemas de comportamiento que se producen durante un proceso de diferenciación y de integración jerárquica” (Cicchetti ,1989).

Estos sistemas de comportamiento comprenden aspectos sociales, cognitivos, emocionales, sociocognitivos y biológicos interrelacionados. La continuidad de su funcionamiento en el pasaje de una fase a otra está garantizada en la medida en

que el proceso de desarrollo incorpora los esquemas anteriores en las sucesivas reorganizaciones.

El marco teórico de la psicopatología evolutiva destaca que los desajustes observados en las víctimas son efectos de la situación traumática sobre el desarrollo infantil y no constituyen indicadores de enfermedad.

Este modelo plantea que las agresiones pueden desviar el proceso normal del desarrollo infantil y llevarlo hacia una versión menos adaptativa. Sin embargo el proceso en sí sigue desplegándose (Cicchetti y Toth, 1995).

Los conceptos básicos de este marco conceptual son:

- El proceso de desarrollo ocurre en un contexto relacional y se despliega de manera continuada sin quedar detenido ni fijado por las situaciones traumáticas
- La normalidad y la patología son polos de un continuo

El marco conceptual de la psicopatología evolutiva aporta un enfoque de los comportamientos observados en niños/as víctimas diferente del modelo médico. Las diferencias estriban en que la psicopatología evolutiva:

- No considera que el responsable de los problemas de comportamiento sea un factor deficitario, un "defecto" o un fallo
- Le otorga gran importancia a la influencia del contexto sociofamiliar y al proceso evolutivo
- Incluye las causas neurofisiológicas como un factor más, no como la causa principal de los trastornos
- Reconoce la complejidad de estos problemas en los están involucrados de manera inseparable el niño/a y a su contexto. Este enfoque permite explicar la interrelación entre factores de riesgo y factores de protección y su influencia en la aparición -o no- de efectos conductuales y/o emocionales. El modelo médico propone una visión reduccionista e incorrecta cuando adjudica a ciertos fallos específicos (generalmente neurofisiopatológicos) los trastornos observados en las víctimas.

Es importante destacar que no existe un conjunto de comportamientos o de síntomas característicos de un niño/ o de un adolescente abusado/a. Existen síntomas asociados a las agresiones sexuales que, además, pueden transformarse en el transcurso del tiempo. Esta transformación puede hacer que, pasados algunos años, la sintomatología sea difícil de asociar con abusos sexuales (por ejemplo: un niño con conductas impulsivas y sexualizadas a los 5 años puede convertirse en un púber solitario con severos problemas académicos).

Sin embargo, las transformaciones en el transcuros del tiempo no siempre son de valor negativo. El desarrollo y las etapas de transición también ofrecen a las víctimas oportunidades de elaborar los efectos traumáticos. A su vez situaciones específicas como por ejemplo el ámbito escolar permiten la construcción de experiencias reparadoras.

9.3 CUESTIONES A TRABAJAR EN LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS CON NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

William Friedrich, psicólogo estadounidense especializado en el tratamiento de niños/as y adolescentes víctimas de abusos sexuales, señala que, para lograr actuaciones eficaces, es necesario intervenir en tres ámbitos fundamentales del funcionamiento de los/as niños/as (Friedrich, 2002):

- Los vínculos de apego niño/a-progenitor
- La (auto)regulación emocional
- La percepción de sí mismo/a

Los vínculos de apego niño/a-progenitor

Los/as niños/as víctimas de situaciones de violencia intrafamiliar se ven afectados/as por el ineludible conflicto entre el vínculo de apego con las personas que les han cuidado y las experiencias reales de abusos y falta de cuidados por parte de esas mismas personas. Las características de estas vivencias configuran un conflicto imposible de elaborar y de integrar en un modelo de funcionamiento interno coherente. Con frecuencia la manera de convivir con él es mediante la disociación emocional que lleva a las víctimas a reaccionar de acuerdo con la calidad afectiva que establece el adulto/a con quien interactúan.

Es de vital importancia para la intervención conocer las peculiaridades del vínculo de apego entre la víctima y los/as adultos/as significativos/as pues permite prever y preparar una estrategia para afrontar las consecuencias más comunes.

Por ejemplo, los/as niños/as que han tenido experiencias de apego seguro aprenden que cuando sienten algún malestar el adulto/a significativo/a decodifica y responde adecuadamente a su malestar. Aquellos/as que no han tenido este tipo de experiencias aprenden que su malestar no genera la atención parental y, con sobradas razones, sacan la conclusión de que los/as adultos/as no son de fiar. Estos sentimientos crónicos de desprotección y de desvalimiento sumados a la desconfianza con respecto al mundo adulto afectará todas las otras relaciones que estos/as niños/as y adolescentes establecen en diferentes ámbitos: la escuela, los centros de acogida, los equipos terapéuticos.

Comportamientos asociados a vínculos de apego inseguros (Friedrich, 2002)

- Niño/a que se muestra incapaz de recibir el apoyo de los/as adultos/as significativos/as
- Niño/a preocupado/a por el estado de disponibilidad de los/as adultos/as significativos/as
- Niño/a vicitimizado/a en sus relaciones personales
- Niño/a que victimiza a otros/as en sus relaciones personales (acoso a otras personas menores)
- Niño excesiva y compulsivamente complaciente, sumiso/a
- Niño/a que desempeña un rol parental dentro de la familia
- Niño/a con dificultades para relacionarse con sus pares
- Niño/a que no consigue calmarse con la intervención de los/as adultos/as significativos/as
- Niño/a que busca afecto de manera indiscriminada
- Niño/a que tiene variaciones rápidas y extremas en el humor y en la actitud al relacionarse con otras personas

La (auto)regulación emocional

La regulación emocional es el resultado de procesos externos e internos que permiten registrar, evaluar y modificar las reacciones emocionales -especialmente en lo que hace a sus características e intensidad- con el fin de alcanzar los objetivos del individuo (Thompson, 1994).

Para poder autorregular sus emociones, los/as niños/as y adolescentes tienen que aprender a:

- reconocer sus propias emociones;
- registrar las condiciones de su entorno;
- identificar sus propios objetivos;
- manejar y modular la intensidad emocional;
- mantener su equilibrio psicológico;

- diferenciar entre emociones negativas y positivas;
- integrar la emoción, los comportamientos y la cognición (coviene destacar en este proceso de integración la importancia del lenguaje como un elemento moderador de la afectividad).

Para poder llevar a cabo este proceso necesitan de vínculos adecuados con adultos/as significativos/as y de modelos que les permitan aprender estrategias para expresar adecuadamente sus emociones. Cualquier tipología de maltrato interfiere en la adquisición de estas habilidades.

Manifestaciones conductuales de problemas en la regulación emocional (Friedrich, 2002)

- Juego estereotipado asociado con experiencias traumáticas
- Conductas sexualizadas
- Trastornos del sueño
- Angustia
- Agresión
- Comportamientos compulsivos
- Depresión
- Disociación
- Comportamientos característicos del ADDH (siglas en inglés del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad): impulsividad, falta de atención e hiperactividad
- Ataques de pánico
- Síndrome de estrés post traumático: reactividad exacerbada, desconexión emocional, conductas evitativas y recuerdos intrusivos
- Retraimiento social
- Quejas somáticas
- Excitación psicomotriz
- Crisis de ira
- Trastornos conversivos

La percepción de sí mismo/a

A través de procesos de maduración afectiva, cognitiva y comportamental los/as niños/as adquieren las habilidades para comprenderse a sí mismos/as; para tener una visión adecuada de sí; y para comportarse de manera organizada y coherente.

Manifestaciones conductuales de trastornos en la percepción de sí mismo/a (Friedrich, 2002)

- Distorsión de la imagen corporal
- Sentimientos de ineficacia
- Problemas de identidad
- Despersonalización
- Persistencia de culpa y/o vergüenza en relación a los abusos sufridos
- Trastornos en las funciones que permiten la reflexión

9.4 CÓMO PLANTEAR LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

Al plantear la intervención los/as profesionales deben partir de la base de que no existe un perfil de niño/a o adolescente abusado/a.

Al momento de plantear el Plan de Caso y la intervención específica con niños/as y adolescentes es conveniente tener identificados los problemas a tratar y qué recursos y profesionales se abocarán a la tarea.

Es fundamental que el equipo interviniente no enfoque solamente las dificultades que puedan presentar los/as usuarios/as sino que se preste atención también a un conjunto de actividades normalizadas que deben ser preservadas (por ejemplo: la escolaridad) o que deben ser integradas al Plan de Caso (por ejemplo: tallleres, actividades de tiempo libre, prácticas deportivas o artísticas) para garantizar espacios y recursos que fomenten la resiliencia de las víctimas.

De lo antedicho se desprende que las mejores intervenciones resultan de combinar actuaciones socioeducativas, psicoterapia y actividades normalizadas.

Excederían los objetivos de esta publicación describir en detalle las diferentes técnicas de intervención psicoterapéutica y/o socioeducativa. Cada profesional aplicará las técnicas con las que esté más familiarizado/a; les resulte más operativa y en las que haya recibido formación adecuada.

En este punto resulta oportuno destacar la frecuencia con que niños/as y adolescentes con síntomas de sufrimiento y de malestar evidentes para el observador se muestran poco interesados/as en reflexionar sobre lo que les ha ocurrido o lo que les está ocurriendo además de tender a considerar que sus problemas se originan en causas externas (la severidad de las normas en el centro de acogida; el mal genio de sus profesores) y no en sí mismos/as.

De ahí que el objetivo de las intervenciones terapéuticas con los/as niños/as y adolescentes que han sufrido agresiones sexuales y situaciones de desprotección crónica es que recuperen la "función reflexiva", función que les permitirá tomar distancia de las experiencias inmediatas e identificar los estados emocionales subyacentes tanto en sí mismos/as como en las personas responsables de haberles maltratado (Fonagy, 1998).

En este capítulo se procederá a describir problemas que se detectan con fecuencia y que técnicos/as de distintas disciplinas deben abordar en la tarea cotidiana de reparación de los efectos de situaciones de trauma crónicos.

Es posible que niños/as y adolescentes rechacen la intervención diciendo que comentan sus problemas con sus familiares y/o amigos/as. Conviene entonces señalarles que, cuando los problemas son serios o son muy específicos (como las agresiones sexuales), los consejos y la ayuda tiene que ser especializada además de explicarles que aceptar este tipo de ayuda no es índice de debilidad sino que es una manera muy inteligente de afrontar las dificultades.

Se recomienda informar a los/as usuarios/as los fundamentos de la intervención: que se trata de recursos donde profesionales especializados/as (educador/a, trabajador/a social, psicólogo/a) les van a ayudar a resolver y/o afrontar determinados problemas. Los/as psicólogos/as podrán decir que les ayudarán a entenderse y a entender mejor sus dificultades de manera de poder realizar mejores elecciones de vida en el futuro.

9.5 SENTIMIENTOS RELACIONADOS CON LOS ABUSOS SEXUALES QUE SE TRABAJARÁN

Es necesario que el técnico/a tenga en cuenta que las agresiones sexuales producen una serie de efectos emocionales en las víctimas y que estas emociones forman parte de un "estado de base" del usuario/a. Es decir que, más allá de

que se expresen o se observen, estas emociones están presentes y subyacen en las distintas actividades que desempeñan. Con frecuencia, esta manera de enfocar las consecuencias de los abusos sexuales permite entender el sentido de comportamientos o estados emocionales que parecen injustificados o fuera de lugar (por ejemplo: crisis de llanto; temores; crisis de ira).

Este concepto resulta de mucha ayuda tanto a quienes tiene la responsabilidad de llevar adelante los recursos planteados en el Plan de Caso como a quienes desempeñan tareas en contacto con los/as niños/as y adolescentes en el día a día (personal de los centros de acogida, personal del comedor escolar, monitores).

Resulta de gran importancia que las personas que estén en contacto con las víctimas –cumpliendo una función de reparación desde una perspectiva profesional o desde funciones de cuidado- identifiquen estos sentimientos y puedan colaborar con ellas en mejorar la regulación de sus emociones según se describió en un apartado de este capítulo.

Los sentimientos que hay que considerar son:

- Culpa: sentimientos de tener alguna responsabilidad por las agresiones sexuales.

  Manifestaciones de culpa: comportamientos agresivos tendientes a la búsqueda de castigo, tristeza, creencia de que no podrá superar las dificultades, actitudes seductoras, comportamientos machistas

- Vergüenza: sentimientos de desvalorización

  Manifestaciones de vergüenza: aislamiento o retraimiento social, dificultades en la relación con sus compañeros/as, creencia de haber quedado marcado/a

- Temor: ante las posibles represalias del agresor/a ante la revelación de las agresiones

  Manifestaciones de temor: fobias, comportamientos evitativos, aislamiento social, temores irracionales

- Tristeza: las víctimas llegan a pensar que su entorno no es más un sitio seguro y amigable, además de sufrir la pérdida de los aspectos positivos –si los hubiera habido- del vínculo con el agresor/a

  Manifestaciones de tristeza: llanto inmotivado, decaimiento, dificultades para dormir, pérdida de apetito, irritabilidad, dificultades para despertarse por las mañanas, falta de proyectos personales, dificultades para hacer planes a futuro (aun el futuro inmediato)

- Ira: ante la imposibilidad de vengarse del agresor/a, suelen reaccionar de manera violenta con otras personas (generalmente con la madre), pueden llegar a dañarse a sí mismos/as o a sus mascotas

  Manifestaciones de ira: comportamientos impulsivos, comportamientos de riesgo, consumo de drogas y/o alcohol, comportamientos desafiantes, agresividad (física y/o sexual)

- Desvalimiento: el hecho de no haberse podido defender de los abusos sexuales, les lleva a tener menor resistencia ante nuevas situaciones abusivas y/o de revictimización

  Manifestaciones de desvalimiento: aislamiento, interacción social deficiente, actitud temerosa, tendencia a nuevas victimizaciones (parejas agresivas, acoso escolar), falta de entusiasmo, dificultades para proyectarse a futuro (aun el futuro inmediato)

- Depresión: además de tristeza y falta de interés en los juegos, se puede observar pérdida de interés por la escuela, los/as amigos/as y por las actividades en general

  Manifestaciones de depresión: aislamiento, fracaso escolar, desinterés ante todo tipo de propuestas (sociales, deportivas, recreativas, artísticas), pérdida del apetito y trastornos del sueño, irritabilidad, dificultades en la concentración, ideación suicida, intentos de suicidio

En los casos en los que no se observe ninguna sintomatología igual se debe evaluar la posibilidad de que la víctima necesite ayuda.

9.6 EJEMPLOS CLÍNICOS DE INTERVENCIONES CON NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL*

Caso 1

Clara es una niña de 9 años recién cumplidos con marcado sobrepeso. Fue derivada en fecha reciente por los SSAP. Sus padres se separaron cuando ella era muy pequeña y la madre, Ana de 47 años, formó una nueva pareja con Juan Carlos, de 45, cuando la niña tenía 3 años.

* Se tratarán solamente las intervenciones enfocadas en los indicadores emocionales y comportamentales de las personas menores. Conviene recordar que los abusos sexuales suelen ocurrir en un contexto donde preexiste alguna otra tipología de desprotección. A los/as lectores/as interesados/as en un abordaje más amplio en el que se tengan en cuenta las otras tipologías, se les recomienda complementar este capítulo con la lectura de los capítulos correspondientes de Intervención en Casos de Maltrato Infantil (2009) por la misma autora.

Juan Carlos tiene 2 hijos varones de una pareja anterior que no viven con él pero que pasaban en su casa los fines de semana. Cuando la pareja comienza a convivir 4 años atrás los niños, Luis y Pablo, tenían 11 y 13 años respectivamente. La costumbre de pasar los fines de semana con su padre se mantuvo y fue así que, hasta que se confirmó el abuso, compartían el mismo piso Ana y Clara y Juan Carlos y sus 2 hijos.

Clara siempre tuvo comportamientos que llamaron la atención: de pequeña comía muy mal, tenía mal genio y muchas dificultades para dormir. Durante el proceso de separación y algunos años más tarde, la madre estuvo bastante deprimida y no podía cuidar de la niña adecuadamente. Una tía materna colaboró en los cuidados alguna que otra vez, sin continuidad. Se atribuyeron los comportamientos de Clara al contexto familiar.

Cuando la niña comenzó el jardín de infantes intervinieron los Servicios Sociales de Atención Primaria a causa de la conducta de Clara y de la escasa colaboración de Ana para controlarle. Durante esa etapa, Ana estaba muy atareada con la atención de un local, principal fuente de ingresos de ella y de su nueva pareja. La niña se había vuelto agresiva con sus compañeros/as y desafiante con los/as adultos/as. También habían comenzado a tener algunas conductas sexualizadas –episodios de masturbación compulsiva en la escuela- a las que no se prestó mucha especial atención

Los primeros años de la escuela primaria siguieron siendo conflictivos. A los problemas de comportamiento se agregaron serias dificultades en el aprendizaje, el agravamiento de las conductas sexualizadas con coerción hacia otros niños/as y comportamientos impulsivos y agresivos en la escuela y en el hogar (en la casa manipulaba cuchillos y, según Ana, amenzaba con matar a alguien o con matarse).

La intervención de los SSAP se enfocó primero a mejorar las habilidades parentales de Ana y, ante el agravamiento de la sintomatología de la niña, se comenzó con una psicoterapia individual a los 8 años. En el transcurso de la misma, Clara relató episodios compatibles con agresiones sexuales cometidas por Pablo, el hijo mayor de Juan Carlos, desde el inicio de la convivencia durante los fines de semana.

A pedido de los SSAP, interviene el Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) que confirma la sospecha y se pone en marcha un Plan de Caso.

9.6.1 Objetivos generales y finales a conseguir:

A los fines didácticos, en este apartado se tratarán únicamente los objetivos planteados al comienzo de intervención con la niña. En el capítulo dedicado a la intervención con padres se abordarán los objetivos planteados con Ana y Juan Carlos.

Vale recordar una vez más los principios básicos de la intervención:

- El foco estará puesto en los efectos que los comportamientos abusivos del agresor/a produjeron en los/as niños/as y adolescentes y, eventualmente, la situación de desprotección preexistentes

  En este caso se planteó un plan de trabajo con la niña para abordar sus problemas y un plan de trabajo con Ana para tratar las dificultades vinculares que preexistieron a la situación de abuso sexual.

- Es fundamental contar con la seguridad de que las agresiones sexuales han cesado al momento de la intervención y de que se están ofreciendo alternativas inmediatas a los/as adultos/as para interrumpir otras situaciones de desprotección

  Una vez confirmada la sospecha, se le indicó a Ana y a Juan Carlos que Pablo, el hijo mayor, no podía estar en contacto con Clara y que debían cambiarse los planes de los fines de semana para proteger a la niña. También se indicó la evaluación de Pablo y de Luis por parte de los SAIAF para investigar: a) causas de los comportamientos abusivos de hijo mayor y b) posibles victimización de Luis. Para ello se iba a contactar a la madre de los adolescentes.

- Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones

- El objetivo principal es la reparación de los efectos sufridos por niños/as y adolescentes y la prevención de revictimizaciones de ellos/as y de otras personas menores convivientes o allegadas

Los problemas de Clara que requieren atención son:

- Las conductas sexualizadas
- Las dificultades de aprendizaje
- La impulsividad
- La agresividad hacia sí misma y hacia los demás
- Las dificultades en la socialización
- Los problemas con las figuras de autoridad
- Los trastornos de la alimentación y el sobrepeso
- La ausencia de actividades normalizadas que fomenten la resiliencia

Para establecer el orden y la prioridad con que se abordarán hay que considerar cuáles de estos problemas están causándole mayor sufrimiento y dificultades a la niña. En general, todos/as los/as niños/as se ven muy afectados/as por los efectos de los retrasos en el ámbito escolar y por los trastornos del aprendizaje ya que no sólo perjudican los aspectos académicos de su vida sino que tienen consecuencias en los aspectos sociales (pueden ser objeto de burlas, puede afectarles su autoestima, puede llevarles al aislamiento) y provocar reacciones impulsivas y emocionales que compliquen su situación.

