

01962

28



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología
División de estudios de posgrado

" DISEÑO DE UN MODELO
INTERDISCIPLINARIO DE ATENCION
EN ALBERGUES INSTITUCIONALES
PARA NIÑOS MALTRATADOS "

T E S I S

Que para obtener el grado de
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA

P r e s e n t a :

NATASHA WOLCOVINSKY DE YCAZA

Director de Tesis: Dr. Javier Aguilar

Comité de Tesis: Dra. Bertha Blúm

Mtro. Samuel Jurado

Dra. Silvia Macotela

Dra. Marcia Morales



México, D.F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autora
Natasha Wolcovinsky De Ycaza

Director de Tesis:
Dr. Javier Aguilar

Miembro del Comité (I)
Dra. Bertha Blum

Miembro del Comité (II)
Mtro. Samuel Jurado

AGRADECIMIENTO

Estaré por siempre agradecida al Maestro Ricardo López por la ayuda que me brindó en la realización de este trabajo. Su dedicación y conocimientos han sido invaluable.

¡Gracias Dicky!

DEDICATORIA

De cualquier forma en que este proyecto llegue a ser útil para algún profesional dedicado a la atención de niños abusados, esta ardua tarea habrá valido todos sus esfuerzos...

Para mis padres, mis hermanos, mi esposo Alvaro y mi hija Camila.

ÍNDICE

ÍNDICE

| | <i>Páginas</i> |
|--|----------------|
| ABSTRACTO | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| I. ANTECEDENTES | 4 |
| A. REALIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL MEXICANA. Necesidad de un Nuevo Modelo de Atención al Maltrato por parte del Instituto Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) | 4 |
| B. REALIDAD LEGAL MEXICANA SOBRE EL ABUSO INFANTIL | 7 |
| II. MARCO TEÓRICO DE INTERVENCIÓN CLÍNICA | 16 |
| A. VÍNCULO PARENTAL-FILIAL | 16 |
| B. PROHIBICIÓN DEL INCESTO | 32 |
| C. IDENTIFICACIÓN | 43 |
| D. ENFOQUE SISTÉMICO | 52 |
| E. LA FALTA DE DEMANDA Y EL TRABAJO TERAPÉUTICO: TERAPIA COACTIVA | 61 |
| F. ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO | 66 |
| 1. Intervención Interdisciplinaria entre Agencias: Elaboración del Modelo | 66 |
| 2. Intervención Interdisciplinaria dentro de la Capacitación | 67 |
| 3. Interacción Interdisciplinaria del Manejo de Casos..... | 67 |
| III. JUSTIFICACIÓN | 104 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| IV | OBJETIVOS | 105 |
| | A. OBJETIVOS GENERALES | 105 |
| | B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 105 |
| V. | METODOLOGÍA | 106 |
| | A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 106 |
| | B. MUESTRA | 106 |
| | C. PARTICIPANTES | 106 |
| | D. PROCEDIMIENTOS | 107 |
| | 1. Establecimiento y Acondicionamiento Físico del Centro | 107 |
| | 2. Selección y Perfil del Personal | 108 |
| | 3. Perfil del Niño Maltratado que se Atenderá | 109 |
| | 4. Objetivos del Centro | 110 |
| | 5. Estructuras, Rutinas y Reglas del Centro | 111 |
| | 6. Organigrama Institucional del Centro | 113 |
| | 7. Formación, Objetivos y Actividades de las Unidades Coordinadoras | 115 |
| | 8. Integración del Personal | 121 |
| | 9. Capacitación Interdisciplinaria del Personal | 122 |
| | 10. Desarrollo de Programas Departamentales | 124 |
| | 11. Desarrollo de Flujogramas de Trabajo y Procedimiento de Casos | 126 |
| | 12. Manejo Interdisciplinario dentro de las Reuniones de Trabajo..... | 138 |
| | 13. Supervisión Externa de Casos y Apoyo Terapéutico al Personal | 150 |
| | 14. Capacitación Especializada e Investigación | 150 |
| | CONCLUSIONES | 152 |
| | BIBLIOGRAFÍA | 159 |