Por lo tanto, en toda intervención el abordaje de las dificultades escolares es prioritario pues:

a) Permite que se comience a intervenir en aspectos que a los/as niños/as les interesa mejorar;

b) Permite un abordaje más "neutro", desde un ángulo menos conflictivo e íntimo que el de las emociones y/o el de los abusos padecidos;

c) Facilita sentar las bases y establecer vínculos con los/as técnicos/as para abordar cuestiones más personales;

d) Permite que el niño/a "ponga a prueba" la utilidad de la intervención y la confiabilidad de las propuestas que se le hacen

Otra cuestión que suele necesitar un tratamiento prioritario es el de los comportamientos sexualizados ya que su persistencia también repercute en distintos aspectos de la vida del niño/a: influye en la posibilidad de concentrarse en la escuela; en la aceptación o el rechazo por parte de sus compañeros/as y maestros/as; en la posibilidad de realizar actividades extraescolares; de visitar a compañeros/as y amigos/as en los fines de semana.

La intervención interdisciplinar e intersectoral no debe dejar de lado la participación del equipo de salud. Por un lado, es necesaria la participación de los/as pediatras para realizar una revisión física exhaustiva (incluyendo la revisión de genitales) antes de comenzar la intervención propiamente dicha. Es recomendable que este paso se realice en la fase de evaluación ya que puede aportar elementos para confirmar una sospecha de agresión sexual.

Si no se hubiera realizado en ese momento, conviene que se lleve a cabo antes de iniciar la intervención ya que podrían producirse hallazgos que hagan necesario un tratamiento médico.

Y, por otro lado, es necesario incluir al equipo de salud para tratar otros problemas de salud que presentan las víctimas, que pueden ser consecuencia – o no- de las agresiones sufridas. En el caso que se está tratando es muy importante un plan para establecer una alimentación adecuada a las necesidades de Clara así como para ayudarle a tener el peso adecuado.

De lo antedicho se desprende que en la primera fase de la intervención se trabajarán los siguientes aspectos con el objetivo de que su resolución redunde en mejoría de los otros problemas detectados:

- Los trastornos de la alimentación y el sobrepeso
- Las dificultades escolares
- Los comportamientos impulsivos que impliquen riesgo para sí misma y/o para terceros/as
- Los comportamientos sexualizados
- La ausencia de actividades normalizadas que fomenten la resiliencia

Los recursos/programas/intervenciones a utilizar serán:

- Apoyo escolar
- Técnicos/as del Programa de Intervención Familiar (educador/a y psicólogo/a)
- Coordinación con la escuela en dos cuestiones de suma importancia: a) tipo de apoyo que se le brindará a Clara en caso de que necesitara, además del trabajo que pueda llevar a cabo el educador/a, una evaluación o un abordaje más específico (neurólogo/a, pedagogo/a); y b) asesoramiento a profesores/as, maestros/as y al personal del centro escolar para manejar los comportamientos sexualizados que ocurran en dicho ámbito
- Personal sanitario: pediatra y especialista en nutrición
- Talleres/actividades normalizadas

Para llevar a cabo la Evaluación de la intervención hay que tener en cuenta 3 niveles diferentes de logros (estado actual, resultados aceptables y resultados óptimos) para cada uno de los objetivos terapéuticos seleccionados.

- **Atención médica para atención de los trastornos de la alimentación y el sobrepeso**

  - Estado actual: Clara presenta una situación de sobrepeso que no está atendida. No sigue ninguna dieta y no se cuenta con información de sus hábitos alimentarios. La madre no manifiesta que este haya sido un tema de preocupación en la familia.

  - Resultados aceptables: alguna persona adulta lleva a Clara a consulta con el pediatra para que determine: a) magnitud de sobrepeso y b) una propuesta para que la niña baje de peso y se alimente de manera adecuada. La madre, la persona adulta que llevó a la niña al médico y/o el recurso profesional propuesto por el SAIAF cumple o ayuda a cumplir con las indicaciones médicas en el hogar; lleva a Clara a las consultas con el pediatra y con el/la especialista en nutrición; y se ocupa de que la niña realice las actividades propuestas en el plan de adelgazamiento

  - Resultados óptimos: Ana lleva a Clara a consulta con el pediatra para que determine: a) magnitud de sobrepeso y b) una propuesta para que la niña baje de peso y se alimente de manera adecuada. La madre cumple con las indicaciones médicas en el hogar; lleva a Clara a las consultas con el pediatra y con el/la especialista en nutrición; y se ocupa de que la niña realice las actividades propuestas en el plan de adelgazamiento.

- **Abordaje de las dificultades escolares**

  - Estado actual: Clara presenta problemas académicos desde el inicio de la escolaridad. Ha tenido altibajos y, en esta etapa, de no mejorar, puede repetir el curso. No hay un diagnóstico de las causas del problema. Ha tenido ayuda escolar de manera discontinua.

  - Resultados aceptables: se reliza un diagnóstico y se identifican causas de los problemas escolares. Se establece un plan de trabajo interdisciplinar e intersectoral aunque el centro escolar no puede brindar apoyo en las siguientes 4 semanas y se compromete a participar activamente después de ese plazo. La madre no colabora el plan de trabajo pero no lo obstaculiza. La responsabilidad del cumplimientos del plan recae en un profesional del SAIAF.

  - Resultados óptimos: se reliza un diagnóstico y se identifican causas de los problemas escolares. Se establece un plan de trabajo interdisciplinar e intersectoral (con la participación del centro escolar) para abordar las causas. Ana, la madre, colabora activamente en el plan de trabajo.

▸ **Abordaje de los comportamientos impulsivos que impliquen riesgo para sí misma y/o para terceros/as**

- Estado actual: Clara es una niña impulsiva, que no mide las consecuencias de sus comportamientos. Tiene mucha fuerza para su edad. En la casa manipula cuchillos y, según Ana, ha amenazado con matarse o con lastimar a su madre cuando se le ponen límites o se encuentra ante situaciones de frustración. En el último mes Ana manifiesta que hubo 3 episodios con estas características.

- Resultados aceptables: Clara acepta la intervención socioeducativa siempre que no enfoque abiertamente estos problemas y se niega a abordar el tema en las sesiones de psicoterapia. Sin embargo, presta atención y muestra interés cuando la psicóloga saca el tema. A pesar de que no se ha logrado abordar las causas de los comportamientos, ha sido posible trabajar situaciones concretas con la niña. La madre, a pesar de que manifiesta su preocupación, sigue dejando cuchillos al alcance de Clara y tiene una actitud errática a la hora de poner límites por temor "a la reacción de la niña". El centro escolar se ha implicado en estrategias para lograr el control de estos comportamientos.

- Resultados óptimos: Clara trabaja en las intervenciones socioeducativas y psicoterapéuticas las causas de estos comportamientos. Se encuentra motivada e identifica estados emocionales disparadores. Se pueden trabajar las reacciones ante los límites y la frustración. La madre colabora activamente en la intervención. No han ocurrido nuevos episodios de impulsividad. El centro escolar también se ha implicado en estrategias para lograr el control de estos comportamientos.

▸ **Abordaje de los comportamientos sexualizados**

- Estado actual: la niña presenta episodios de masturbación compulsiva tanto en su casa como en el centro escolar y comportamientos sexualizados (tocamientos, exhibicionismo) en los que implica a sus compañeros/as y a una niña de 6 años de otro curso. Utiliza actitudes coercitivas para implicarles. Si bien se muestra avergonzada cuando es reprendida en la escuela no logra controlar estas conductas e intenta no ser observada por los/as adultos/as. Su madre manifiesta que ya no le dice nada cuando esto sucede en el hogar, que ya ha intentado todo y que "reprenderle es peor porque lo sigue haciendo".

- Resultados aceptables: en la intervención socioeducativa se trabajan estrategias para controlar estos comportamientos. El centro escolar se han implicado activamente. La madre muestra actitudes ambivalentes:

minimiza y normaliza los comportamientos y se le nota francamente desalentada, sin voluntad de intentar nuevas estrategias. Clara repite las justificaciones que emplea su madre para evitar abordar el tema aunque acepta tratarlo en las sesiones de psicoterapia cuando es su terapeuta quien pone la cuestión sobre la mesa. Resulta muy difícil trabajar la empatía con los sentimientos de los/as niños/as implicados en estos conductas.

- Resultados óptimos: en la intervención socioeducativa se trabajan estrategias para controlar estos comportamientos y tanto la madre como el centro escolar se han implicado activamente. Clara acepta tratar este tema en las sesiones de psicoterapia aunque muestra actitudes que oscilan entre la minimización, la negación, la vergüenza y cierta preocupación. El objetivo a medio plazo es trabajar la empatía con los/as niños/as implicados en estos comportamientos, ayudándole a conectar sus conductas con los efectos que producen en los demás y conectándole con sus propias experiencias de abuso.

Cuando se plantea la necesidad de abordar comportamientos sexualizados de los/as niños/as es fundamental establecer si se trata de comportamientos sexuales inadecuados y agresivos o si se trata de comportamientos producidos por la curiosidad infantil y totalmente esperables para la edad. Para ello es imprescindible conocer las fases del desarrollo psicosexual normal.

Una consideración básica a tener en cuenta en la intervención con niños/as que presentan conductas sexualizadas es que no son “pequeños/as demonios” ni “pervertidos/as precoces”; son niños/as que están poniendo en evidencia lo que han sufrido, que muestran las “lastimaduras” o las “cicatrices” de lo que les ha tocado vivir.

Rechazarles o aislarles no solucionan el problema ni les ayuda a controlar estas conductas; sólo les estigmatiza y les deja en mayor soledad con sus problemas. No hay que olvidar que los comportamientos sexualizados provocan sufrimiento no sólo en los/as otros/as niños/as agredidos/as sino también en las víctimas que cometen las agresiones (se limita su vida social; sus compañeros/as les aíslan, no quieren jugar con ellos/as; no pueden relacionarse de manera espontánea con sus pares; deben guardar secretos u ocultar sus “juegos”).

La intervención socioeducativa para controlar estos comportamientos debe implicar a los padres, al personal de los centros educativos y a las distintas personas que interactúan a diario con los/as niños/as (monitores/as; coordinadores/as de talleres). La función de los/as adultos/as en la intervención es supervisar la

conducta y los juegos de las personas menores; impedirles minimizar o justificar lo sucedido; conectarles con los efectos de sus conductas en los/as otros/as niños/as.

En la casa, los padres deben monitorear las situaciones de intimidad (en qué condiciones se pueden andar sin ropa en la casa; cuándo hay que mantener las puertas cerradas; qué recaudos hay que tomar cuando los adultos mantienen relaciones sexuales; impedir que haya material pornográfico a mano de los/as niños/as)

En el centro escolar deberá observarse los comportamientos tanto en clase como en los recreos. Será necesario intervenir ante situaciones en donde se utilice lenguaje sexual inadecuado y/o se produzcan tocamientos. Muchas veces los/as maestros/as se sienten incómodos/as ante estas circunstancias y proceden a hacer de cuenta que no las han notado o reaccionan con excesiva dureza. Es aconsejable que se aborde y se controlen estos comportamientos como cualquier otra trasgresión a la normativa del centro: como es el pegarse entre compañeros/as; el robar o mentir; insultar, etc.

▸ **La ausencia de actividades normalizadas que fomenten la resiliencia**

- Estado actual: Clara sólo concurre al centro escolar y a las sesiones de psicoterapia. Una educadora familiar trabaja con ella y su familia 2 tardes por semana.

- Resultados aceptables: no se logra identificar intereses específicos de Clara. Se le incorpora a talleres que funcionan en el Ayuntamiento. La niña disfruta las actividades propuestas y se integra con sus pares. La madre no se muestra muy colaboradora con lo cual la educadora adapta sus horarios a los días de taller para que no pierda la oportunidad de participar.

- Resultados óptimos: se identifican intereses específicos de Clara y se le incorpora a talleres que responden a sus intereses. Ana le lleva a las distintas actividades y estimula su participación.

Caso 2

Héctor de 13 años es el hijo mayor de Elsa de 37 años, una mujer que padece una enfermedad respiratoria crónica y percibe ayudas sociales por una minusvalía. No hay un diagnóstico de las causas de su retraso: si se trata de un problema de etiología orgánica o si es una consecuencia de la severa disfunción familiar de su familia de origen.

Elsa convivió durante 2 años con Serguei de nacionalidad rusa quien estaba de paso por España. Tuvieron a Héctor y a Iván, de 11 años. Según Elsa, el hombre regresó a Rusia y no le ha vuelto a ver. Cada tanto llega alguna carta o les envía un poco de dinero. La información que brinda sobre el vínculo con Serguei es muy confusa.

Después del alejamiento del padre de los niños Elsa tuvo numerosas parejas y convivó con algunas de manera ocasional. Hubo temporadas en que Héctor e Iván vivían en casa de una tía materna, en general coincidiendo con la permanencia de alguna de estas parejas en el domicilio familiar.

La familia de origen de Elsa es conocida de los SSAP y ella y una hermana más pequeña, en la adolescencia, fueron separadas del grupo familiar por problemas de violencia y alcoholismo de la pareja parental. Hay antecedentes de prostitución tanto de parte de Elsa como en la familia de origen (abuela y tías).

Los SSAP llevan muchos años interviendo con Elsa y con los niños, apoyándoles en lo que hace al cuidado y al cumplimiento con la escolaridad. En reiteradas ocasiones la escuela notificó a los SSAP ante la negligencia física y emocional que detectaban en los niños. La intervención de los SSAP en el último año consistió en que: a) una educadora familiar trabajara 2 veces por semana con Elsa y los niños en el domicilio familiar y todas las mañana llevara a Héctor y a Iván a la escuela; b) inclusión de Héctor en un programa de atención de adicciones en la adolescencia por consumos de haschís y de alcohol que interferían en su vida social con niveles alarmantes de agresividad y de impulsividad; con una fuerte tendencia a aislarse y a cometer transgresiones de gravedad creciente (un guardia de seguridad le pilló robando en una tienda; no se le acusó formalmente ante la policía). Los consumos también interferían en el rendimiento escolar y estaba a punto de suspender el curso. Sólo concurrió a 4 citas del programa.

La sospecha de abusos sexuales surge a partir de comentarios que hace Iván -más retraído y con problemas más moderados de comportamiento- a un compañero y que éste le transmite a su maestra. El niño comentó que a la casa de su madre venía “gente” a “ver pelis pornos y a hacer cositas”; que durante esas “reuniones” fumaban porros y consumían bebidas alcohólicas y que, como él y su hermano ya estaba mayores les dejaban participar. Dijo además que Héctor era “maricón” y que ya había “ligado con varios de esos tíos”.

Ante esta situación los SSAP dan intervención al SAIAF cuyo Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos confirma la sospecha en base a las entrevistas con Iván y a los resultados de la revisión médica de Héctor que detecta indicadores de penetración anal crónica. Héctor no brinda ningún tipo de información en las entrevistas que se realizaron con él.

Se notifica a Fiscalía de la situación y actualmente el caso se está investigando ya que ninguno de los niños aportó nombres de los posibles sospechosos. Mientras tanto se pone en marcha un Plan de Caso para proteger a ambos menores.

9.6.2 Objetivos generales y finales a conseguir:

A los fines didácticos, en este apartado se tratarán únicamente los objetivos planteados al comienzo de intervención con Héctor (no se hará referencia al Plan de Caso en relación a Iván) . En el capítulo dedicado a la intervención con padres se abordarán los objetivos planteados con Elsa.

Vale recordar una vez más los principios básicos de la intervención:

- El foco estará puesto en los efectos que los comportamientos abusivos del agresor/a produjeron en los/as niños/as y adolescentes y, eventualmente, la situación de desprotección preexistentes

  Se planteó un plan de trabajo para abordar las serias dificultades de Héctor y otro para intentar mejorar las habilidades parentales de Elsa. Los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar preven una evolución desfavorable ya que es un aspecto que los SSAP llevan años intentando mejorar sin resultados evidentes. Por el contrario, el cuidado de los niños se ha deteriorado en los últimos tiempos y se han visto expuestos a situaciones de negligencia y de riesgo más graves.

- Es fundamental contar con la seguridad de que las agresiones sexuales han cesado al momento de la intervención y de que se están ofreciendo alternativas inmediatas a los/as adultos/as para interrumpir otras situaciones de desprotección

  Dada los antecedentes de las intervenciones anteriores, se decidió que ambos niños queden en un centro de acogida ya que no existían recursos para garantizar que no siguieran ocurriendo las reuniones descriptas por Iván en el domicilio familiar y/o que la madre evitaría la presencia de los niños en las mismas.

- Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones
- El objetivo principal es la reparación de los efectos sufridos por niños/as y adolescentes y la prevención de revictimizaciones de ellos/as y de otras personas menores convivientes o allegadas

Los problemas de Héctor que requieren atención son:

- Los consumos de haschís y alcohol
- Las dificultades de aprendizaje
- Las actitudes antisociales y las transgresiones
- La agresividad hacia los demás
- El aislamiento y las dificultades en la socialización
- La ausencia de actividades que fomenten resilencia

Para establecer el orden y la prioridad con que se abordarán hay que considerar cuáles de estos problemas están causándole mayor sufrimiento y dificultades. En este caso, los comportamientos transgresores y los consumos pueden llevar a Héctor a tener problemas con la ley, hecho que complicaría bastante la reparación de los efectos de la situación de trauma crónico (no sólo en relación a los abusos sexuales sino en relación a la situación de negligencia crónica que él y su hermano han vivido). Es posible que el adolescente manifieste que ninguna de las dificultades enumeradas constituyen un problema para él.

Sin embargo, al igual que en el Caso 1 es prioritaria la atención de las cuestiones académicas y del estado de salud de Héctor. Dada la etapa evolutiva en que se encuentra puede mostrar desinterés o minimizar la importancia del fracaso escolar. Los/as profesionales deben tener presente la trascendencia que la mejora en este aspecto tiene para los/as usuarios/as con una larga historia de frustraciones académicas. Con todo, en la adolescencia no es cuestión solamente de plantear un apoyo escolar; será necesario también proceder a motivarle para que haga el mejor uso posible del recurso.

La participación de equipo de salud se enfocará en dos aspectos: a) los cuidados necesarios en relación a los abusos sexuales padecidos; y b) los cuidados generales relacionados con los consumos crónicos a tan temparana edad de haschís y alcohol.

La inclusión de Héctor en un programa específico de tratamiento de adicciones debe ser considerada como uno de los componentes del cuidado de su salud. Es decir que la intervención para reparar los efectos de la traumatización crónica

tiene que ser abarcativa sin limitarse exclusivamente a los aspectos psicológicos o emocionales.

En la lista de problemas a trabajar se han incluído un número de problemas que supera el máximo aconsejable para tratar en una fase. Sin embargo, la intervención y la buena evolución con los cuatro primeros seguramente redundará en mejorar el último. Es decir que, en la primera fase se abordarán:

- Los consumos de haschís y alcohol
- Las dificultades de aprendizaje
- Las actitudes antisociales y las transgresiones
- La agresividad hacia los demás
- La ausencia de actividades que fomenten resilencia

No será un objetivo de la intervención que Héctor acceda a hacer un relato de lo sucedido. Las sospechas se confirmaron a través de los relatos de Iván y de los hallazgos médicos. Si la intervención es exitosa, es muy probable que el joven espontáneamente cuente qué le pasó. Si, por los motivos que fueran decide no comunicar ningún detalle igual es posible que tenga una buena evolución.

Lo que podría llegar a complicarse, en caso de que no aportara detalles de los episodios abusivos, es la investigación judicial y un eventual juicio. Los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar evaluarán llegado el momento la conveniencia de enfocar la intervención para obtener un relato en una fase posterior. Lo que habrá que evaluar es cuáles son los costes y cuáles los beneficios para Héctor.

Los/as técnicos/as deberán considerar las siguientes alternativas y decidir de qué manera se tienen en cuenta las necesidades del menor y cómo se protege su integridad psicofísica:

- Héctor no está en condiciones de brindar un relato de lo sucedido por diversas razones: que traería aparejadas mayores desventajas y/o sufrimiento; que interferiría con los objetivos de la fase de la intervención; que sería contraproducente en relación a los logros obtenidos; que se encuentra atravesando una etapa en la que no es conveniente desestabilizarle ni crearle nuevas exigencias, etc. Cualquiera sean los motivos que a criterio de los/as técnicos/as desaconsejarían una nueva exploración en relación a los abusos sexuales deben ser explicitados y adecuadamente fundamentados.

- Los/as profesionales que están interviniendo con Héctor se harán responsables de la nueva evaluación en la modalidad de a) evaluación en intervención o b) derivándole al Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos.
- La evaluación de la sospecha de abuso sexual la realizará el equipo psicosocial de los Tribunales

Los recursos/programas/intervenciones a utilizar serán:

- Apoyo escolar
- Técnico/a del Programa de Intervención Familiar (educador/a)
- Coordinación con la escuela en dos cuestiones de suma importancia: a) tipo de apoyo que necesita Héctor para permitir que progrese en el corto plazo; y b) asesoramiento a profesores/as y al personal del centro escolar para manejar los agresividad, las conductas antisociales y las transgresiones
- Personal sanitario: pediatra
- Programa especializado en tratamiento de adicciones en la adolescencia
- Talleres/actividades normalizadas

Para llevar a cabo la Evaluación de la intervención hay que tener en cuenta 3 niveles diferentes de logros (estado actual, resultados aceptables y resultados óptimos) para cada uno de los objetivos terapéuticos seleccionados.

▸ **Los consumos de haschís y alcohol**

- Estado actual: en el último año los SSAP detectaron consumos que justificaban la intervención de un programa especializado. Héctor sólo concurrió a 4 encuentros con profesionales del programa. Los consumos y sus efectos en la vida del adolescente siguen vigentes.
- Resultados aceptables: Héctor concurre a las sesiones con profesionales de un programa especializado en la atención de adicciones. Le acompaña un/a educador/a a todas las citas pues sólo cumplió con el 20% cuando iba por su cuenta. No se le nota motivado pero no protesta y recuerda los días que tiene que ir al programa. Esos días organiza su actividad para poder acudir.

- Resultados óptimos: el adolescente concurre de manera regular a las sesiones con profesionales de un programa especializado en la atención de adicciones, a veces acompañado por un/a educador/a. Se le nota motivado e interesado en la propuesta.

▸ **Abordaje de las dificultades escolares**

- Estado actual: Héctor se encuentra a punto de suspender el curso debido al bajo rendimiento académico. Parte del problema es que no ha entregado prácticamente ningún trabajo en casi ninguna asignatura (llamativamente tiene buenas notas en educación física). Hay antecedentes de dificultades desde el inicio de la escolaridad. Ha tenido ayuda escolar de manera discontinua.

- Resultados aceptables: trabaja con el educador/a para completar los trabajos de un máximo de 3 asignaturas. Cuenta con apoyo escolar diario. Suele confundir los horarios y demuestra poco interés en lo que se le propone.

- Resultados óptimos: trabaja con el educador/a para completar los trabajos de un mínimo de 4 asignaturas. Cuenta con apoyo escolar diario. Se observa interés y esfuerzo por progresar.

▸ **Abordaje de las actitudes antisociales y las transgresiones**

- Estado actual: Héctor se encuentra en un espiral de transgresiones cada vez más graves y está muy cerca de cometer delitos. No parecen preocuparle las consecuencias de sus actos.

- Resultados aceptables: Rechaza verbalmente el abordaje de estos temas pero escucha los señalamientos que se le hacen y, a regañadientes, acepta la puesta de límites. No ha vuelto a robar en tiendas pero las transgresiones siguen siendo preocupantes. Tanto el personal del centro de acogida como su educador/a le supervisan de cerca y no se le permiten salidas sin supervisión, cosa que también acepta. El centro escolar se ha implicado en estrategias para lograr el control de estos comportamientos.

- Resultados óptimos: acepta trabaja en la intervención socioeducativa este tema. El educador/a consigue que reflexione sobre las consecuencias de sus acciones en situaciones muy concretas. Si bien persisten los comportamientos antisociales, no ha vuelto a robar y las conductas identificadas podrían ser producto de la adaptación al nuevo entorno (el

centro de acogida) y a reglas de convivencia más estrictas y estables. El centro escolar también se ha implicado en estrategias para lograr el control de estos comportamientos.

▸ **Ausencia de acctividades normalizadas que fomenten la resiliencia**

- Estado actual: Héctor no realiza ninguna actividad extraescolar. Sólo concurre al centro escolar y a las sesiones del programa de adicciones. Un/a educador/a trabaja con él 2 tardes por semana.
- Resultados aceptables: apoyándose en el buen desempeño que tiene en educación física, se le apunta en unos entrenamientos de futbol. Aún no se ha integrado al grupo: se aísla y llega pocos minutos antes del inicio del entrenamiento y se va apenas termina. A veces concurre por sus propios medios; otras, le acompaña su educador/a. Si bien suele olvidar los días de entrenamiento, termina organizandose a último momento para no faltar.
- Resultados óptimos: apoyándose en el buen desempeño que tiene en educación física, participa de manera regular de unos entrenamientos de futbol. Se ha integrado bien al grupo y concurre por sus propios medios. Recuerda los días de entrenamiento y se preocupa de organizarse para poder asistir.

9.7 CUESTIONES A TENER EN CUENTA CUANDO SE INTERVIENE CON NIÑOS Y ADOLESCENTES VARONES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Los varones que han sido victimizados sexualmente suelen tener sentimientos encontrados y una actitud ambivalente con respecto a lo que les sucedió.

Si fueron agredidos por mujeres adultas suelen no informar nada y les resulta difícil etiquetar los hechos como abusivos. La presión social y la de sus pares en relación al desempeño sexual les llevan a considerar estas experiencias sexuales como una manera valiosa de aprender sobre el sexo y como una proeza. Los jóvenes encuentran también dificultades para manifestar lo sucedido ya que se las tienen que ver demás con la creencia de que “un hombre de verdad no deja pasar este tipo de oportunidades”.

Si fueron agredidos por varones se sienten confusos en lo que hace a su identidad sexual; tienen dudas acerca de si son o si terminarán siendo homosexual; si los agresores se han sentido atraídos por ellos debido a rasgos homosexuales que los adolescentes no perciben.

La confusión aumenta si existe un vínculo previo con los agresores (personas con prestigio o con poder/autoridad, hombres admirados por los chavales) o si las víctimas temen que los agresores –y/o ellos también- puedan ir a la cárcel. Otra fuente de temor es que la gente o sus compañeros se burlen de ellos si se enteran.

Tanto en casos de agresiones cometidas por hombres como por mujeres es posible que el agresor/a les haya ofrecido dinero, bebidas, regalos o la oportunidad de realizar actividades interesantes (jugar con la "play", ir a los kartings) y que las víctimas hayan aceptado estas ofertas, generándoles sentimientos de culpa y la creencia de ser co-responsables de lo ocurrido.

Los varones que han sufrido abusos sexuales se sienten avergonzados y asustados, lo que les lleva a aislarse, a evitar la interacción con sus pares, a perder la concentración en las actividades de todos los días (por ejemplo en la escuela), a tener problemas para dormir.

Muchos se vuelven agresivos y atacan a las personas más cercanas (familiares, maestros/as, profesores/as, amigos/as), a cualquiera que se les cruce en el camino incluyendo a sus mascotas.

Algunos creen que la mejor manera de manejar esta situación es olvidándosela y hacen todos los esfuerzos posibles para no conectar con lo que les sucedió: en primer lugar, niegan que algo les haya sucedido y no lo comparten con nadie.

Motivos para no contar lo que les sucedió

- Vergüenza: creen que sólo a los estúpidos les puede pasar algo así y no se dan cuenta que los/as agresores/as sexuales pueden convencer a cualquiera (incluso a los/as adultos/as protectores/as)
- Presión del grupo de pares: cuando otros/as niños/as y/o adolescentes están siendo victimizadas/as: por un lado, nadie se ha quejado o ha dicho nada y, por el otro, contar o quejarse dejará en evidencia de que lo que ocurrió no era normal ni estaba bien
- Nadie quiere ser un "chivato": en eso uno se transforma cuando le cuenta a un/a educador/a, a un/a maestra/o o profesor/a; o a un/a trabajador/a social

Temores más frecuentes:

- A ser o a convertirse en homosexual: Es importante recordar que ninguna investigación avala estas conclusiones. La orientación sexual no se ve afectada por experiencias homosexuales ni por el hecho de haber sido agredido sexualmente. • Haberse contagiado SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual

- A agredir sexualmente a otros/as
- A que todos sepan que ha sido victimizado sexualmente: que la gente comente, que todos estén hablando de él y rechazándole a sus espaldas
- A ser objeto de la venganza de los/as agresores/as
- A no haber hecho/no hacer bien con revelar lo sucedido: en especial si el agresor/a es una persona querida, admirada y/o respetada.

9.8 FASES DE LA INTERVENCIÓN

Sea que se trate del aspecto socioeducativo como del terapéutico, el abordaje de las experiencias traumáticas crónicas con niños/as y adolescentes debe seguir los siguientes pasos:

Primera fase:

Asegurar un entorno protector tanto en lo que hace a las condiciones de la vida diaria como a las condiciones en que se desarrollan las intervenciones con los/as técnicos/as (por ejemplo: claridad en los roles de profesional/usuario/a y en los límites de las funciones, respeto, etc).

Segunda fase:

Comienzo del trabajo terapéutico, establecimiento de la alianza con el usuario/a que hará posible el trabajo con él/ella.

Tercera fase:

Búsqueda de un "lenguaje" –código- para abordar y poner de manifiesto los componentes emocionales asociados a los episodios traumáticos.

En esta fase –de exploración y manejo de las emociones- es crucial no exponer al niño/a o adolescente a sentimientos dolorosos si no se han desarrollado previamente mecanismos para afrontar dichos sentimientos.

Uno de las "herramientas" de gran importancia en las intervenciones que abordan las experiencias traumáticas es la posibilidad compartir dichas experiencias y los sentimientos de dolor con las personas que les cuidan.

Cuarta fase:

Posibilidad de conectar e integrar los episodios traumáticos a la historia personal.

Quinta fase:

Trabajo con recursos que fomenten la reparación y la resiliencia futura.

El objetivo de la intervención para reparar los efectos de la situación de trauma crónico NO es la eliminación de los síntomas/comportamientos, sino la eliminación de los factores externos que han generado las experiencias traumáticas y la integración de los aspectos personales disociados.

9.9 CONSIDERACIONES PARA UNA INTERVENCIÓN SENSIBLE Y RESPETUOSA

A continuación se comentarán una serie de cuestiones a tener en cuenta para garantizar intervenciones que tengan en cuenta los desafíos que representa trabajar con niños/as y adolescentes que han sufrido trauma crónico. Estas consideraciones son de utilidad práctica tanto en las intervenciones socioeducativas y psicoterapéuticas como en cualquier vínculo de cuidado y de atención entre las víctimas y los/as adultos/as (personal del centro escolar, personal de los centros de acogida, monitores/as).

La principal necesidad de niños/as y adolescentes que han sido agredidos/as sexualmente es sentirse seguros/as y protegidos/as tanto así que con frecuencia garantizar seguridad y protección facilitan la aceptación y la adherencia a la intervención

Recordar que:

- El abuso sexual es una experiencia traumática: si bien las características de la agresión pueden parecer poco graves a los/as profesionales (por ejemplo: tocamientos u exhibición de materiales pornográficos que pueden considerarse menos dañinos que la penetración genital o el sexo oral), lo fundamental es la reacción de las víctimas ante la violencia padecida
- El abuso sexual constituye una traición a los límites y a la confianza y una intromisión en la intimidad y el cuerpo que afectan la relación de las víctimas consigo mismas, con sus cuerpos y con los demás. A consecuencias de esta traición niños/as y adolescentes:
    - sienten que no tienen control sobre sí mismos/as
    - tienen sentimientos de indefensión
    - sienten que sus opiniones y sentimientos no cuentan

- se sienten “enajenados/as” de sus cuerpos (sus cuerpos no les pertenecen)
- aprenden a no prestar atención a las señales corporales de dolor y de peligro, desconectan de sus cuerpos
- tienen problemas de identidad y perturbaciones en la relación consigo mismos/as
- experimentan desconfianza hacia las personas que ejercen roles de cuidado, desconfianza que afectará a los/as profesionales que participan en la intervención

▸ El abuso sexual provoca sentimientos, experiencias y comportamientos que pueden obstaculizar el logro de los objetivos de la intervención, entre ellos:

- Miedo y desconfianza
- Necesidad de ejercer el control
- Incomodidad para trabajar con técnicos/as del mismo género que el del agresor/a
- Tendencia a la pasividad y dificultad para expresar sus necesidades y sus sentimientos
- Reacciones inexplicables ante situaciones que disparan recuerdos de los abusos
- Disociación o fenómenos disociativos
- Comportamientos autoagresivos
- Problemas somáticos

Para poder afrontar las dificultades que plantean las víctimas de agresiones sexuales conviene adoptar un enfoque basado en:

▸ Respeto por la individualidad de su persona

▸ Vínculo con el técnico/a basado en la protección y la seguridad en el que se equilibren calidez y profesionalismo evitando tanto la frialdad como la excesiva familiaridad que puede resultar intrusiva

▸ Compartir el control en los aspectos en los que sea posible para que el usuario/a participe activamente en una intervención que se lleve a cabo con él/ella y no para él/ella

- Compartir información sobre la intervención: lo que permite desarrollar sentimientos de seguridad y confianza

- Respeto de los límites componente que también contribuye al sentimiento de seguridad

- Consideración de la intervención como un proceso de aprendizaje tanto para el usuario/a como para los/as técnicos: los/as niños/as y jóvenes tienen la oportunidad de establecer vínculos con los/as profesionales de características diferentes a los vividos hasta ese momento

- Tener en cuenta los altibajos en el proceso de reparación: la "cicatrización" de los efectos de las situaciones traumáticas no se produce en un proceso linear con lo cual el interés y la participación en la intervención puede variar en el transcurso de la misma. Estas variaciones pueden ocurrir de manera muy rápida (en el mismo día, de un día para otro) o en el transcurso de períodos más prolongados.

- Cuidado del lenguaje y de la comunicación: es aconsejable comunicar y explicar lo que va a suceder durante la intervención; cuáles son los objetivos; cuáles pueden ser las dificultades; qué estrategias se utilizarán cuando surjan dificultades, etc. También en la comunicación es importante observar la congruencia entre lo que los/as usuarios/as comunican de manera verbal y lo que los/as técnicos/as observen en el lenguaje no verbal. Si se detectan discrepancias es importante señalarlas e intentar trabajar con ese material. De la misma manera es importante que los/as profesionales registren esa congruencia o discrepancia entre lo que ellos/as dicen verbalmente y lo que transmiten de manera no verbal en sus propias comunicaciones. Por ejemplo:

    - Es importante demostrar interés y que se está prestando atención al usuario/a

    - Se puede ofrecer sintetizar por escrito lo que se ha trabajado en un sesión o en una entrevista determinada

- Cuidar los contactos físicos pues hay que recordar que el contacto físico puede estar asociado con recuerdos dolorosos y angustiantes para los/as usuarios/as. El malestar que pueda provocarles este tipo de interacción puede modificarse con el tiempo.

- Cuidar la intimidad ya que contribuye a establecer el sentimiento de seguridad y de protección. Se recomienda que las sesiones de trabajo con niños/as y jóvenes se realicen en contextos que resguarden la intimidad, donde no se produzcan interrupciones y donde lo que comunican no pueda ser escuchado por otras personas.

- Realizar sesiones y entrevistas para las que los/as profesionales cuenten con el tiempo adecuado: es importante no andar con prisas ni interrumpiendo las sesiones y entrevistas.

- Considerar las dificultades para cumplir con las propuestas de la intervención: se aconseja poder hablar de los problemas que surjan y que atenten contra la continuidad del proceso de reparación. Se debe evitar la culpabilización y/o el avergonzarle como "métodos" para hacerle cumplir con el plan de trabajo. Se recomienda que en vez de decirle "deberías" o "tendrías que" se le plantearan las observaciones diciéndole "lo que más conveniente para ti…", "lo que te iría mejor…"

- Alentar la reconexión con el cuerpo: sin obligarles y con el fin de fomentar la resiliencia es interesante proponer actividades que apoyen este objetivo.

- Alentar y ofrecer modelos de autocuidado: como en el punto anterior como una manera de ayudarles a reparar y a fomentar la resiliencia.

- Utilizar la intervención para ayudarles a resolver problemas concretos ya sea en la vida cotidiana o en el vínculos con los/as técnicos/as que intervienen con el fin de acordar sobre objetivos y técnicas de trabajo evitando los comportamientos impulsivos.

- Cuidar la continuidad de la intervención: con este tipo de usuarios/as es fundamental evitar cualquier situación que les recuerde la traición y/o que genere desconfianza. Por ejemplo:

    - Hay que avisarles con tiempo acerca de cambios de técnicos/as

    - Hay que avisarles con tiempo acerca de la ausencia de los/as técnicos/as (vacaciones; bajas, etc)

    - Conviene incluirles en la búsqueda de alternativas ante las situaciones mencionadas

    - Los/as técnicos/as que reemplacen al anterior o que se integren al equipo deben conocer y comprender las dificultades de los/as niños/as y jóvenes vicitimizados/as

    - Hacer la presentación de los/as nuevos/as técnicos/as de manera personal

    - Si no habrá un reemplazo del técnico/a conviene explorar cuáles las dificultades que pueden surgir durante la ausencia del/a profesional

- En caso de problemas inesperados que impidan la realización de la entrevista o de la sesión, es imprescindible comunicarse con los/as usuarios/as para arreglar una nueva cita. Si bien no es pertinente comentar los detalles de los impedimentos que haya tenido el técnico/a, es aconsejable brindar una explicación.

9.10 ESTRATEGIAS PARA TRABAJAR CON USUARIOS/AS ALTERADOS/AS

Con frecuencia las intervenciones pueden "disparar" situaciones que reviven en los/as usuarios/as las experiencias abusivas y/o les lleven a sentir una intensidad emocional que no pueden controlar. Frente a tales circunstancias se aconseja:

- Identificar cuál ha sido la situación que "disparó" el malestar
- Prestar atención al lenguaje no verbal que indique malestar y/o reacciones disociativas, por ejemplo:
  - Rigidez corporal o de los gestos de la cara
  - Encogimiento corporal
  - Temblores
  - Tensión muscular e incapacidad para relajarse
  - Sobresaltos
  - Reacciones emocionales intensas (llanto, gritos)
  - Reacciones físicas tales como respiración superficial y agitada; cambios en la respiración; taquicardia; falta de concentración
  - Fenómenos disociativos: actitud distante; incapacidad de enfocarse en un tema; actitud de no estar presente (después de sucedido esto el usuario/a puede preguntar: "¿Dónde estuve?" "¿Qué fue lo que dije?" "¿Qué sucedió recién?"
- Establecer estrategias para manejar las situaciones "gatillo" y la disociación: si bien la intervención específica estará a cargo de profesionales de la salud mental, todo el equipo de intervención debe tener conocimientos básicos acerca de lo que conviene hacer cuando se detecta un fenómeno disociativo y, eventualmente, como derivar al usuario/a a un recurso especializado.

Se aconseja:

- Interrumpir la intervención que se estaba llevando a cabo e intentar conectar al usuario/a con la situación presente
- Informarle dónde está
- Informarle que está en un sitio seguro
- Alentarle a que respire profunda y lentamente
- Ayudarle a que se incorpore y a que apoye sus pies en el suelo
- Pedirle que fije la mirada en el técnico/a
- Preguntarle cómo se siente
- Evitar el contacto físico
- Continuar hablándole y tranquilizándole con voz calma sin atosigarle con preguntas
- Explicarle que estas situaciones son frecuentes en la intervención, que hay situaciones que "disparan" recuerdos o reacciones emocionales
- Si ha sufrido una reacción emocional intensa, tranquilizarle diciéndole que no hay ningún problema con estar enojado/a, triste o con tener miedo (o la reacción que haya tenido)
- Si se ha producido un episodio de disociación conviene:
    - Pedirle que mantenga los ojos abiertos, que mire al técnico/a y que observe la habitación
    - Hacerle preguntas simples lentamente y con calma
- Darle tiempo y espacio para recuperarse
- Cuando se le vea un poco recuperado/a, hablar sobre lo que ha sucedido y continuar con la intervención
- Explorar la necesidad de comentar lo sucedido con allegados/as, amigos/as; familiares que pudieran apoyarle después de la entrevista o de la sesión
- Explorar la necesidad de sesiones de psicoterapia individual si no hubieran comenzado

- Recordarle que el técnico/a está dispuesto/a a ayudarle pero que no cuenta con la especialización necesaria para hacerlo en profundidad y que es preciso agregar otro recurso
- Una vez superado el incidente:
    - Tener en cuenta que el usuario/a puede sentirse vulnerable
    - Conversar sobre lo sucedido en el siguiente encuentro para asegurarse de que se encuentra bien y que el técnico/a no le juzga
    - Trabajar con el usuario/a qué se puede hacer en el futuro para evitar o para modificar estas situaciones "gatillo", enfocando en la intervención más que en los recuerdos o en las emociones que surgieron durante el episodio
    - Explorar si el usuario/a tiene sus propias técnicas para permanecer "presente" y ayudarle a elaborar una estrategia para otras ocasiones
    - Si el técnico/a se ha asustado/a o ha reaccionado de una manera poco habitual, informarle al usuario/a que él/ella no ha hecho nada malo. El profesional evaluará si necesita plantear sus reacciones con su equipo de trabajo y de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA:

Alexander, P.C. (1992): *Application of attachment theoryto the study of sexual abuse*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, págs. 185-195

Arruabarrena, I. y Alday, N. (2008): *Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar* – Gobierno de Cantabria

Bentovim, A.; Elton, A.; y Tranter, M. (1987): P*rognosis for rehabilitation after abuse* - Adoption and Fostering 1987 Volumen 11 Nº 1, págs 26-31.