ANEXOS:

| | |
|---|------------|
| ANEXO N° A – Encuesta de Actitudes y Conocimientos Frente al | |
| Maltrato | 164 |
| ANEXO N° B – Programa de Integración | 165 |
| ANEXO N° C – Programa de Capacitación | 167 |
| ANEXO N° D – Programas Departamentales | 187 |

DISEÑO DE UN MODELO
INTERDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN
EN ALBERGUES INSTITUCIONALES PARA
NIÑOS MALTRATADOS

ABSTRACTO

Este proyecto se fundamenta en los conceptos clínicos del vínculo, las identificaciones, la prohibición del incesto, el enfoque sistémico y la terapia coactiva. A su vez, cobra forma a partir de la utilización de los aportes hechos por la Comunidad Terapéutica, la *Terapia Institucional*, el *Modelo Interdisciplinario* de John Baglow, la *Intervención Primaria Terapéutica* de Tilman Furniss y la *Matriz para la Toma de Decisiones* de Kathleen Coulborn. De esta forma damos base a un modelo interdisciplinario de atención para un centro de niños maltratados entre seis y doce años cuyos casos han sido denunciados a las autoridades correspondientes.

A partir de la conjugación de todos estos elementos se describe cada paso que debe llevarse a cabo en la formación de este centro: establecimiento y adecuación física del centro; selección y perfil del personal; perfil del menor que se atenderá; objetivos del centro; estructuras, rutinas y reglas del albergue; organigrama; formación, objetivos y actividades de las Unidades Coordinadoras; integración y capacitación del personal incluyendo los lineamientos de las intervenciones psicológicas; programas departamentales; flujograma y procedimiento de casos y manejo interdisciplinario de los equipos de trabajo.

INTRODUCCIÓN

La problemática del maltrato ha sido identificada como una condición *multifactorial en donde convergen múltiples variables*. El maltrato en cualquiera de sus facetas (violencia física, sexual, emocional o negligencia) comprende en mayor o menor grado aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y culturales.

La perspectiva biológica nos sugiere que pueden presentarse componentes como lesiones cerebrales, disturbios bioquímicos, efectos de fármacos y hasta anomalías genéticas que pueden estar ligadas a expresiones de agresión y violencia en un sujeto. A la vez, múltiples estudios sociológicos señalan que la pobreza, el desempleo, los bajos niveles educativos y la fragmentación familiar son factores correlacionados, aunque no por sí solos, causantes del abuso y la negligencia dentro de las familias. De igual forma, los aspectos culturales no deben ser excluidos en nuestro análisis, podemos apreciar el incremento de estudios que demuestran una relación entre los niveles de violencia y los mensajes comunicados a través de la televisión y otros medios así como también la asociación entre violencia y los patrones de disciplina comúnmente utilizados y *aceptados dentro de una cultura*.

Finalmente, la perspectiva psicológica nos presenta varias orientaciones que dan luz a esta problemática. Desde el enfoque *cognitivo-conductual se han analizado* procesos aprendidos como la atención acentuada a la carga afectiva de la furia, la percepción de estímulos agresivos generadores de respuestas agresivas, la atribución equivocada de errores propios a factores ajenos y la suposición errónea de generalizaciones de respuestas agresivas propias. El enfoque psicoanalítico por su lado, ha tratado de estudiar este conflicto utilizando conceptos como la compulsión a la repetición, las identificaciones con el objeto, la identificación narcisista y la pulsión de muerte. Todos estos, juegan un papel importante dentro de los procesos psíquicos que dan origen al maltrato. En el ámbito familiar, el maltrato puede ser visto desde la perspectiva psicológica como un síntoma de todos los miembros del sistema y no sólo como una patología dentro de una diada en particular.

Con la realidad de este panorama surge la necesidad de crear un modelo de atención que involucre a profesionales de diversas disciplinas para poder responder de una forma integral que abarque, hasta donde nos sea posible, la mayoría de los factores que producen el abuso. La inquietud de desarrollar este modelo proviene por un lado, de nuestra propia preocupación sobre el tema y por otro, del pedido hecho por la agencia gubernamental del Desarrollo Integral de las Familia (DIF) – Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME) – a la Facultad de Psicología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de México de confeccionar un modelo de atención que atienda este problema social a través de albergues temporales para niños entre 6 y 12 años que sufran del maltrato en cualquiera de sus formas.