Bentovim, A. (2007): *The impact of Trauma on Attachment* – Trauma Organised Systems and Traumatic Attachments Promoting the recovery of children exposed to a climate of family violence and adversity - A life span trauma narrative approach. Presentación en Turín, Italia.

Cicchetti, D. (1989): *How research on child maltreatment has informed the study of child development: Perspectives from developmental psychopathology*. En D. Cicchetti y V. Carlson (editores): *Child Maltreatment*. Cambridge University Press - Inglaterra

Cicchetti, D. y Toth, S.L. (1995): *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect* – Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, págs. 541-565

Fonagy, P. (1998): *An attachment theory approach to treatment of the difficult patient*. Bulletin of the Menninger Clinic, 62, págs. 147-169

Friedrich, W.N. (2002): *Psychological assessment of sexually abused children and their families*. Sage- EEUU

Jones, D. (1987): *The Untreatable Family* - Child Abuse and Neglect, Volumen 11, págs. 409-420.

Myers, J.; Berliner, L.; Briere, J.; Hendrix, J.T.; Jennny, C. y Reid, T.A. (2002): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* - 2nd Edition - Editorial Sage- EEUU-2002 – Capítulo 8 (Friedrich, W.: An Integrated Model of Psychotherapy for Abused Children)

National Clearinghouse on Family Violence. Public Health Agency of Canada (2008): *Sexual abuse counselling: A guide for Children & parents*. Canadá

National Clearinghouse on Family Violence. Public Health Agency of Canada (2008): *When boys have been sexually abused: A guide for young boys*. Canadá

National Clearinghouse on Family Violence. Public Health Agency of Canada (2008): *When children act out sexually: A guide for Parents & Teachers*. Canadá

National Clearinghouse on Family Violence. Public Health Agency of Canada (2008): *When teenage boys have been sexually abused: A guide for teenagers.* Canadá

Policy and procedure for re-unification of a looked after child to parental care, and regulations for placement of children on a care order with parents (2005). Bracknell Forest Borough Council- Inglaterra.

Schachter, C.; Stalker, C. y Teram, E. (2001): *Handbook on Sensitive Practice for Health Professionals: Lessons from Women Survivors of Childhood Sexual Abuse.* Family Violence Prevention Unit. Healthy Communities Division. Centre for Healthy Human Development. Health Canadá

Thompson, R.A. (1994): Emotion regulation: A theme in search of definition en N.A. Fox (editor): *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development,* 59(2-3, Seral Nº 240), págs. 25-52

10. LA INTERVENCIÇON CON LOS FAMILIARES NO AGRESORES

El abuso sexual de niños/as o adolescentes –intra o extrafamiliar- constituye un duro trance para cualquier familia. Por lo general, nadie piensa que su propio/a hijo/a puede ser víctima de agresiones sexuales con lo cual tampoco se está preparado/a para afrontar una situación tan compleja y dolorosa.

La reacción y los pasos a seguir pueden resultar más claros en los casos de abusos extrafamiliares, sobre todo si la familia funciona de manera adecuada y es protectora. Aunque estén sobrepasados/as por sentimientos de traición y de impotencia, los/as adultos/as no tienen ninguna duda acerca de la necesidad de cuidar de las víctimas y de evitar la reiteración de las agresiones. Por más que haya existido un vínculo de respeto y de confianza con el agresor, una vez que se revela lo sucedido la familia reconoce que la protección es un objetivo prioritario y pone en marcha acciones tendientes a lograrla.

Sin embargo no siempre los familiares reaccionan de esta manera. Se ha reiterado a lo largo de esta publicación que las agresiones sexuales suelen ser un eslabón más en la vida de niños/as y adolescentes con experiencias crónicas de desprotección. En tales casos puede suceder que, aun cuando se informe a los padres la confirmación de la sospecha, las dinámicas que han provocado la desprotección previa pueden llevar a que uno de ellos o a que ambos minimicen lo sucedido; a que no tomen ninguna medida; a que privilegien el vínculo que tienen con el agresor por sobre la protección de las personas menores; a que acepten y crean las explicaciones y las justificaciones del agresor.

En los casos de abusos intrafamiliares las circunstancias suelen ser mucho más complejas. Por lo general, el agresor es una figura significativa para todo el grupo familiar: puede ejercer alguna forma de autoridad; los integrantes de la familia pueden tener algún vínculo de dependencia con ellos (emocional, económico, laboral); y suelen existir mandatos y lealtades que impiden que se tomen medidas protectoras con la rapidez necesaria.

Por las competencias que tienen el Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) y el programa de Intervención Familiar (PIF) trabajarán principalmente con estos dos últimos tipos de situaciones: familias cuyos niños/as han sido víctimas de abusos sexuales extrafamiliares y que no les han protegido o no les protegen y familias donde han ocurrido abusos intrafamiliares.

10.1 CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA INTERVENCIÓN CON LOS FAMILIARES NO AGRESORES

10.1.1 Función del Programa de Intervención Familiar (PIF)

En lo que se refiere al trabajo con los miembros de la familia que no han cometido las agresiones, la tarea consiste en:

a) Ejecución de planes de caso de menores con expediente abierto en el SAIAF: casos en los que se detectan situaciones de desprotección grave por lo cual hay riesgo de separación inminente o con medida de separación temporal y cuyos Planes de Caso tengan como finalidad:

   - Preservación familiar: intervención en crisis
   - Preservación familiar: capacitación parental
   - Reunificación familiar
   - poyo a la vida independiente

b) Ejecución de planes de caso de menores atendidos en los SSAP: casos con situaciones de desprotección moderada atendidas en los SSAP cuyos Planes de Caso tengan como finalidad:

   - Evaluación en intervención
   - Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres
   - Preservación familiar: capacitación parental
   - Preservación familiar: complemento familiar
   - Apoyo específico al menor

- Acompañamiento, seguimiento y/o control de la situación del menor y la familia

10.1.2 Características de la intervención

Al igual que en cualquier otro caso de desprotección infantil y de intervención con personas menores, una vez obtenida la información de la fase de evaluación, se procede a la toma de decisiones y a la elaboración del Plan de Caso en el que se determina los problemas familiares o de los distintos integrantes de la familia que serán abordados en la intervención, cuáles serán las prioridades en el abordaje y cuáles son los recursos apropiados para abordar tanto los problemas como las prioridades. Una vez establecido este plan, se pone en marcha (Fase de Intervención propiamente dicha) y se revisa periódicamente para evaluar los cambios producidos y la necesidad de ajustes en función del logro (o no) de los objetivos iniciales.

Cuando se interviene en una familia en la que se ha confirmado abusos sexuales hacia uno de sus integrantes es importante tener presente que otros/as niños/as o adolescentes (hermanos/as, parientes) podrían haberse visto afectadas por el mismo agresor/a y se debe prestar especial atención ya que los indicadores de sospecha de estos otros abusos pueden surgir mientras se lleva adelante el Plan de Caso.

En lo que hace a los/as adultos/as no agresores/as la intervención estará dirigida a reforzar al máximo sus capacidades y sus aspectos positivos (factores de protección) que contribuyan a:

- tomar conciencia de cómo cuidar y proteger a sus hijos/as;
- acompañar a los/as niños en el proceso de recuperación; y
- evitar nuevas revictimizaciones

Las familias atendidas por los Servicios de Protección Infantil suelen presentar múltiples dificultades en áreas diversas tales como salud mental, relaciones sociales, área laboral y económica, área escolar, etc. que no son abordadas directamente por los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar (PIF) sino que deben ser atendidas por otros servicios o recursos comunitarios. Este aspecto multisectorial e interinstitucional/interdepartamental de la intervención supone la puesta en marcha de recursos propios y ajenos al Programa con el objetivo de abordar los problemas detectados y requiere de una coordinación estrecha y continuada con dichos recursos/servicios para compartir información y mantener una línea de actuación común.

Es importante recordar que un alto porcentaje de familias que son atendidas en los Servicios de Protección Infantil no acude voluntariamente a solicitar apoyo para la resolución de sus dificultades pues, en su mayoría, los/as padres/madres o responsables legales no poseen una conciencia clara de problema y, por lo tanto, carecen de la motivación necesaria para implicarse en un proceso de cambio. En los casos de abusos sexuales intrafamiliares es bastante común que la familia se encuentre dividida entre quienes apoyan a la persona menor y a quien le protege y quienes, por diversos motivos, descreen que las agresiones hayan podido ocurrir y toman partido por el agresor/a.

En general, son los Servicios de Protección los que toman la iniciativa de “entrar” en la vida de las familias o aparecen como “aliados” de quienes creen en el niño/a o adolescente. Esto contribuye a que, con frecuencia y desde los comienzos de la intervención, encuentren una fuerte resistencia –explícita o no- por parte de las familias que quieren ocultar el problema o por parte de los integrantes que descreen que los abusos ocurrieron. Así la intervención de los Servicios de

Protección suele ser percibida como una amenaza y una "intromisión" de los/as profesionales en sus vidas.

Esta resistencia reconoce distintos orígenes: la ausencia de conciencia de problema; la naturalización de las agresiones sexuales en familias en las que han ocurrido durante varias generaciones; el temor a perder a sus hijos/as; el temor a las consecuencias legales; el cuestionamiento a la calidad de los cuidados brindados por los padres; el temor al distanciamiento o pérdida de personas de su entorno más cercano ante el descubrimiento de su situación.

Los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar (PIF), previendo estas resistencias, deberán elaborar y poner en marcha estrategias para minimizarlas y favorecer la implicación de los miembros no agresores de la familia en el tratamiento. A los/as lectores interesados/as en estas estrategias se les recomienda consultar el Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrrena y Alday, 2008; págs. 22 y 23).

Entre estas estrategias se recomiendan las intervenciones en el entorno de la familia, haciendo el máximo uso de su red natural de apoyo para fomentar la percepción de sus propias capacidades de cambio y para favorecer una mayor eficacia en la resolución de los problemas al abordarse en el contexto en el que aparecen.

10.1.3 Principios guía de la intervención

En el transcurso de la intervención los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar (PIF) deberán tomar decisiones de manera constante. Se recomienda que las decisiones se orienten en función de los siguientes principios básicos:

- La finalidad de la protección es transformar a las familias que dejan a sus niños/as en situación de riesgo en familias adecuadas.
- Perseguir el interés superior del niño/a o adolescente.
- La estrategia de intervención como una alternativa mejor a la ausencia de protección.
- La intervención como una alternativa definitiva que garantice la continuidad de la atención y la estabilidad de la vida familiar de las personas menores.
- Escoger las intervenciones mínimas que produzcan la menor intromisión posible en la vida de los/as niños/as o adolescentes y en las de su familias.
- Las decisiones que se adopten serán evaluadas y se controlarán los riesgos y los beneficios que puedan generar.

10.1.4 Temas a trabajar con los familiares no agresores en casos de abuso sexual infantil

EN RELACIÓN A LOS/AS NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES VICTIMIZADOS/AS

Para optimizar la intervención que trabaja con niños/as y adolescentes en la reparación de los efectos que produjeron los comportamientos abusivos del agresor/a y, eventualmente, la situación de desprotección preexistentes, los/as adultos/as no agresores/as deben tener conocimientos acerca de a) cuáles son esos efectos; b) cuál son las mejores estrategias para manejar situaciones conflictivas y/o anormales con los/as hijos/as; c) qué hacer con el impacto emocional que los comportamientos y las reacciones de las víctimas les provocan; d) qué papel han jugado los/as adultos/as en las situaciones de desprotección en caso de que hubieran preexistido.

Es fundamental involucrar a los/as adultos/as no agresores/as en la puesta en marcha y en el mantenimiento de medidas tendientes a evitar que las agresiones sexuales continúen o que se repitan tanto con la víctima identificada como con otras potenciales víctimas del grupo familiar así también como para solucionar en el corto plazo otras situaciones de desprotección.

Se priorizan y trabajan temas relacionados con la seguridad y el bienestar psicofísico de los/as niños/as y adolescentes (cuidados específicos durante el proceso de reparación y satisfacción de necesidades básicas)

EN RELACIÓN A CUESTIONES PERSONALES:

Se ha mencionado en capítulos anteriores que una característica común a todas las familias donde existe desprotección infantil es el hecho de que los padres han padecido alguna de sus tipologías en su propia niñez; circunstancias que, sin duda, han dejado sus huellas. Es por ello que prácticamente la totalidad de los efectos descriptos como efectos de las experiencias de trauma crónico (Capítulo 5) puedan observarse también en los/as adultos/as que agreden a los/as niños/as y/o que no les protegen.

Los orígenes de esta repetición de situaciones de desprotección en la generación siguiente se pueden encontrar en la asociación entre la incapacidad para empatizar con los demás y los mecanismos disociativos (Singh Narang y Contreras, 2000, 2005; Egeland y Susman-Stillman, 1996).

Así, la disociación -mecanismo de defensa altamente efectivo ante situaciones que provocan intenso sufrimiento- permite a los/as niños/as "compartimentalizar" (aislar) las experiencias traumáticas y les facilita un buen funcionamiento en el resto de las áreas (Ludwig, 1983; Putnam, 1991). No obstante, a pesar de su utilidad para afrontar las situaciones dolorosas en el momento en el que ocurren, a la larga altos niveles de disociación se asocian con una amplia gama de alteraciones en la edad adulta.

En lo que hace al cuidado de los/as hijos/as la disociación no sólo obstaculiza el acceso a los recuerdos dolorosos que podrían actuar como freno para adultos/as impulsivos/as sino que también bloquea la posibilidad de registrar situaciones de riesgo e impide la puesta en marcha de actitudes protectoras.

La falta de acceso a las experiencias pasadas o el acceso inconsistente e intermitente aumentan la vulnerabilidad de las personas a maltratar o a abusar de sus niños/as. Los efectos de compartimentalizar las experiencias y la incapacidad para asociar pensamientos, sentimientos y acciones permiten que un progenitor maltrate a su hijo/a sin empatizar con las emociones de los/as pequeños/as ni sentir su dolor (Egeland y Susman-Stillman , 1996).

Por lo tanto, el Plan de Caso deberá incluir recursos para que los familiares no agresores puedan trabajar sus historias de descuido y de malos tratos en la infancia así también como los mecanismos de defensa que utilizaron para seguir adelante y sus consecuencias: las dificultades para comprender los sentimientos de los/as hijos/as agredidos/as y/o para responder adecuadamente a sus necesidades.

TEMAS A ABORDAR CON FAMILIARES NO AGRESORES

- Historia de malos tratos sufridos en la propia infancia
- Diferentes estilos de crianza y alternativas a los estilos utilizados habitualmente
- Modalidades para controlar la ira y la agresión
- Aprendizaje de técnicas de cuidados parentales coherentes
- Planificación de momentos de comunicación y de esparcimiento con los/as hijos/as

10.1.5 Utilización de sesiones y/o intervenciones terapéuticas familiares

En los casos en que las intervenciones con niños/as y/o adultos/as se combinen con intervenciones familiares (sin incluir al agresor/a en las sesiones en las que participa la víctima), se aconseja tener en cuenta los siguientes principios para orientar la intervención:

- La seguridad psicofísica de la víctima y de sus hermanos/as constituye una prioridad
- Cuando las sesiones o la intervención sean llevadas a cabo por profesionales ajenos al Servicio de Protección Infantil, éstos/as deberán notificar si detectan aumentos en los niveles de riesgo o riesgo concreto de revictimización
- Una vez confirmada la sospecha de abuso sexual se le debe creer a la(s) víctima(s) y desestimar las negaciones del/a agresor/a
- Cuando sea posible, conviene excluir al/a agresor/a del hogar y no a la(s) víctima(s)
- Trabajar para que las conductas abusivas o de desprotección dejen de ser minimizadas y/o naturalizadas y para que provoquen malestar y preocupación en quienes las ejercen
- Proponer y/o enseñar formas alternativas de comportarse con los/as hijos/as y alternativas de funcionamiento familiar
- Evitar y desalentar las proyecciones parentales sobre los/as hijos/as
- Explicar a los adultos/as no agresores/as las consecuencias de la traumatización crónica y elaborar estrategias de contención emocional y de protección de las víctimas
- Contribuir a que los/as adultos/as no agresores/as comprendan las necesidades y/o los motivos que llevan a sus hijos/as a comportarse de una manera determinada
- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as a guiar, enseñar y a poner límites
- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as a incrementar las interacciones gratificantes con sus hijos/as
- Contribuir a aliviar las situaciones de estrés, en especial las relacionadas con la revelación de los abusos y con las vicisitudes propias de la intervención legal

- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as cuestiones relacionadas con la intimidad y la puesta de límites
- Proveer un contexto adecuado para la revisión de sus historias personales
- Tener en cuenta que, en los casos de abusos sexuales intrafamiliares, con frecuencia no es posible la reunificación familiar por lo cual conviene trabajar la cuestión y prever soluciones alternativas

ASPECTOS QUE SE DEBEN ABORDAR EN LAS ACTUACIONES CON LOS FAMILIARES NO AGRESORES

- La toma de conciencia del problema que representan los abusos sexuales para la víctima y los efectos que dicha toma de conciencia tiene en el funcionamiento familiar (interrupción del contacto con el agresor/a; reacciones de los/as hermanos/as ante dicha interrupción de contacto; decisiones en relación a la familia extensa; etc.)
- Los estilos de comunicación basados en ocultamientos, secretos y mentiras que facilitan la distorsión de las percepciones de todos los miembros del grupo familiar y la construcción de un complejo sistema de creencias orientado a minimizar y a justificar hasta las situaciones de suma gravedad
- El borramiento de límites intergeneracionales: por ejemplo, hijas que cumplen roles de la figura materna (cuidado de hermanos/as; atención de las labores domésticas; atención de la figura paterna, etc); niños/as y adolescentes involucrados/as en los conflictos conyugales; ausencia de diferencias jerárquicas y de límites en la interacción entre el subsistema parental y el subsistema de los/as hijos/as.
- Los aspectos del funcionamiento familiar y de su sistema de creencias que favorecieron la desprotección y las agresiones sexuales (abuso de sustancias; violencia doméstica; malos tratos entre los cónyuges o hacia los/as hijos/as; patología psiquiátrica o retrasos madurativos, etc)
- El papel que desempeñaron los/as adultos/as no agresores/as de la familia en la etapa en que ocurrieron los abusos
- Estrategias para evitar revictimizaciones y/o nuevas situaciones de desprotección

El objetivo final de las intervenciones protectoras es garantizar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes cubriendo sus necesidades básicas (físicas, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas).

Al igual que la intervención con los/as niños/as y adolescentes las intervenciones con los familiares no agresores serán multi e interdisciplinares, multimodales e intersectoriales/interinstitucionalespara:

- controlar y disminuir los factores de riesgo;
- favorecer y estimular los factores de protección; y
- reparar los efectos que la desprotección pudiera haber provocado en niños/as y adolescentes.

Las actuaciones del Programa de Intervención Familiar están dirigidas a establecer las condiciones necesarias para garantizar el bienestar y la seguridad del niño/a o adolescente así como un proceso de desarrollo saludable. No debe estar enfocado exclusivamente en corregir o contrarrestar la situación de desprotección

La premisa central que fundamenta toda intervención es que niños/as y adolescentes son individuos en proceso de desarrollo en un contexto familiar y social y que las situaciones traumáticas impactan y distorsionan dicho proceso sin detenerlo.

La intervención con los familiares no agresores de víctimas de abuso sexual con el objetivo de controlar y disminuir los factores de riesgo y para favorecer y estimular los de protección tanto para evitar la reiteración de las agresiones sexuales como de cualquier otra tipología de desprotección, se enmarcan dentro de lo que el MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (2008) describe como:

- Evaluación en intervención
- Preservación familiar: intervención en crisis
- Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres
- Preservación familiar: capacitación parental
- Preservación familiar: complemento familiar
- Reunificación familiar
- Apoyo a la vida independiente
- Acompañamiento, seguimiento y/o control de la situación del menor y la familia

10.2 COORDINACIÓN ENTRE LAS ACTUACIONES CON LOS FAMILIARES NO AGRESORES Y CON LAS VÍCTIMAS

En el capítulo 9 se planteó que el marco teórico que encuadrará la intervención es el de la psicopatología evolutiva que considera, entre otras cuestiones, que:

- los desajustes observados en las víctimas son efectos de la situación traumática sobre el desarrollo infantil y no constituyen indicadores de enfermedad;
- las agresiones pueden desviar el proceso normal del desarrollo infantil y llevarlo hacia una versión menos adaptativa sin interrumpirlo (Cicchetti y Toth, 1995);
- el proceso de desarrollo ocurre en un contexto relacional y se despliega de manera continuada sin quedar detenido ni fijado por las situaciones traumáticas;
- le otorga gran importancia a la influencia del contexto sociofamiliar y al proceso evolutivo;
- en la complejidad de estos problemas están involucrados de manera inseparable el niño/a y su contexto.

Se hizo mención a que William Friedrich, psicólogo estadounidense especializado en el tratamiento de niños/as y adolescentes víctimas de abusos sexuales, recomienda intervenir en tres ámbitos fundamentales del funcionamiento de los/as niños/as para lograr actuaciones eficaces (Friedrich, 2002):

- Los vínculos de apego niño/a-progenitor
- La (auto)regulación emocional
- La percepción de sí mismo/a

En ese sentido, las intervenciones que se hagan en cualquiera de estos aspectos con las víctimas debe complementarse con intervenciones en el contexto familiar y, eventualmente, en el contexto social.

Es evidente que el trabajo que los/as técnicos/as puedan llevar a cabo para reparar los efectos que vínculos de apego inadecuados han producido en el niño/a se verá favorecido si se trabaja también con los/as adultos/as responsables sobre las circunstancias que llevaron a establecer esos tipos de vínculos. Para ello necesariamente habrá que trabajar con la historia familiar de los/as adultos/as, sus dificultades para empatizar con la víctima y para satisfacer sus necesidades básicas, etc.

Lo mismo sucede al abordar cuestiones relativas a la (auto)regulación emocional en la que los/as niños/as deben aprender a:

- reconocer sus propias emociones;
- registrar las condiciones de su entorno;
- identificar sus propios objetivos;
- manejar y modular la intensidad emocional;
- mantener su equilibrio psicológico;
- diferenciar entre emociones negativas y positivas;
- integrar la emoción, los comportamientos y la cognición

Esta tarea será más complicada si no se lleva a cabo una intervención paralela con los/as con adultos/as significativos/as. La función de esta intervención con los familiares no agresores es garantizar la existencia de vínculos adecuados y de modelos que permitan a los/as niños/as aprender estrategias para expresar adecuadamente sus emociones.

Sucede lo mismo en lo que hace al abordaje de las dificultades en la percepción de sí mismo/a: hay que plantear actuaciones con los niños/as para favorecer que, a partir de procesos de maduración afectiva, cognitiva y comportamental adquieran las habilidades para comprenderse a sí mismos/as, para tener una visión adecuada de sí y para comportarse de manera organizada y coherente. Sin embargo, contar con familiares que fomenten y acompañen el proceso sin interferir ni promover distorsiones perceptuales ni cognitivas optimizará los resultados de la intervención con las víctimas.

Los recursos a utilizar para complementar las intervenciones con niños/as y adolescentes dependerán de las características del grupo familiar: habrá familias en las que será parte de la génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres; en otras será un objetivo más de la capacitación parental y/o del complemento familiar y puede involucrar recursos socioeducativos exclusivamente o necesitar complementarse con psicoterapias familiares y/o individuales. En estas situaciones se necesitarán recursos externos al Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF).

10.2.1 Sentimientos relacionados con los abusos sexuales que se trabajarán

Por lo general, la confirmación de las agresiones sexuales toma por sorpresa a los familiares no agresores. Pocas personas están preparadas para pensar que algo así puede ocurrir en su propia familia. Cuando existen dificultades para proteger

a los niños/as previas al abuso sexual puede ocurrir que los/as adultos/as estén absorbidos/as por sus propios problemas personales, familiares y/o conyugales y no puedan conectar con los sentimientos que les despierta esta situación inesperada.

Con lo cual, aún en los casos en los que se haya decidido una medida de separación, es fundamental ayudar a que los familiares no agresores tomen conciencia de lo que ha sucedido y puedan colaborar para evitar la repetición de los abusos (disminución de los factores de riesgo y aumento de los factores de protección) y para apoyar en la reparación de las consecuencias en los/as niños/as.

Los sentimientos que hay que considerar son:

- Descreimiento: dificultad para creer en las descripciones de los/as niños/as y/o en los informes de confirmación de los/as técnicos/as que se traduce en falta de apoyo hacia las víctimas.

  Manifestaciones de descreimiento: “en mi familia nunca ocurrió algo así”; “debe haber un error”; “las entrevistas están mal tomadas”; “la técnico (una amiga, un programa de televisión…) influyó en lo que la niña ha contado”.

- Confusión y ambivalencia: dificultad para terminar de aceptar lo ocurrido, para decidir a quién proteger y cómo hacerlo (en especial cuando el agresor es un familiar conviviente, un familiar apreciado u otra persona menor del grupo familiar).

  Manifestaciones de confusión y ambivalencia: búsqueda de explicaciones diferentes ante la situación y/o los comportamientos de los/as niños/as (por ejemplo: búsqueda de otros profesionales que ofrezcan diagnósticos diferentes); falta de continuidad en sostener las medidas protectoras; variabilidad en cuanto a creer y a apoyar a las víctimas; tironeos en relación a las lealtades (hacia la víctima y/o hacia el agresor).

- Culpa: sentimientos de tener alguna responsabilidad por no haber percibido indicadores de que los abusos estaban ocurriendo, sentimientos de culpa por no haber protegido; sensación de fracaso en el rol parental.

  Manifestaciones de culpa: sobreprotección y estado de hiperalerta, depresión.

- Vergüenza: sentimientos de desvalorización y dificultad para socializar lo sucedido y/o pedir ayuda.

  Manifestaciones de vergüenza: aislamiento o retraimiento social, dificultades en la relación con el grupo social; dificultades para comunicar lo sucedido a sus familiares, a los/as maestros/as de la escuela del hijo/a.

- Temor: ante las posibles consecuencias de los abusos en sus hijos/as (temor a daños físicos y/o psíquicos irreparables en los/as hijos/as).

  Manifestaciones de temor: temor a que el hijo/a no vuelva a llevar una vida normal; temor a que la víctima agreda sexualmente a otros/as; temores ante futura elección homosexual de la víctima; temor a que el hijo/a le responsabilice por los abusos; temor por las consecuencias que sufrirá el agresor; comportamientos evitativos y aislamiento social (incapacidad de establecer relaciones de confianza con personas del mismo sexo que el agresor; desinterés y/o incapacidad para establecer nuevas relaciones de pareja).

- Tristeza: ante el desmoronamiento del sistema de creencias individual y/o familiar y del brusco cambio en el funcionamiento familiar a partir de la revelación.

  Manifestaciones de tristeza: llanto inmotivado, decaimiento, dificultades para dormir, pérdida de apetito, irritabilidad, dificultades para despertarse por las mañanas, falta de proyectos personales, dificultades para hacer planes a futuro (aun el futuro inmediato).

- Ira: intensa reacción al descubrir el engaño y las mentiras por parte del agresor; enojo con la víctima que ha revelado lo sucedido; enojo con la intervención que ha trastocado el funcionamiento familiar.

  Manifestaciones de ira: comportamientos impulsivos, comportamientos de riesgo, consumo de drogas y/o alcohol, comportamientos desafiantes, agresividad (física y/o verbal).

- Desvalimiento: el hecho de no haber podido percibir los abusos ni haber podido defender a las víctimas les lleva a tener menor resistencia ante nuevas situaciones abusivas y/o de revictimización.

  Manifestaciones de desvalimiento: aislamiento, interacción social deficiente, actitud temerosa, tendencia a nuevas victimizaciones (nuevas parejas agresivas y/o abusivas), falta de entusiasmo, dificultades para proyectarse a futuro (aun el futuro inmediato).

- Depresión: además de tristeza y falta de interés en las actividades cotidianas, dificultades del sueño y de la alimentación; sensación de fracaso en el rol parental.

  Manifestaciones de depresión: aislamiento, desinterés ante todo tipo de propuestas (sociales, deportivas, recreativas, artísticas), pérdida del apetito y trastornos del sueño, irritabilidad, dificultades en la concentración, ideación suicida, intentos de suicidio.

- Desconexión afectiva: ausencia de sentimientos en relación a la crisis familiar que está atravesando.

  Manifestaciones de desconexión afectiva: aparente normalidad y adaptación inmediata a la situación de crisis familiar; negativa a hablar sobre lo sucedido; manifestaciones de que "todo ya está superado", de "que no hay que revolver sobre lo mismo".

- Minimización: tendencia a normalizar lo sucedido y/o la crisis que la familia atraviesa; dificultad para tomar conciencia de la magnitud del sufrimiento y/o de las necesidades especiales de las víctimas.

  Manifestaciones de minimización: aparente resignación ante lo sucedido; rechazo a los recursos que se le ofrecen o falta de búsqueda de recursos que ayuden a afrontar la situación; creencia de que estos problemas se resuelven "en familia"; aislamiento.

10.3 EJEMPLOS CLÍNICOS DE INTERVENCIONES CON FAMILIARES NO AGRESORES

Caso 1

Clara es una niña de 9 años que sufrió agresiones sexuales por parte del hijo mayor de la pareja de la madre.

Grupo familiar

Madre: Ana de 47 años, autónoma

Nueva pareja: Juan Carlos de 45, autónomo

Conviven desde que la niña tenía 3 años.

Hijos de nueva pareja:

Pablo 17 años (agresor de Clara)

Luis 15 años

Los fines de semana compartían el mismo piso con Ana, Juan Carlos y Clara hasta que se confirmó el abuso.

Durante el proceso de separación del padre de Clara y algunos años más tarde, la madre estuvo bastante deprimida y no pudo cuidar de la niña adecuadamente. Una tía materna colaboró en los cuidados alguna que otra vez, sin continuidad.

Cuando la niña comenzó el jardín de infantes intervinieron los Servicios Sociales de Atención Primaria a causa de la conducta de Clara y de la escasa colaboración de Ana para controlarle. Durante esa etapa, Ana estaba muy atareada con la atención de un local, principal fuente de ingresos de ella y de su nueva pareja. La niña se había vuelto agresiva con sus compañeros/as y desafiante con los/as adultos/as. También habían comenzado a tener algunas conductas sexualizadas –episodios de masturbación compulsiva en la escuela- a las que no se prestó especial atención.

Los primeros años de la escuela primaria siguieron siendo conflictivos. A los problemas de comportamiento se agregaron serias dificultades en el aprendizaje, el agravamiento de las conductas sexualizadas con coerción hacia otros niños/as y comportamientos impulsivos y agresivos en la escuela y en el hogar (en la casa manipulaba cuchillos y, según Ana, amenazaba con matar a alguien o con matarse).

La intervención de los SSAP se enfocó primero a mejorar las habilidades parentales de Ana y, ante el agravamiento de la sintomatología de la niña, se comenzó con una psicoterapia individual a los 8 años. En el transcurso de la misma, Clara relató episodios compatibles con agresiones sexuales cometidas por Pablo, el hijo mayor de Juan Carlos, desde el inicio de la convivencia durante los fines de semana.

A pedido de los SSAP, interviene el Equipo de Evaluación y Coordinación de Casos del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) que confirma la sospecha y se pone en marcha un Plan de Caso.

Una vez confirmada la sospecha, se le indicó a Ana y a Juan Carlos que Pablo, el hijo mayor, no podía estar en contacto con Clara y que debían cambiarse los planes de los fines de semana para proteger a la niña. También se indicó la evaluación de Pablo y de Luis por parte de los SAIAF para investigar: a) causas de los comportamientos abusivos de hijo mayor y b) posibles victimización de Luis. Para ello se iba a contactar a la madre de los adolescentes.

Ana y Juan Carlos aceptan realizar las evaluaciones de los adolescentes y proponen que sigan pasando los fines de semana con ellos en el piso pero que Juan Carlos dormirá con los varones y Ana con Clara. Comentan que es la única alternativa que pueden ofrecer ya que, por el momento, no quieren involucrar a la madre de los jóvenes en este problema. Si se cambiaran los planes para el fin de semana tendrían que explicarle qué ha sucedido.

Ana, la madre, es quien plantea la propuesta con mucha firmeza con el argumento de que "la niña no tiene derecho a desbaratar una familia por lo que le ha pasado"; que "yo ya le dediqué todos mis cuidados y no puede seguir girando todo alrededor de los problemas de la chavala." Muestra cierto grado de hostilidad hacia los/as técnicos/as y manifiesta que durante muchos meses no podrá involucrarse en la intervención (tanto en lo que hace a acompañar a Clara como en aceptar los recursos que se le ofrecen) debido a la necesidad de atender su local.

Ante la persistencia de la situación de riesgo y la falta de conciencia de problema, se decide la salida temporal de Clara del hogar familiar.

10.3.1 Objetivos generales y finales a conseguir

En el Capítulo 9 se trataron los objetivos planteados al comienzo de intervención con la niña. En este capítulo se abordarán los objetivos planteados con Ana y Juan Carlos.

Vale recordar una vez más los principios básicos de la intervención:

- El foco estará puesto en los efectos que los comportamientos abusivos del agresor/a produjeron en los/as niños/as y adolescentes y, eventualmente, la situación de desprotección preexistentes

  En este caso se planteó un plan de trabajo con la niña para abordar sus problemas y un plan de trabajo con Ana para tratar las dificultades vinculares que preexistieron a la situación de abuso sexual.

- Es fundamental contar con la seguridad de que las agresiones sexuales han cesado al momento de la intervención y de que se están ofreciendo alternativas inmediatas a los/as adultos/as para interrumpir otras situaciones de desprotección

  Se hizo un intento de proteger a la niña dentro del contexto familiar pero la falta de conciencia de problema por parte de la madre llevó a decidir la salida temporal de Clara del hogar familiar.

- Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones

- El objetivo principal es la reparación de los efectos sufridos por niños/as y adolescentes y la prevención de revictimizaciones de ellos/as y de otras personas menores convivientes o allegadas

Los problemas a trabajar con los familiares no agresores son los siguientes:

- Los vínculos de apego y la relación de la madre con Clara
- La participación de la madre en el proceso de (auto)regulación emocional de Clara
- La participación de la madre en el proceso de percepción más adecuada de sí misma por parte de Clara
- Trabajar con ambos adultos los sentimientos de
    - Descreimiento
    - Confusión y ambivalencia
    - Minimización
    - Desconexión afectiva con la niña
    - Vergüenza (decisión de no comunicar a otros familiares lo sucedido y de no informar a la madre de Pablo y de Luis sobre los motivos de la evaluación)
    - Temor a las consecuencias que pudieran recaer sobre Pablo y al impacto que esta situación producirá en la pareja adulta
    - Ira hacia Clara por haber revelado los abusos y hacia el equipo técnico por "incomodarles" con la intervención
    - Depresión: si bien no se observan indicadores en la madre, es una cuestión a tener en cuenta en base a sus antecedentes

Para establecer el orden y la prioridad con que se abordarán hay que considerar cuáles de estos problemas están causando mayor sufrimiento y dificultades a la niña y cuáles provocarán menos resistencia en los adultos.

Tanto los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) como el Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) han registrado que el tipo de vínculo de apego entre la madre y su hija es inadecuado y ha causado situaciones de desprotección en el pasado. La intervención anterior de los SSAP estuvo enfocada en mejorar las habilidades parentales de Ana pero sin demasiado éxito. Con lo cual será aconsejable que esta vez se trabaje con recursos diferentes o se busque una "puerta de entrada" diferente.

Es probable que una intervención socioeducativa que enfoque en las habilidades parentales genere resistencia o no produzca resultados. Una alternativa es plantear

una estrategia en la cual Ana participe activamente en los objetivos que se han establecido con la niña: que acompañe a su hija al médico, que colabore en el plan de trabajo con las dificultades académicas y en el abordaje de los comportamientos impulsivos y sexualizados de la niña y le lleve a los talleres.

Los/as profesionales intervinientes evaluarán la manera de proceder a trabajar con los sentimientos identificados a partir de estas actividades conjuntas ya que por el momento, en esta fase de la intervención no se ofrecerán recursos específicos para trabajar con Ana. Los/as técnicos/as que lleven la intervención con la niña serán quienes plantearán citas individuales o de la díada madre-hija para trabajar cuestiones puntuales que surjan de las actuaciones con Clara. En una fase posterior, si se logra generar conciencia de problema y motivación de cambio se podrá enfocar en las cuestiones más personales de Ana que llevaron a tener esta calidad de vínculo con su hija.

Por otro lado, si mejora la calidad del vínculo durante el acompañamiento y la colaboración se ayudará a mejorar la autoestima de la niña, la percepción de sí misma y se producirá una influencia positiva sobre la posibilidad de (auto) regulación emocional.

Una intervención con estas características resulta más fácil de llevar con Clara viviendo junto a Ana y Juan Carlos. Con la niña fuera de su casa será más compleja para coordinar y tal vez sea más difícil contar con la madre para acompañar las actividades. De ser así, se seleccionarán las actuaciones que los/as técnicos/as consideren de mayor peso.

Antes de plantear objetivos de trabajo con Juan Carlos conviene esperar los resultados de las evaluaciones de Pablo y de Luis.

En esta fase de la intervención entonces se trabajará:

- La colaboración de la madre para llevar a Clara a las consultas médicas y a los talleres/actividades normalizados
- La participación de la madre en los procesos de ayuda escolar y de control de impulsos agresivos y sexuales
- La toma de conciencia por parte de la madre de los sentimientos que le despierta la victimización de Clara

Los recursos/programas/intervenciones a utilizar serán:

- Coordinador/a de Plan de Caso para coordinar la colaboración y la asistencia de la madre a las diversas citas que tenga Clara (médicos, apoyo escolar, talleres/actividades normalizadas)
- Técnicos/as del Programa de Intervención Familiar que estén trabajando con Clara (educador/a y psicólogo/a)

Para llevar a cabo la Evaluación de la intervención hay que tener en cuenta 3 niveles diferentes de logros (estado actual, resultados aceptables y resultados óptimos) para cada uno de los objetivos terapéuticos seleccionados.

- La colaboración de la madre para llevar a Clara a las consultas médicas y a los talleres/actividades normalizados
    - Estado actual: Ana no ha tenido un rol activo en las intervenciones anteriores ni se ha preocupado por consultar la cuestión del sobrepeso de Clara ni de ayudarle a socializar y a canalizar sus intereses mediante actividades normalizadas.
    - Resultados aceptables: la madre lleva a Clara a las consultas con el pediatra para que determine: a) magnitud de sobrepeso y b) una propuesta para que la niña baje de peso y se alimente de manera adecuada. Comparte responsabilidades con el centro de acogida y/o con técnicos/as del SAIAF para que Clara cumpla con las indicaciones médicas. Lleva a Clara a las consultas con el pediatra y con el/la especialista en nutrición; y se ocupa de que la niña realice las actividades propuestas en el plan de adelgazamiento cuando su hija está en el hogar familiar. No participa en la identificación de intereses específicos de la niña ni le inscribe en los talleres que responden a esos intereses pero le lleva a las distintas actividades a indicación de los/as técnicos/as.
    - Resultados óptimos: Ana lleva a Clara a consulta con el pediatra para que determine: a) magnitud de sobrepeso y b) una propuesta para que la niña baje de peso y se alimente de manera adecuada. La madre cumple con las indicaciones médicas en el hogar; lleva a Clara a las consultas con el pediatra y con el/la especialista en nutrición y, si la niña convive con ella, se ocupa de que realice las actividades propuestas en el plan de adelgazamiento. También se involucra para identificar intereses específicos de Clara, le inscribe en los talleres que responden a esos intereses y le lleva a las distintas actividades estimulando su participación.
- La participación de la madre en los procesos de ayuda escolar y de control de impulsos agresivos y sexuales
    - Estado actual: Clara presenta problemas académicos desde el inicio de la escolaridad. Ha tenido altibajos y, en esta etapa, de no mejorar, puede repetir el curso. La madre no se ha preocupado por conocer las causas del problema ni le ha puesto ayuda escolar. Ana registra y describe episodios de impulsividad pero no toma medidas que protejan a la niña o le impidan actuar. Ocurre algo parecido con las conductas sexualizadas. La madre se da cuenta

de lo que ocurre pero no le dice nada cuando le ve porque "ya ha intentado todo" y porque "reprenderle es peor porque lo sigue haciendo".