Con esta compleja tarea por delante, proponemos a lo largo de nuestro trabajo adentrarnos a este proyecto dentro de un modelo de trabajo basado en el **enfoque interdisciplinario** de intervención. Esto lo pretendemos lograr definiendo las funciones pertinentes a cada área de atención y los esquemas interdisciplinarios con que sugerimos conjugar todas estas áreas a través de las etapas de capacitación, evaluación, tratamiento, seguimiento y egreso de los casos. De igual forma, presentamos algunos de los conceptos psicodinámicos en que, según nuestro criterio y enfoque psicológico clínico, debemos apoyarnos para hacer el abordaje del tratamiento individual de niños maltratados. Revisaremos también el enfoque sistémico como marco de trabajo terapéutico familiar y abordaremos la dificultad que se nos presenta de ofrecer terapia a quienes no la han solicitado y en quienes ha sido impuesta, como lo es en el caso de muchas familias donde el abuso ha sido denunciado.

Consideramos que la fusión de estos aspectos resulta en un esquema elaborado de los pasos a seguir y crea en su totalidad un modelo integral que ofrece respuesta a esta problemática.

ANTECEDENTES

I ANTECEDENTES

Para dar inicio al desarrollo de un modelo de atención para niños maltratados debemos revisar primeramente los antecedentes institucionales, la realidad social y los aspectos legales que actualmente encara México frente al dilema social del abuso. Consideramos que los mismos, nos darán una dirección de por dónde debemos empezar a proponer cambios estructurales y con qué realidad nos estamos enfrentando al abordar esta problemática.

A. REALIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL MEXICANA. Necesidad de un Nuevo Modelo de Atención al Maltrato por parte del Instituto Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En 1999 el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática de México (INEGI) realizó una investigación sobre la violencia intrafamiliar en 6 mil viviendas seleccionadas entre las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal y los 34 municipios conurbanos del Estado de México. El estudio reveló que uno de cada tres hogares de la Ciudad de México sufre un ambiente de violencia intrafamiliar en forma de maltrato emocional, abuso físico o sexual. Es decir, que el 30% de la población metropolitana, casi 7 millones de personas, sufre una de las distintas formas de violencia registradas.¹ Con esta realidad en cuenta consideramos la magnitud de la responsabilidad que tiene el Instituto Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) el cual es actualmente encargado de ofrecer asistencia social a todos los mexicanos.

El deber del Estado de ofrecer ayuda asistencial a todos los mexicanos data desde 1937, con el establecimiento de la Ley de Asistencia Social como política pública

¹ EFE (9 de abril, 2000). En México se vive ambiente de violencia. La Prensa. Panamá, República de Panamá, pág. A12.

federal*. Desde entonces los esfuerzos en el campo asistencial han sido delegados a través de estos 60 años a numerosos organismos gubernamentales. En 1977 se dio la fusión del Instituto mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), creado en 1968, y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPIF), creado en 1975, conformando así el Instituto Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el cual pretende conjugar los esfuerzos de ambas instituciones. Entre 1988 y 1994 “la reforma a la Ley de Administración Pública Federal transformó al DIF en la cabeza del sector de Asistencia Social mexicana” (citado en Rodríguez Ajenjo, sept. 1997, pág. 4).² Según el Art. 4 de la Ley de Asistencia Social de 1997, entre las personas sujetas a recibir los servicios de asistencia social que presta esta institución se encuentran los menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o **sujetos al maltrato**.

Para conocer la problemática mexicana del maltrato, entre 1994 y 1995, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Asociación Mexicana Contra la Violencia a la Mujer (COVAC) llevaron a cabo una investigación sobre el maltrato y el abuso sexual a los menores mexicanos con el fin de detectar las carencias de programas específicos, la deficiencia de información y las dificultades en el manejo de casos. Se evaluaron ocho instituciones mexicanas gubernamentales y no gubernamentales, mejor conocidas por sus siglas ONG. Entre algunas de las instituciones que participaron del estudio se encuentran el Hospital Infantil de México, el Hospital General, La Casa Alianza, el Instituto Nacional de Perinatología, la 49° Agencia Especializada en Delitos Sexuales y la 57° Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. En el estudio se utilizó una muestra de 97 profesionales (abogados, enfermeras, médicos, psicólogos, y trabajadores sociales) dedicados todos de una forma u otra a la problemática del maltrato al menor.