- Resultados aceptables: se realiza un diagnóstico, se identifican causas de los problemas escolares y se establece un plan de trabajo interdisciplinar e intersectoral. La madre no colabora el plan de trabajo pero no lo obstaculiza. La responsabilidad del cumplimientos del plan recae en un profesional del SAIAF. En lo que hace a las conductas impulsivas y sexualizadas se trabajan estrategias para controlar estos comportamientos. La madre, a pesar de que manifiesta su preocupación, sigue dejando cuchillos al alcance de Clara y tiene una actitud errática a la hora de poner límites por temor "a la reacción de la niña". Muestra actitudes ambivalentes: minimiza y normaliza los comportamientos y se le nota francamente desalentada, sin voluntad de intentar nuevas estrategias. El peso de la intervención recae en los/as técnicos/as del SAIAF y los/as del centro de acogida.

- Resultados óptimos: se realiza un diagnóstico, se identifican causas de los problemas escolares y se establece un plan de trabajo interdisciplinar e intersectoral (con la participación del centro escolar) para abordar las causas. La madre colabora activamente en el plan de trabajo. En lo que hace a las conductas impulsivas la madre acepta trabajar en la puesta de límites y en ayudarle a Ana a tolerar la frustración. También en la intervención socioeducativa se trabajan estrategias para controlar los comportamientos sexualizados. La madre colabora activamente con estos aspecto de la intervención cuando están juntas (puesta de límites, tolerancia a la frustración, supervisión de las conductas y los juegos de Clara; pone en duda la minimización o la justificación de los comportamiento sexualizados; le ayuda a conectar con los efectos de sus conductas en los/as otros/as niños/as; también en casa monitorea las situaciones de intimidad).

- La toma de conciencia por parte de la madre de los sentimientos que le despierta la victimización de Clara

  - Estado actual: la madre no registra los sentimientos que le despierta la victimización de su hija: descree la veracidad de lo que la niña relata; sus respuestas son confusas y ambivalentes y su actitud es de minimización (protección insuficiente, persistencia de factores de riesgo); se observa desconexión afectiva con la niña (no registra el sufrimiento de su hija ante los abusos y ante la situación de tener que salir de casa); su mayor temor radica

en el impacto que esta situación producirá en la pareja adulta (posibilidad de ruptura); manifiesta ira hacia Clara por haber revelado los abusos y hacia el equipo técnico por "incomodarles" con la intervención; hay indicadores de vergüenza (que le lleva a decidir no comunicar a otros familiares lo sucedido) y existe la posibilidad de una depresión.

- Resultados aceptables: a través de lo que los/as técnicos/as pueden trabajar en los encuentros individuales con Ana, de las citas con la Coordinador/a del Plan de Caso y de las cuestiones que surgen y se trabajan cuando la madre acompaña a su hija en las diversas actividades terapéuticas que realiza, la madre ha podido abordar el 60% de los sentimientos que le provoca la victimización de la niña. Se le empieza a ver angustiada y ha llorado en un par de ocasiones.

Resultados óptimos: través de lo que los/as técnicos/as pueden trabajar en los encuentros individuales con Ana, de las citas con la Coordinador/a del Plan de Caso y de las cuestiones que surgen y se trabajan cuando Ana acompaña a su hija en las diversas actividades terapéuticas que realiza, la madre ha podido abordar la totalidad de los sentimientos que le provoca la victimización de la niña. Manifiesta estar muy angustiada y solicita una intervención individual con un psicólogo/a.

Caso 2

Héctor de 13 años con antecedentes de negligencia física y emocional crónica y severa detectada por los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP). Actualmente tiene consumos importantes de haschís y de alcohol, con niveles alarmantes de agresividad y de impulsividad; con una fuerte tendencia a aislarse y a cometer transgresiones de gravedad creciente (un guardia de seguridad le pilló robando en una tienda; no se le acusó formalmente ante la policía). Los consumos también interfieren en el rendimiento escolar y está a punto de suspender el curso.

Víctima de abusos sexuales extrafamiliares con indicadores de penetración anal crónica aunque sin descripción de lo sucedido. Su hermano menor comentó que a la casa de su madre iba "gente" a "ver pelis pornos y a hacer cositas"; que durante esas "reuniones" fumaban porros y consumían bebidas alcohólicas y que, como él y su hermano ya estaba mayores les dejaban participar. Dijo además que Héctor era "maricón" y que ya había "ligado con varios de esos tíos".

Grupo familiar

Madre: Elsa de 37 años, padece una enfermedad respiratoria crónica y percibe ayudas sociales por una minusvalía por un retraso mental. No hay un diagnóstico de las causas de su retraso: si se trata de un problema de etiología orgánica o si es una consecuencia de la severa disfunción familiar de su familia de origen.

Padre: Serguei, de nacionalidad rusa, convivió durante 2 años con Elsa mientras estuvo de paso por España. Cuenta la madre que regresó a Rusia y no le ha vuelto a ver. Cada tanto llega alguna carta o les envía un poco de dinero. La información que brinda sobre el vínculo con Serguei es muy confusa.

Hermano:

Iván de 11 años.

Después del alejamiento del padre de los niños Elsa tuvo numerosas parejas y convivió con algunas de manera ocasional. Hubo temporadas en que Héctor e Iván vivían en casa de una tía materna, en general coincidiendo con la permanencia de alguna de estas parejas en el domicilio familiar.

La familia de origen de Elsa es conocida de los SSAP y ella y una hermana más pequeña, en la adolescencia, fueron separadas del grupo familiar por problemas de violencia y alcoholismo en la pareja de sus padres. Hay antecedentes de prostitución tanto de parte de Elsa como en la familia de origen (abuela y tías).

Se notifica a Fiscalía de la situación y actualmente el caso se está investigando ya que ninguno de los niños aportó nombres de los posibles sospechosos. Mientras tanto se pone en marcha un Plan de Caso para proteger a ambos menores.

10.3.2 Objetivos generales y finales a conseguir:

A los fines didácticos, en este apartado se tratarán únicamente los objetivos planteados en la intervención con la madre. En el Capítulo 9 se trataron los objetivos de la intervención con Héctor.

Vale recordar una vez más los principios básicos de la intervención:

- El foco estará puesto en los efectos que los comportamientos abusivos del agresor/a produjeron en los/as niños/as y adolescentes y, eventualmente, la situación de desprotección preexistentes. Se planteó un plan de trabajo

para abordar las serias dificultades de Héctor y otro para intentar mejorar las habilidades parentales de Elsa. Los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar preven una evolución desfavorable ya que es un aspecto que los SSAP llevan años intentando mejorar sin resultados evidentes. Por el contrario, el cuidado de los niños se ha deteriorado en los últimos tiempos y se han visto expuestos a situaciones de negligencia y de riesgo más graves.

- Es fundamental contar con la seguridad de que las agresiones sexuales han cesado al momento de la intervención y de que se están ofreciendo alternativas inmediatas a los/as adultos/as para interrumpir otras situaciones de desprotección. Dados los antecedentes de las intervenciones anteriores, se decidió que ambos niños queden en un centro de acogida ya que no existían recursos para garantizar que no siguieran ocurriendo las reuniones descriptas por Iván en el domicilio familiar y/o para asegurar que la madre evitaría la presencia de los niños en las mismas.

- Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones.

- El objetivo principal es la reparación de los efectos sufridos por niños/as y adolescentes y la prevención de revictimizaciones de ellos/as y de otras personas menores convivientes o allegadas. Con el hermano menor se realizará evaluación de sospecha de abuso sexual y se valorará los efectos que la situación de desprotección crónica le ha provocado con el objetivo de poner en marcha un plan de intervención.

Los problemas de Elsa que requieren atención son:

- Evaluar su estado de salud mental y realizar precisiones diagnósticas en relación al retraso que presenta (causas probables; nivel de gravedad; necesidad de tratamiento; tipo de tratamiento necesario; discapacidad en relación a las funciones parentales y de cuidado)

- Evaluar su estado de salud general

- Evaluar las habilidades parentales

Dado el número limitado de problemas identificados en esta fase es factible abordarlos en su totalidad sin tener que establecer el orden y la prioridad. Es fundamental contar con información actualizada y pormenorizada sobre el estado de salud física y mental de Elsa porque en base a dicha información se decidirá si es posible plantear un plan de trabajo para generar conciencia de problema y

motivación de cambio y, eventualmente, para avanzar en mejorar sus habilidades parentales. Sin esta evaluación previa no es posible identificar objetivos para la intervención específica.

Por lo tanto, las cuestiones que se abordarán con Elsa serán:

- Evaluación psiquiátrica y psicológica
- Revisión médica
- Evaluación de las habilidades parentales

No será un objetivo de la intervención recoger información sobre los abusos ni sobre la responsabilidad de Elsa en estos hechos. Conviene recordar que hay una investigación judicial en marcha y que la madre podrá ser citada y/o investigada según el papel que la Fiscalía sospeche que haya podido tener.

Los recursos/programas/intervenciones a utilizar serán:

- Coordinador/a de Plan de Caso
- Técnico/a del Programa de Intervención Familiar durante visitas supervisadas (Evaluación en intervención de las habilidades parentales)
- Profesionales de Salud Mental (psiquiatra y psicólogo/a)
- Médico clínico

Para llevar a cabo la Evaluación de la intervención hay que tener en cuenta 3 niveles diferentes de logros (estado actual, resultados aceptables y resultados óptimos) para cada uno de los objetivos terapéuticos seleccionados.

- Evaluación psiquiátrica y psicológica
    - Estado actual: durante décadas los SSAP han apoyado a Elsa y le han otorgado ayudas económicas por la minusvalía que padece. Sin embargo, no hay información actualizada de qué tipo de trastorno padece; cuál es la etiología probable; cuáles son sus consecuencias; si debe seguir algún tratamiento; de qué tipo, etc.
    - Resultados aceptables: Elsa no considera necesaria la evaluación psiquiátrica y psicológica. Transcurren 6 semanas desde que se le

hace la indicación y no pide cita con los profesionales del Servicio de Salud Mental. Las citas son acordadas entre los/as técnicos/as del SAIAF y los del Servicio de Salud Mental y comunicadas a la madre que concurre a todas las citas previstas. Antes de los 3 meses, se logra determinar el tipo de trastorno que padece; la probable etiología; cuáles han sido las consecuencias; y se establece un plan de tratamiento. Se establece también qué efectos tiene su problema de salud mental sobre las habilidades parentales.

- Resultados óptimos: Elsa acepta la necesidad de realizar una exhaustiva evaluación psiquiátrica y psicológica. Antes del mes de que se le haya hecho la indicación y por sus propios medios pide cita con los profesionales del Servicio de Salud Mental y concurre a las citas previstas. Se logra determinar el tipo de trastorno que padece; la probable etiología; cuáles han sido las consecuencias; y se establece un plan de tratamiento. Se establece también qué efectos tiene su problema de salud mental sobre las habilidades parentales.

- Revisión médica

  - Estado actual: durante décadas los SSAP han apoyado a Elsa y le han otorgado ayudas económicas por la minusvalía mental y por los problemas respiratorios crónicos que padece. Sin embargo, no hay información actualizada sobre su estado de salud actual ni sobre la influencia que sus problemas de salud pueden causar en sus habilidades parentales y en la capacidad física de cuidar de sus hijos.

  - Resultados aceptables: Elsa no considera necesaria la revisión médica. Transcurren 6 semanas desde que se le hace la indicación y no pide cita con el médico. Finalmente las citas son acordadas entre los/as técnicos/as del SAIAF y los médicos y comunicadas a la madre que concurre a todas las citas previstas y realiza las analíticas que se le solicitan . Antes de los 3 meses, Se establece un diagnóstico del estado actual de salud y de las limitaciones que le implican en sus funciones parentales.

  - Resultados óptimos: Elsa acepta la necesidad de realizar una revisión médica. Antes del mes de que se le haya hecho la indicación y por sus propios medios pide una cita con el médico. Concurre según se le indica y realiza las analíticas que se le solicitan. Se establece un diagnóstico del estado actual de salud y de las limitaciones que le implican en sus funciones parentales.

- Evaluación de las habilidades parentales

    - Estado actual: Elsa se encuentra recibiendo ayudas económicas y apoyos de los SSAP con el objetivo de reforzar sus habilidades parentales. A pesar de brindársele estos recursos, en los últimos años el cuidado de los niños se ha deteriorado y se han visto expuestos a situaciones de negligencia y de riesgo más graves. En los episodios de abuso sexual no queda claro el nivel de participación de la madre: si ignoraba lo que sucedía en su casa; si sabía lo que ocurría con sus hijos y no les protegía; si fomentaba los consumos de alcohol y de haschís de sus hijos y permitía las agresiones sexuales por parte de las personas que visitaban su casa.

    - Resultados aceptables: se observa la interacción de Elsa con sus hijos durante las visitas supervisadas aunque la madre no concurre a las mismas de manera regular (en una ocasión concurrió sólo a una visita en todo el mes debido, según su explicación, a la necesidad de cuidar a su hermana en el hospital). Antes de los 3 meses es posible recoger información como para determinar el estado actual de sus habilidades parentales y prever la posibilidad de evolución. No se explora ni se recoge información acerca de su participación en los consumos ni en los episodios abusivos, aspectos que serán investigados por la Fiscalía..

    - Resultados óptimos: se observa la interacción de Elsa con sus hijos durante las visitas supervisadas semanales. Es posible recoger información como para determinar el estado actual de sus habilidades parentales y prever la posibilidad de evolución. No se explora ni se recoge información acerca de su participación en los consumos ni en los episodios abusivos, aspectos que serán investigados por la Fiscalía.

10.4 REUNIFICACIÓN FAMILIAR EN CASOS DE ABUSOS SEXUALES INTRAFAMILIARES

Los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar deben ser muy cuidadosos a la hora de recomendar y/o de intervenir para la reunificación familiar cuando han ocurrido agresiones sexuales por parte de familiares convivientes.

Será necesario evaluar en detalle si los factores de riesgo han disminuido y si los/as adultos/as no agresores/as están en condiciones de garantizar la seguridad y el bienestar psicofísico de los/as niños/as y adolescentes.

Deberán contar, por un lado, con informes de profesionales que hayan trabajado en la rehabilitación de los/as agresores/as adultos/as o juveniles donde se describa cuál fue la evolución y qué nivel de riesgo de reincidencia presentan.

Por otro lado es fundamental conocer y respetar los deseos del niño/a victimizado/a: si desea la reunificación, si le será posible volver a convivir con la persona que le agredió sexualmente; si está en condiciones de perdonar (si no lo estuviera no hay que forzarle). En este sentido es muy importante tener en cuenta todo el proceso de intervención que se ha llevado a cabo con la víctima y con la familia.

La reunificación familiar en caso de abusos intrafamiliares no es una alternativa a contemplar en el corto plazo. Necesitará un mínimo de 18 a 24 meses de tratamientos de intervención con todas las personas involucradas: víctimas, familiares no agresores y agresores/as. El simple paso del tiempo no soluciona nada; sólo la intervención enfocada en el problema suele dar buenos resultados.

Muchas veces, al comienzo de la intervención, los/as niños/as agredidos/as solicitan volver a ver al agresor. Esto no significa que quieran volver a convivir con ellos/as. Si, a criterio de los/as técnicos/as intervinientes, el contacto con el agresor será contraproducente no debe ser autorizado. Lo aconsejable es trabajar con las víctimas y con los familiares no agresores cuáles pueden ser los motivos subyacentes a tales deseos, por ejemplo: corroborar que están bien de salud, que no han ido a prisión, intentar recuperar/recordar los aspectos positivos del vínculo con el agresor, etc.

BIBLIOGRAFÍA:

Arruabarrena, I. y Alday, N. (2008): *Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar* – Gobierno de Cantabria

de Paul, J. y Guibert, M. (2008): *Empathy and child neglect: A theoretical model*. Child Abuse & Neglect , 32, págs. 1063–1071

de Paul, J.; Pérez-Albéniz, A.; Guibert, M.; Asla, N. y Ormaechea, A. (2008): *Dispositional empathy in neglectful mothers and mothers at high risk for child physical abuse* - Journal of Interpersonal Violence, Volumen 23, Número 5, May 2008, págs. 670-684

Cicchetti, D. y Toth, S.L. (1995): *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect* – Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, págs. 541-565

Draijer, N. y Langeland, W. (1999): *Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients*. American Journal of Psychiatry, 156, págs. 379–385

Egeland, B. y Susman-Stillman, A. (1996): *Dissociation as a mediator of child abuse generations,* Child Abuse & Neglect, 20 (11), págs. 1123- 1132

Friedrich, W.N. (2002): *Psychological assessment of sexually abused children and their families*. Sage- EEUU

Intebi, I. (2009): *Intervención en casos de maltrato infantil*. Colección Documentos Técnicos. Dirección General de Políticas Sociales. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Gobierno de Cantabria. España

Ludwig, A. M. (1983): *The psychobiological functions of dissociation* - American Journal of Clinical Hypnosis, 26, págs. 93–99

MANUAL CANTABRIA: *Actuaciones en situaciones de desprotección infantil- Principios Generales* (2006) - Consejería de Sanidad y Servicios Sociales - Gobierno de Cantabria- España

National Clearinghouse on Family Violence. Public Health Agency of Canada (2008): *Sexual abuse counselling: A guide for Children & parents*. Canadá

Pérez-Albéniz, A. y de Paul, J. (2004): *Gender differences in empathy in parents at high - and low-risk of child physical abuse*. Child Abuse & Neglect, 28, págs. 289–300

Putnam, F. W. (1991): Dissociative phenomena en A. Tasman y S. M. Goldfinger (compiladores): *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10, págs. 145–160) - American Psychiatric Press- EEUU

Putnam, F.W. (1993): *Dissociative disorders in children; behavioral profiles and problems,* Child Abuse & Neglect, 17, págs. 39-45

Singh Narang, D. y Contreras, J.M. (2000): *Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potencial* – Child Abuse & Neglect - Vol. 24, No. 5, págs. 653–665

Singh Narang, D. y Contreras, J.M. (2005): *The relationships of dissociation and affective family environment with the intergenerational cycle of child abuse*. Child Abuse & Neglect, 29, págs. 683–699

Spiegel, D. y Cardena, E. (1991): *Desintegrated experience: The dissociative disorders revisited, Journal of American Psychology*, 100 (3), págs. 366-378

11. INTERVENCIÓN CON AGRESORES SEXUALES JUVENILES

La intervención en casos de abusos sexuales a niños/as y adolescentes sólo será integral si se cuenta con la posibilidad de ofrecer un recurso para los/as agresores/as. Lamentablemente, en 2011, aún son escasos los programas de tratamiento para ellos/as no sólo en España sino en la mayoría de los países, cuestión que no impide que su importancia sea tratada en esta publicación*

El Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) tiene competencia para intervenir con los/as agresores/as sexuales juveniles (menores de edad). Aunque éste de por sí constituye un ámbito de trabajo poco explorado supone una propuesta promisoria no sólo en lo que hace a la reparación de las dificultades del menor agresor sino también en la prevención de futuras agresiones en la vida adulta de estos/as jóvenes.

Ya en 1992, el Informe del Comité de Investigación de Niños/as y Jóvenes que Abusan Sexualmente de Otros/as Niños/as (National Children's Home, 1992) elaborado en Inglaterra menciona las dificultades que tiene el sistema de protección para abordar estos casos:

- la falta de una estructura de intervención coordinada;
- la ausencia de políticas y guías de buenas prácticas y de ética para ayudar a los/as técnicos/as en estos casos;
- gran incertidumbre acerca de las competencias para llevar estos casos y acerca de cómo encasillarlos dentro de la estructura organizacional del sistema de protección;
- diferencias de criterios en los que hace a la intervención y al manejo de las conductas sexualmente abusivas de los/as jóvenes;
- falta de coordinación interinstitucional;

* No se hará hincapié en la intervención con agresores/as sexuales adultos/as pues es un recurso que escapa de las competencias del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) que, en tales casos, se limita a derivar al programa de tratamiento correspondiente.

- falta de información adecuada y de estudios de evaluación de las intervenciones;
- falta de formación en estos temas;
- falta de supervisión y escasa posibilidad de consulta para los/as profesionales que deciden abordar el problema.

Por otro lado, el potencial de estas intervenciones tanto en el aspecto reparador como en el aspecto preventivo cobra sentido al tener en cuenta los hallazgos de las investigaciones de los últimos 15 años. Éstas señalan que entre un 25% y un 40% de las agresiones sexuales contra niños/as y adolescentes son cometidas por personas menores de edad. Información recogida por el Centro Nacional de la Justicia de Menores de los EEUU (National Center for Juvenile Justice, 1999) señala que el 43% de las agresiones sexuales contra menores de 6 años ha sido cometido por agresores/as juveniles.

Estadísticas oficiales señalan que el 23% de los delitos sexuales –no sólo contra niños/as- registrados en Inglaterra y Gales, es cometido por menores de 21 años (Masson y Erooga, 1999). Además, numerosas investigaciones con agresores/as sexuales adultos/as señalan que ellos/as mismos/as suelen situar el inicio de estos comportamientos entre los 15 y los 19 años.

La bibliografía internacional coincide en que los/as agresores/as sexuales juveniles constituyen un grupo de características heterogéneas que no puede ni debe abordarse siguiendo los mismos criterios ni utilizando los recursos clínicos y legales semejantes a los que se usan en la intervención con agresores/as sexuales adultos/as, principalmente en lo que se refiere al registro y al etiquetamiento como agresores/as sexuales de por vida ante la comunidad.

Los/as investigadores/as que se ocupan de este problema recomiendan el diseño de intervenciones y de políticas cualitativamente diferentes para el grupo de agresores/as sexuales adultos/as y para el grupo de agresores/as sexuales juveniles (Chaffin y cols., 2002) ya que, con algún tipo de intervención, las tasas de reincidencia de los/as agresores/as juveniles en relación a los delitos sexuales son bajas y oscilan entre el 5 y el 15% entre aquellos/as que han recibido algún tipo de intervención.

11.1 DEFINICIONES

Hace muy pocos años que los/as investigadores/as y los/as profesionales del ámbito de la protección infantil han comenzado a estudiar la cuestión de los abusos sexuales cometidos por agresores/as juveniles y uno de los desafíos con que se han encontrado tiene que ver con definir qué se entiende por agresor/a sexual juvenil.

Es importante aclarar que las agresiones sexuales entre menores es una cuestión muy diferente de los comportamientos relacionados con la sexualidad o con la genitalidad entre iguales. La mayoría de los comportamientos de este tipo no son agresiones.*

Para que se los considere como una agresión sexual, entre la víctima y su agresor/a han de existir:

- diferencias de poder que permitan al agresor/a controlar a la víctima física o emocionalmente;
- diferencias de conocimientos que implican que la víctima no puede comprender cabalmente el significado y las consecuencias potenciales de la actividad sexual; y
- diferencias en las necesidades satisfechas: el agresor/a busca satisfacer sus propios impulsos sexuales

En estas situaciones reviste mayor importancia evaluar si los comportamientos se encuentran asociados a circunstancias de desequilibrio de poder entre las personas menores involucradas (desequilibrios que impliquen diferencias en los niveles de comprensión acerca de lo que sucede, por ejemplo) que considerar las diferencias de edades y/o de estadios evolutivos.

Al abordar el problema de los/as agresores/as juveniles hay que tener en cuenta lo siguiente:

- No es adecuado utilizar criterios aplicables a los/as agresores/as sexuales adultos/as ya que debido a la inmadurez evolutiva hay mejores posibilidades de modificar los comportamientos inadecuados lo que hace innecesario, por ejemplo, el etiquetarles de por vida.
- No hay que caer en la trampa de minimizar o de trivializar la gravedad de las agresiones cometidas utilizando el argumento de la inmadurez evolutiva de los/as agresores/as.
- Es imprescindible coordinarse con el sistema legal para establecer cuál es la responsabilidad legal que tiene el agresor/a juvenil y así poder plantearse en qué contexto se realizarán las intervenciones (en medio cerrado o en medio abierto).

* Al final de este Capítulo se encontrarán los apartados con información para diferenciar las agresiones sexuales cometidas por personas menores de los juegos sexuales esperables en la infancia y en la adolescencia y de las conductas sexuales inadecuadas de niños/as.

Se considera, entonces, comportamientos sexualmente agresivos a los comportamientos sexuales de un niño/a o de un/a adolescente acompañados de componentes manipulativas y/o coercitivos (Burton y cols., 1998) o en lo cuales el contexto hace que la persona menor objeto de tales comportamientos esté impedida de brindar consentimiento informado.

11.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS/AS AGRESORES/AS SEXUALES JUVENILES

Si bien los/as agresores/as sexuales juveniles constituyen un grupo heterogéneo y no se puede describir un "perfil de abusador", Hackett (2004) recogió numerosas investigaciones sobre el tema y menciona las siguientes características propias de niños/as y jóvenes multiproblemáticos/as:

- Mayoría son varones (Dolan y cols., 1996; Manocha y Mezey,1998; Taylor, 2003)
- Con intervenciones previas de los servicios sociales y/o de los sevicios de salud mental (Dolan y cols., 1996; Manocha y Mezey,1998)
- Problemas de aprendizaje (Dolan y cols., 1996; Manocha y Mezey,1998; Taylor, 2003)
- Deficit de habilidades sociales
- Desinformación sobre la sexualidad
- Elevada angustia social
- Combinación de baja autoestima, competencias sociales disminuidas, soledad emocional, sentimientos de inadecuación sexual y dificultades para establecer vínculos de intimidad

Ryan y cols. (1996) estudiaron una muestra de niños/as y jóvenes de entre 5 a 21 años que habían agredido sexualmente a otros/as (con una media de edad de 14) y señalan que, por ejemplo, el 60% tenía problemas de absentismo escolar, dificultades académicas y problemas de comportamiento en general en la escuela. Este hallazgo sustentaría la hipótesis de que los centros escolares son un sitio privilegiado para la detección y la intervención precoces sobre una población en riesgo de cometer agresiones sexuales.

Dado que estas características ponen en evidencia la multiplicidad de problemas que presentan estos/as niños/as y jóvenes, es sumamente importante que los recursos de intervención no se limiten a abordar las agresiones sexuales sino que el planteo de intervención enfoque el mayor número de dificultades observadas.

En lo que hace a la edad de comienzo de las agresiones hacia otros/as niños/as oscila, según los estudios y el tipo de conducta abusiva, entre los 9,7 y los 12, 4 años (Zolondek y cols., 2001), edad mucho más baja que la edad promedio en que se detectan: los 14 años según Ryan y cols. (1996); entre los 15,2 y los 15, 4 según Dolan y cols (1996) y Manocha y Mezey (1998) respectivamente.

Es habitual suponer que los/as niños/as que agreden sexualmente a otros/as tienen antecedentes de haber sufrido agresiones sexuales. Si bien la victimización sexual crónica es frecuente entre agresores/as prepúberes, los/as agresores/as adolescentes presentan también antecedentes de otras tipologías de desprotección, entre ellas malos tratos físicos.

Gray y cols. (1999) afirman que un factor etiológico de importancia para que se produzcan las agresiones sexuales no es haber sufrido abuso sexual sino haber estado expuesto a situaciones traumáticas.

Entre los factores que influyen en el desarrollo de conductas abusivas hacia otros/as niños/as los autores identificaron las siguientes “experiencias de vida sin relación directa con la victimización sexual” (Skuse y cols.,1998):

- experiencias de violencia intrafamiliar
- haber sido testigos de violencia intrafamiliar
- haber sufrido rechazo por las familias
- haber pasado por situaciones de acogimiento con discontinuidad en los cuidados parentales
- haber sufrido rechazo por sus pares
- padecer una sensación generalizada de pérdida
- fragilidad en la identificación con las figuras paternas (masculinas)
- ausencia de figuras masculinas de apego no agresivas
- antecedentes de abusos sexuales en las historias de las madres

- depresión materna
- relaciones insatisfactorias entre hermanos/as
- antecedentes de malos tratos físicos en las historias de las madres
- bajos niveles de culpa

Esta lista de factores señala la importancia de ofrecer a niños/as y adolescentes agresores/as una intervención integral que:

- tenga en cuenta el contexto familiar en el que viven;
- promueva la seguridad de estos/a púberes y adolescentes y la continuidad de los cuidados parentales;
- apoye a los padres para que puedan elaborar sus propias historias de violencia y malos tratos;
- ayude a las madres a conseguir ayuda de varones no violentos para supervisar y cuidar de púberes y adolescentes en la fase posterior a cometer las agresiones sexuales; y
- contribuir a que púberes y adolescentes desarrollen habilidades sociales y establezcan vínculos apropiados entre pares. (Hackett, 2004)

11.3 CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS

En el estudio ya mencionado de Ryan y cols. (1996) los hallazgos señalan que la mayoría de las víctimas son niños/as pequeños/as o sus iguales: el 91% de las víctimas de esta muestra tenía entre 3 y 16 años, los menores de 9 constituían el 63% y el mayor número de notificación de las agresiones se habían producido por víctimas de 6 años de edad.

Otro estudio, el de Taylor (2003) encontró que la edad promedio de las víctimas era 8 años pero también describió dos edades pico en las que ocurrían las agresiones: los 5 y los 12 años, lo que podría estar indicando dos períodos de mayor vulnerabilidad a las agresiones sexuales de ofensores/as juveniles en la temprana infancia y al comienzo de la adolescencia (Hackett, 2004).

11.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS AGRESIONES SEXUALES

Nuevamente el trabajo de Ryan y cols. (1996) mostró que el 68% de los incidentes detectados correspondían a comportamientos con penetración o a comportamientos relacionados con sexo oral. Para cometer estos hechos, los/as agresores/as utilizaban la coerción verbal (57%), amenazas (24,5%) y la fuerza física (31,7%).

En la muestra del estudio de Manocha y Mezey (1998) se describen la siguiente tipología de comportamientos abusivos:

- Tocamientos (pechos/ genitales) 17,9 %
- Penetración vaginal con pene 17,9 %
- Penetración anal con pene 12,5%
- Penetración anal con dedos 10,7%
- Intento de violación 8.9%
- Penetración de vagina y ano con pene 7,1%
- Contacto orogenital (sexo oral) 7,1%
- Simulación de actividad sexual 5,4%
- Exhibicionismo 5,4%
- Penetración vaginal con objetos 3,6%
- Llamados teléfonicos obscenos 1,8%

Otro estudio inglés, de Monck y New (1996) constató que el 60% de las agresiones cometidas por jóvenes se caracterizaban por tener contacto físico sin penetración; el 20% eran agresiones sin contacto físico y un 20% eran agresiones con penetración.

La investigación inglesa llevada a cabo por Beckett y Brown (1999) encontró que el 25% de su muestra había penetrado a las víctimas; que un 12,5% habían intentado penetrarles y que alrededor del 35% había cometido agresiones no penetrativas pero con contacto físico.

En el estudio ya mencionado de Taylor (2003) el 93% de la muestra había sido derivada por comportamientos abusivos con contacto físico con los genitales de las víctimas; sólo el 7% fue derivado por agresiones sin contacto físico. Además, 31% habían penetrado a sus víctimas y un 15% lo habían intentado.

Estas estadísticas confirman la gravedad de las agresiones sexuales cometidas por adolescentes, la necesidad de no minimizarlas ni justificarlas y de ofrecer recursos apropiadas para evitar su reiteración.

11.5 CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

De lo que se ha planteado en este Capítulo se desprende que el primer paso para una intervención eficaz con agresores/as juveniles es hacer una buena evaluación de:

- los factores de riesgo y de los factores de protección;
- los efectos que experiencias traumáticas pudieron haber provocado en púberes y adolescentes;
- la dinámica que condujo a que cometieran las agresiones sexuales; y
- identificar (i) los aspectos que púberes y adolescentes deben modificar para comportarse de manera no abusiva y (ii) los recursos necesarios para lograr esos cambios.

Por ejemplo, en lo que hace a la situación descrita en el Caso 1 -el joven de 17 años que agredió sexualmente a Clara, la hija de la nueva pareja de su padre-, los/as profesionales de la Unidad de Evaluación y Coordinación de Casos tendrán que evaluar las cuestiones mencionadas en el párrafo anterior ya que, sin una evaluación exhaustiva, no será posible determinar el tipo de recursos que el joven necesita.

Además, antes de comenzar la evaluación se establecerá un plan para controlar la situación de riesgo de la persona menor agredida. Para ello se dispondrán medidas de restricción y/o de suspensión de contacto que garanticen que las agresiones sexuales no volverán a ocurrir.

En el Caso 1 se intentó que el padre del joven modificase la manera en que pasaban los fines de semana. Tanto él como la madre de la niña minimizaban la gravedad de lo sucedido y tomaron medidas que no garantizaban totalmente que las agresiones no volvieran a ocurrir. Por ello y por las dificultades de los adultos para empatizar y satisfacer las necesidades de Clara, la niña agredida tuvo que salir de su hogar hasta evaluar si la familia era capaz de producir cambios en el transcurso de la intervención que aseguraran su protección en el futro.

Al igual que todas las intervenciones descriptas en esta publicación, la intervención con púberes y adolescentes que cometieron agresiones sexuales:

- será interdisciplinar, multimodal e intersectoral/interdepartamental;
- deberá plantearse objetivos a conseguir (un máximo de cinco objetivos por etapa de intervención) considerando los tres niveles descriptos en capítulos anteriores: estado actual, resultados óptimos y resultados aceptables; y
- deberá ser evaluada periódicamente para determinar si los objetivos se han cumplido o no.

Si bien un objetivo central de la intervención será garantizar la seguridad del grupo social con el que conviven los/as púberes y adolescentes agresores/as, conviene adoptar un enfoque más amplio en el que se priorice:

- la prevención de futuras agresiones;
- el abordaje de problemas de la psicosexualidad para evitar el desarrollo de nuevos trastornos; y
- la ayuda para que púberes y adolescentes establezcan vínculos apropiados para su edad con sus pares. (Becker y Hunter, 1997)

En el Reino Unido, Hackett y cols. (2003) investigaron cuáles eran los objetivos centrales que se planteaban los/as profesionales que trabajaban con púberes y adolescentes que cometieron abusos sexuales. Se encontraron con que había consenso general acerca de cuatro cuestiones:

- por un lado, ayudar a los/as usuarios/as a comprender y a aceptar la responsabilidad de lo que habían hecho y, por el otro, ayudarles a desarrollar estrategias y habilidades para evitar volver a cometer las agresiones y los abusos
- promover el bienestar físico, sexual, social y emocional tanto de los/as usuarios/as como de los/as niños/as agredidos/as
- promover la seguridad del grupo social previniendo nuevos comportamientos abusivos y evitando nuevas víctimas
- trabajar con los padres y/o responsables de púberes y adolescentes agresores/as en el reconocimiento de lo que sus hijos/as habían hecho, para creer en ellos/as y apoyarles en los cambios necesarios y para que los/as adultos/as asuman su responsabilidad para lograr cambios en el contexto familiar

Las respuestas obtenidas de los/as profesionales entrevistados/as por Hackett y cols. (2003) permitieron elaborar el siguiente cuadro:

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN CON AGRESORES SEXUALES JUVENILES SEGÚN EL GRADO DE IMPORTANCIA ATRIBUIDO POR TÉCNICOS ESPECIALIZADOS

(Hackett y cols., 2003)

- Objetivos esenciales
  - La protección de otros/as niños/as
  - Detener las agresiones sexuales
  - Desarrollar estrategias y controles para evitar las situaciones/ comportamientos de riesgo
  - Mejorar el apoyo de los sistemas en los que los/as gresores/as juveniles viven
  - Promover relaciones interpersonales y una sexualidad saludables
  - Seguridad de la comunidad
  - Establecer límites claros en lo que se refiere a qué se considera comportamientos sexuales aceptables
  - Aumentar la sensibilización y las habilidades relacionadas con la esfera emocional
  - Desarrollar la comprensión de las características del consentimiento en las relaciones sexuales
  - Alentar el reconocimiento de las agresiones sexuales cometidas y promover la aceptación de la responsabilidad
  - Mejorar las relaciones/vínculos con las figuras significativas
  - Mejorar el conocimiento de sí mismo/a y la autoconfianza
  - Capacitarles para que puedan tomar decisiones de vida adecuadas
  - Desarrollo de empatía con las víctimas
  - Desarticular las actitudes que favorecen las agresiones sexuales y promover alternativas no agresivas

- Objetivos deseables
  - Resolución de experiencias traumáticas pasadas
  - Modificar distorsiones cognitivas
  - Desarrollar la capacidad de insight
  - Abordar la tendencias emocionales negativas
  - Alentarles que se responsabilicen totalmente por los abusos sexuales
  - Mantener al usuario/a dentro de su contexto familiar si fuera posible
- Objetivos adicionales
  - Facilitar una disminución de, mecanismo de negación
  - Ayudarles a comprender los ciclos de abuso
  - Hablar a su favor en el contexto social
- Objetivos no indicados
  - Alentar a los/as usuarios/as a mostrar remordimientos por los abusos

En síntesis, las intervenciones con agresores/as sexuales juveniles deberán:

- Abordar de manera directa los comportamientos sexuales abusivos y los factores que los han facilitado
- Tener un enfoque integrador sin limitarse exclusivamente a los comportamientos abusivos (aunque un enfoque específico sobre este punto es necesario) y abordar otros componentes de las experiencias de los/as usuarios/as
- Tener un enfoque evolutivo que considere el estado de desarrollo y la flexibilidad de la niñez y de la adolescencia
- Ser multimodal y enfocar al usuario/a en contexto con los otros sistemas que le influyen (por ejemplo: la familia, la escuela)

Recordar que los niños y adolescentes que cometen agresiones sexuales son primero y ante todo niños y no deben ser considerados como agresores sexuales en miniatura (Hackett y cols., 2003). Por lo tanto los métodos represivos y confrontativos que se usan en la intervención con agresores/as adultos no son aplicables al ámbito de intervención de agresores/as menores de edad.

El hecho de no contar con programas especializados para la atención de agresores/as sexuales juveniles no constituye un obstáculo que impida la puesta en marcha por parte del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) de recursos de intervención menos especializados que aborden las dificultades asociadas a las agresiones sexuales, que contribuyan a la reparación de los efectos de situaciones de trauma crónico en los/as usuarios/as y a fomentar su resiliencia.

11.6 ¿QUÉ SON LOS JUEGOS SEXUALES?

Ya se ha dicho que no todos los comportamientos sexuales que ocurren entre niños/as y/o adolescentes constituyen agresiones sexuales. Es más, la mayoría de los comportamientos que pueden involucrar la sexualidad y eventualmente los genitales no constituyen comportamientos abusivos ni agresivos, sino que se trata de juegos sexuales esperables para la edad; comportamientos que, por un lado son imitativos y exploratorios y que resultan placenteros dada la proximidad física y afectiva que implican.

Los juegos sexuales normales en la infancia y en la adolescencia son comportamientos que forman parte de un proceso evolutivo saludable. Engloban una serie de conductas exploratorias y lúdicas en las que el interés principal no está enfocado en los intercambios sexuales y que no son hostiles ni agresivas ni producen ningún tipo de daño.

Los juegos y la curiosidad normales en la infancia y en la adolescencia se expresan a través de comportamientos esperables del desarrollo infantil en los que los/as niños/as y jóvenes enfocan su atención en las zonas genitales de su propio cuerpo y de los demás, mostrando un interés por las actividades sexuales y por la estimulación sexual.

Las conductas a través de las cuales se manifiestan ocurren de manera espontánea, no compulsiva, se realizan de mutuo acuerdo y carecen de características coercitivas aún cuando involucren a otros/as niños/as y/o adolescentes sin producir ningún tipo de malestar emocional.

Es importante señalar que, aunque se denominan juegos sexuales, la intencionalidad y las motivaciones de estos comportamientos no es la gratificación sexual o la "descarga" del impulso sexual como sucede con los/as adultos/as.

No se incluyen dentro de estas conductas a aquellos actos que indican conocimientos sexuales más avanzados, tales como la penetración y el sexo oral.

El desarrollo evolutivo y las pautas culturales determinan variaciones en la manera en que esta curiosidad e intereses se manifiestan: aquello que es normal entre niños/as de edad escolar puede ser inadecuado en etapas posteriores y, viceversa. Además, lo que puede ser tolerado dentro de un marco cultural puede producir rechazo en otro diferente.

Estos comportamientos resultarán inadecuados y requerirán especial atención cuando se convierten en el principal interés o preocupación en la vida del niño/a o adolescente y/o cuando estos comportamientos no son aceptados ni tolerados por otros/as niños/as y/o adolescentes involucrados/as.

11.6.1 ¿Cuáles son los juegos sexuales esperables para cada edad?

Desde muy pequeños/as, los bebés y los/as niños/as menores de 2 años suelen tocarse y frotarse los genitales y los niñitos pueden tener erecciones.

En la etapa preescolar, entre los 3 y los 5 años, se interesan en las distintas partes del cuerpo y en explorar su funcionamiento. En esta fase los padres suelen enseñarles que, aunque es aceptable tocarse uno/a mismo/a, debe hacerse en un lugar privado. Se les suele explicar también cuáles son las partes íntimas y qué significa la privacidad del cuerpo.

Por otro lado, es la etapa en la que sienten mucha curiosidad ante las diferencias sexuales anatómicas entre las niñas y los niños y elaboran teorías acerca del porqué las nenas no tienen pene como los varones. Si han tenido hermanitos o han nacido bebés en su familia o entre los/as amigos/as de sus padres, los/as mayorcitos/as se preguntan cómo se forman los bebés dentro del vientre de las madres y cómo hacen para salir.

Es posible, entonces, que jueguen entre ellos/as a mostrarse y a espiarse los genitales, a que tienen un bebé en la tripa (tanto niñas como varones), a que son un papá y una mamá o a que son novios. Comportamientos todos que no llegan a reproducir conductas sexuales adultas porque, en esta etapa del desarrollo, se desconocen la mayoría de los detalles que caracterizan la vida sexual de las personas mayores.

A partir de esta fase comienzan a desarrollarse los conceptos de amor y de cariño que se manifiestan con mayor claridad en la etapa escolar, en la que pueden llegar

a establecerse vínculos entre un niño y una niña que ellos denominarán “noviazgo” pero que hace referencia más bien a situaciones de afinidad de intereses y/o de compañerismo que a cuestiones de índole sexual.

Es una etapa en la que la información que se les brinde sobre el origen de los bebés, las relaciones sexuales entre un hombre y una mujer pueden seguir pareciéndoles extrañas pero muestran mayor tendencia a aceptarlas. A algunos/as niños/as les puede repugnar la idea de darse besos y pueden tener temores ante lo que se les explica sobre los actos sexuales y la penetración.

Es bastante frecuente que la etapa escolar sea una fase en la que cada uno de los géneros tenga actividades separadas y donde no muestren demasiado interés por jugar juntos.

En la pubertad comienzan a mostrar interés acerca de situaciones que les atañe directamente, como la masturbación y la menstruación. Si bien, entre los 10 y los 12 años les importan más las relaciones y las expectativas sociales, ya comienzan a sentir y a identificar sus sensaciones sexuales. En esta fase la autoexploración y el autodescubrimiento a nivel físico llevan a que los tocamientos de las fases anteriores se vayan transformando en actividades masturbatorias.

A medida que los/as niños/as llegan a la adolescencia comienzan los romances, la búsqueda de intimidad y el inicio de las relaciones sexuales en donde se mezclan los estímulos físicos con las emociones y con las expectativas sociales. Así pasan de una fase en la que piensan, fantasean y conversan acerca de tener un vínculo romántico con un chico o con una chica a otra en la que comienzan a salir con posibles compañeros/as sexuales, se besan, exploran juntos comportamientos sexuales hasta que, en algunas oportunidades, llegar a mantener relaciones sexuales.

Es importante conocer esta secuencia de etapas normales en el desarrollo psicosexual de los/as niños/as para poder establecer si un comportamiento corresponde o no a lo esperado a una determinada edad.

Ante la duda de si el comportamiento sexual de un/a niño/a es adecuado o no, se recomienda tener en cuenta si dicho comportamiento tiene características exploratorias y si está motorizado por la curiosidad evolutiva normal acerca de su propio cuerpo y el de los/as demás.

A medida de que el niño/a crece, satisface su curiosidad y aumentan sus conocimientos acerca de las expectativas sociales que le permiten evaluar si sus comportamientos serán aceptados o no. De esta manera, hacia la etapa escolar las conductas sexuales normales se observan con menor frecuencia y reaparecen en la adolescencia.

11.6.2 Niños/as con comportamientos sexuales inadecuados

En años recientes, junto con la mayor detección de indicadores de posibles agresiones sexuales, las personas que trabajan con niños/as y adolescentes detectan -y les llaman la atención- ciertos comportamientos que los/as menores presentan en relación a sus propios cuerpos y/o en relación a sus compañeros/as, amigos/as y/o familiares. Comportamientos y actitudes que no son habituales para la edad y que implican rasgos de agresividad o de falta de respeto hacia los límites.

El problema es que, aún cuando sean conductas que impactan al observador/a, resulta complicado -con toda justicia-, encasillar y etiquetar a estos/as niños/as como agresores/as sexuales: unas veces debido a su corta edad y, otras, a que sus comportamientos no reúnen las características necesarias para considerarlos agresiones sexuales propiamente dichas.

¿En qué se diferencian estos comportamientos de los juegos sexuales descriptos en el apartado anterior? ¿Qué es lo que hace que estas situaciones se correspondan con conductas sexuales inadecuadas?

Los/as especialistas que abordaron este tema en sus comienzos, enfocaron sus esfuerzos, por un lado, en establecer cuáles eran los comportamientos sexuales que deben alertar a los/as adultos/as y, por el otro, en encontrar un término que describiera adecuadamente el problema.

En 1999, Toni Cavanagh Johnson, psicóloga californiana especializada en temas de protección infantil, propuso los siguientes comportamientos como indicadores de trastornos a nivel sexual en menores de 12 años:

- Preocupación excesiva con los juegos sexuales y falta de interés en otros tipos de juegos
- Prácticas de juegos sexuales con niños/as muchos menores o mucho mayores
- Conocimientos sexuales avanzados para la edad
- Comportamientos e intereses sexuales diferentes a los de los/as niños/as de su edad
- Imposibilidad de refrenar el impulso sexual y de inhibirse cuando un adulto/a se lo indica
- Presencia de quejas por parte de otros/as niños/as en relación a situaciones sexuales o por haberles provocado daño como consecuencia de la manera de practicar juegos sexuales. Los/as niños/as responsables de estos comportamientos pueden causar malestar físico o emocional a sí mismos/as o a otros/as niños/as.

- Erotización de los vínculos, considerando a los demás como objetos para sus comportamientos sexuales
- Falta de comprensión, aún siendo mayores de 4 años, acerca de cuáles son los derechos y los límites de los otros/as niños/as cuando se practican juegos sexuales
- Juegos sexuales acompañados de temor, vergüenza o culpa
- Conductas sexuales con otros/as niños/as que reproducen actividades sexuales adultos/as
- Conductas sexualizadas dirigidas a adolescentes mayores o a adultos/as
- Conductas sexualizadas con animales
- Utilización de comportamientos sexuales para dañar a otros/as
- Utilización de sobornos, amenaza o fuerza física para obligar a otros/as niños/as a participar en juegos sexuales

Otro autor, Richard Phil (2002), denomina "sexualmente reactivos/as" a los/as niños/as con los siguientes comportamientos a los que considera consecuencias de haber sido expuestos/as o haber tenido contacto con actividades sexuales inadecuadas:

- Actividades, gestos, lenguaje y conocimientos sexuales avanzados para la edad
- Juegos sexuales con niños/as de la misma edad o más pequeños/as en forma llamativamente reiterada
- Masturbación frecuente y excesiva preocupación por temas y actividades sexuales
- Comportamientos sexualizados delante de otras personas, por ejemplo exhibicionismo, frotamientos o masturbación
- Interés en tener o intentos concretos de tener contactos sexuales con niños/as mayores, con adolescentes, con adultos/as o con animales
- Encuentros sexuales concretos o intentos de lograr encuentros sexuales con niños/as de su misma edad o menores para masturbarse, practicar sexo oral, penetración digital o para mantener relaciones sexuales
- Agresiones sexuales a otras personas, por lo general a niños/as más pequeños/as

El mismo autor describe cuáles son las modalidades de exposición a conductas sexuales inadecuadas que pudieron haber sufrido estos/as niños/as:

- Cualquier tipo de actividad sexual con y/o entre adolescentes y adultos/as
- Exposición a pornografía o a cualquier tipo de material sexualmente explícito
- Haber presenciado actividades sexuales entre adolescentes, adultos/as y/u otros/as niños/as
- Juegos sexuales excesivamente frecuentes o intensos con niños/as de la misma edad o con niños/as mayores con conocimientos sexuales más avanzados
- Cualquier situación en la que se le expuso a materiales sexuales explícitos fuera de un contexto educativo conducido por personal especializado

Investigaciones recientes confirman que estos/as niños/as constituyen un grupo heterogéneo y diferente al de los/as agresores/as sexuales juveniles y que, aún sin haber sido expuestos a situaciones sexuales inadecuadas, presentan antecedentes de malos tratos, exposición a violencia de género y problemas del comportamiento en general.

De cualquier modo, algunos autores señalan que cuanto más pequeño/a sea el niño/a que presenta las conductas sexuales inadecuadas mayor probabilidad hay de que haya padecido abusos sexuales. (S. Hackett, 2004)

Una definición más actualizada es la del Comité de Trabajo sobre niños/as con conductas sexuales inadecuadas de la Asociación para el Tratamiento de los/as Agresores/as Sexuales (ATSA, Association for the Treatment of Sexual Abusers, 2008) de los EEUU, que les describe como aquellos/as menores de 12 años que toman la iniciativa en comportamientos que involucran a los genitales y que son evolutivamente inadecuados o potencialmente dañinos para ellos/as y para los/as demás.

Para determinar si una conducta sexualizada es adecuada o no es preciso tener en cuenta:

- si se trata de un comportamiento esperable o común para esa edad;
- si se observa que el niño/a se comporta de esta manera aisladamente o con frecuencia;

- si constituye una preocupación o un tema central para ese/a niño/a;
- cómo responde –desaparece o disminuye- ante las reprimendas o la puesta de límites de los/as adultos/as

Para determinar si una conducta es potencialmente perjudicial para sí mismo/a o para los/as demás hay que tener en cuenta (Araji, 1997; Hall y cols., 1998; Johnson, 2004):

- la edad y las diferencias evolutivas entre los/as niños/as involucrados/as;
- si para llevar a cabo estos comportamientos el niño/a utilizó la fuerza física, la coerción y/o la intimidación
- la presencia de indicadores de malestar emocional en lo(s)/a(s) niño(s)/a(s) implicado(s)/a(s)
- el nivel de interferencia en el desarrollo social de ese(os)/a(s) niño(s)/a(s)
- si estos comportamientos han causado algún daño físico

Conviene aclarar que, si bien los genitales y la sexualidad forman parte de estas conductas, la intencionalidad y la motivación para llevarlas a cabo pueden tener causas diferentes a la gratificación o la estimulación sexual: causas asociadas a la curiosidad, a la ansiedad, a la imitación, a la necesidad de llamar la atención, a la necesidad de tranquilizarse a sí mismo/a… (Silovsky y Bonner, 2003).

Los/as niños/as con conductas sexuales inadecuadas conforman un grupo heterógeneo que no presenta ningún problema ni síndrome médico o psicológico sino que tiene un tipo de comportamiento que carece de aceptación social por ser evolutivamente inadecuado o por representar un daño o amenaza de daño para sí y/o para los/as demás.

A diferencia de los juegos sexuales esperables para la edad, las conductas sexuales inadecuadas:

- ocurren con mayor frecuencia que lo evolutivamente esperable
- interfieren en el desarrollo del niño/a
- se acompañan de coerción, intimidación o empleo de fuerza física

- se asocian con indicadores de sufrimiento emocional
- ocurren entre niños/as de edades o que se encuentran en etapas evolutivas diferentes
- se reiteran en secreto a pesar de la intervención de los/as adultos/as

Desde que se comenzaron a observar estos comportamientos, profesionales e investigadores/as utilizaron diferentes denominaciones, tales como niños/as sexualmente reactivos/as; mini "agresores/as"; niños/as agresores/as sexuales. Sin embargo, a la luz de las investigaciones resulta más adecuado hablar de niños/as que presentan conductas sexuales inadecuadas. De esta manera se pone el foco en las características de los comportamientos y no se les etiqueta adjudicándoles características socialmente rechazadas y, en apariencia, de improbable resolución.

Por otro lado, los hallazgos señalan importantes diferencias entre los niños/as con conductas sexuales inadecuadas y los que cometen agresiones sexuales, entre ellas:

- debido a su inmadurez cognitiva, los niños/as con conductas sexuales inadecuadas carecen de las habilidades necesarias para llevar a cabo los procesos de planificación de las agresiones, de seducción o de racionalización y normalización o minimización de los comportamientos;
- sus comportamientos inadecuados suelen tratarse de actos impulsivos más que de actividades bien planeadas o racionalizadas;
- la falta de empatía hacia los/as otros/as niños/as que se observa entre quienes tienen conductas sexuales inadecuadas suele estar más asociada a la inmadurez evolutiva que les impide ponerse en el lugar de otras personas que con algún trastorno psicopatológico;
- en un estudio de niños/as con conductas sexuales inadecuadas de corta edad, era mayor el porcentaje de niñas (65%) que el de niños (35%) (Silovsky y Niec, 2002)

BIBLIOGRAFÍA:

Araji, S. K. (1997): *Sexually aggressive children: Coming to understand them*. Sage. EEUU.

Becker, J.V. y Hunter, J.A. (1997): *Understanding and treating child and adolescente sexual offenders*. En Ollendick, T.H. y Prinz, R.J. (editores): Advances in clinical child psychology. Plenum Press. EEUU.

Beckett, R. y Brown, S. (1999): *Emerging findings of the adolescent sexual abuser project*. Workshop presentation to 9th annual NOTA conference 'Effective research, protective practice', University of York, 6–8 Octubre 1999.

Berliner, L.; Manaois, O.; y Monastersky, C. (1986): *Child sexual behavior disturbance: an assessment and treatment model*. Harborview Sexual Assault Center. EEUU.

Burton, D.L.; Rasmussen, L.A.; Bradshaw, J.; Christopherson, B.J.; y Huke, S.C. (1998): *Treating children with sexually abusive behaviour problems: guidelines for child and parent intervention*. Haworth Press. EEUU.

Cavanagh Johnson, T. (1999): *Understanding Your Child's Sexual Behavior*. New Harbinger Publications. EEUU.

Chaffin, M.; Berliner, l.; Block, R.; Cavanagh Johnson,T.; Friedrich, W.N.; Garza Louis, D.; Lyon, T.D.; Page, I.J.; Prescott, D.S.; Silovsky, J.S.; y Madden, C. (2008): *Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems*. Child Maltreatment, Vol. 13, No. 2, pp. 199-218.

Chaffin, M.; Letourneau, E. y Silovsky, J.F. (2002): *Adults, adolescents, and children who sexually abuse children: A developmental perspective* en Myers, J.; Berliner, L.; Briere, J.; Hendrix, J.T.; Jennny, C.; y Reid, T.A.: The APSAC Handbook on Child Maltreatment- 2nd Edition. Sage. EEUU.

Dolan, M.; Holloway, J.; Bailey, S.; y Kroll, L. (1996): T*he psychosocial characteristics of juvenile sexual offenders referred to an adolescent forensic service in the UK*. Medical Science Law 36(4): 343–352.

Gray, A.; Pithers, W.D.; Busconi, A., y Houchens, P. (1999): D*evelopmental and etiological characteristics of children with sexual behaviour problems: treatment implications*. Child Abuse and Neglect 23: 601–621.

Hackett, S.; Masson, H.; y Phillips, S. (2003) *Mapping and exploring services for young people who have sexually abused others: final report*. A two-year research project funded by Youth Justice Board, NSPCC and NOTA. University of Durham, Inglaterra.

Hackett, S. (2003): *Evidence-based assessment: a critical evaluation*. En Calder, M.C. y Hackett, S. (editores): Assessment in child care. Using and developing frameworks for practice. Russell House Publishing, Inglaterra.

Hackett, S. (2004): *What works for children and young people with harmful sexual behaviours? Barnardo's*. Inglaterra.

Hall, D. K.; Mathews, F.; y Pearce, J. (1998): *Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children*. Child Abuse & Neglect, 22, pp. 1045-1063.

Hall, D.K.; Mathews, F.; y Pearce, J. (2002): *Sexual behaviour problems in sexually abused children: a preliminary typology*. Child Abuse and Neglect, 26, pp. 289–312.

Johnson, T.C. (2004): *Helping children with sexual behavior problems - A guidebook for parents and substitute caregivers* (2nd ed.). Edición del autor. EEUU.

Johnson, T.C. y Feldmuth, J.R. (1993): *Sexual behaviours: a continuum*. En Gil, E. y Johnson, T.C. (compiladores) *Sexualised children: assessment and treatment of sexualised childrenand children who molest*. Launch Pres. EEUU.

Manocha, K. y Mezey, G. (1998): *British adolescents who sexually abuse: a descriptive study. Journal of Forensic Psychiatry* 9(3): 588–508.

Masson, H. y Erooga, M. (1999): *Children and young people who sexually abuse others*. Routledge. Inglaterra.

Monck, E. y New, M. (1996): *Report of a study of sexually abused children and adolescents, and of young perpetrators of sexual abuse who were treated in voluntary agency community facilities*. HMSO, Londres.

National Center for Juvenile Justice (1999): *Juvenile offenders and victims: 1999 national report*. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. EEUU.

National Children's Home (NCH) (1992): *Report of the committee of enquiry into children and young people who sexually abuse other children*. NCH, Londres.

Phil, R. (2002): *Child Sexual Behaviors: What Is Considered "Normal" Sexual Development and Behavior?* en http://www.selfhelpmagazine.com/article/child_sexual_behavior

Ryan, G.; Miyoshi, T.J.; Metzner, J.L.; Krugman, R.D.; Fryer, R.G. (1996): *Trends in a national sample of sexually abusive youths*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33: 17–25.

Silovsky, J. y Bonner, B. L. (2003): *Sexual behavior problems*. En: T. H. Ollendick y C. S. Schroeder (Eds.): Encyclopedia of clinical child and pediatric psychology (pp. 589-591). Kluwer Press. EEUU.

Silovsky, J.F. y Niec, L. (2002): *Characteristics of young children with sexual behavior problems: a pilot study.* Child Maltreatment 7(3): pp.187–197.

Skuse, D.; Bentovim, A.; Hodges, J.; New, M.; Williams, B.; y McMillan, D. (1998): *Risk factors for the development of sexually abusive behaviour in sexually victimised adolescent males.* British Medical Journal 31: 175.

Taylor, J.F. (2003): *Children and young people accused of child sexual abuse: a study within a community.* Journal of Sexual Aggression 9(1): 57–70.

Dep. Legal:
SA-145-2012

Marzo 2012
200 ejemplares
Edita:
Instituto Cántabro de Servicios Sociales
www.serviciossocialescantabria.org
icass@serviciossocialescantabria.org

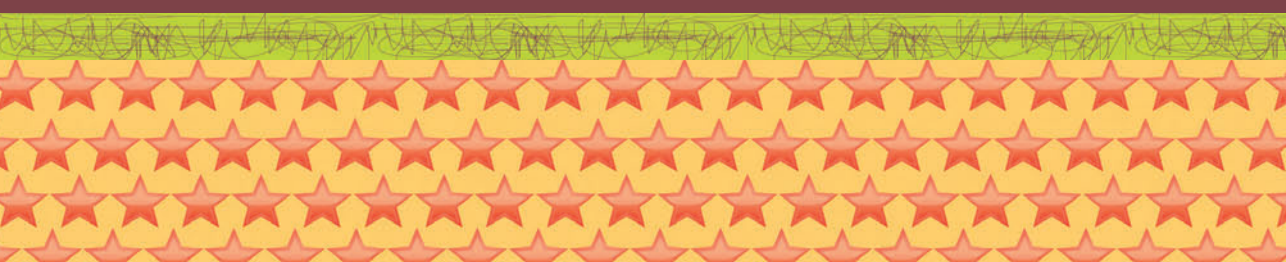
Diseño y maquetación:
Imprenta Regional de Cantabria





GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES





Para más recursos visite:

FANPAGES:

MinisterioInfantilArcoIris

CongresoMinisterioInfantilArcoIris

GRUPO:

groups/MinisterioInfantilArcoIris

ministerioinfantilarcoiris

YouTube

MinisterioInfantilArcoIris

MinInfArcoIris