NOTA: * Según la Ley General de Salud (Art. 167) la **asistencia social** es: “...el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena productiva”.

² Rodríguez Ajenjo, C. (Sept. 1997). Conferencia “La Asistencia Social y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia”, pág. 4.

Los resultados de esta investigación nos demuestran que de estos 97 profesionales, el 92% de ellos dedicados al maltrato (excluyendo el abuso sexual) y el 89% dedicados al trabajo con el abuso sexual reportaron no tener ningún programa de atención adecuado. El resto de los profesionales reportaron tener algún programa, pero dirigidos específicamente a la terapia en crisis. Uno de los aspectos más relevantes de esta investigación nos revela que de estas 8 instituciones el 52% reportaron que los casos recibidos en sus instalaciones son canalizados a la institución para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)³. Esta es la realidad de la enorme responsabilidad y actual situación social-legal que encara el DIF.

Actualmente para enfrentar el abuso, el DIF cuenta con el Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME), esta institución a su vez, se apoya en el programa de Prevención del Maltrato al Niño (PREMAN), creado en marzo de 1982 y dedicado exclusivamente a la problemática del maltrato al niño y su familia. Los servicios ofrecidos por esta entidad del INSAME están subordinados en el ámbito estatal por la Procuraduría de Defensa al Menor y la Familia. Desde enero a octubre de 1997 PREMAN recibió dos mil setecientos dos (2,702) denuncias de maltrato al menor (DIF-Numeralia, diciembre, 1997),⁴ lo que nos demuestra la magnitud de la demanda por servicios y la responsabilidad de contar con programas de atención eficaces.

El programa PREMAN cuenta actualmente con psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeras encargados de atender en forma de consulta externa a esta población. A parte de este de este programa el DIF no cuenta con otro tipo de asistencia exclusiva para el menor maltratado y tampoco cuenta aún con un sistema de albergue enfocado particularmente a la protección y atención interdisciplinaria de estos niños. Por ello, en 1997 el Dr. Carlos Rodríguez Ajenjo, entonces Director General del INSAME, propuso entre algunos nuevos revolucionarios proyectos lo que se ha

³ UNICEF/COVAC (1994-1995). Manual sobre Maltrato y Abuso Sexual a los Niños: Aspectos Psicológicos, Sociales y Legales. México, D.F., pág. II-10.

⁴ DIF-Numeralia. (Dic. 1997), pág. 4.

denominado el Programa Integral de Atención a la Infancia. En el mismo, se han decidido desarrollar nuevos programas de atención, entre ellos, "al menor maltratado a través de la creación de albergues para atender a estos ciudadanos en la plenitud de sus derechos" (citado en Rodríguez Ajenjo, sept. 1997, pág. 5).⁵

B. REALIDAD LEGAL MEXICANA SOBRE EL ABUSO INFANTIL.

Para iniciar la elaboración de este modelo se hace necesario tomar en consideración la realidad legal mexicana que enmarca y delimita el abuso infantil. Esto se debe a que nuestros esfuerzos dentro de este trabajo sugieren la creación de albergues temporales lo cual implica la obligatoria tarea de revisar las responsabilidades, autoridades y libertades del Estado sobre la tutela de los menores abusados. También se hace meritorio acordar en las definiciones de la terminología que se utilizará con respecto a los conceptos del maltrato para así brindar una mejor coordinación entre las disciplinas que se verán involucradas.

Primeramente revisemos las reglamentaciones legales internacionales sobre el maltrato y la patria potestad. La Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños fue adoptada en noviembre de 1989 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a ella se somete México como parte de los países que conforman esta organización. La misma alude en su artículo noveno a la autoridad que tienen los estados de separar al niño de sus padres en los casos de maltrato que así lo ameriten y en la necesidad y responsabilidad de permitir la continuidad de los vínculos entre padres e hijos si las legislaciones así juzgan y no está en juego la seguridad del menor.

Artículo 9 de los Derechos del Niño:

- 1. Los Estados Partes velarán porque el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal**

⁵ Rodríguez Ajenjo, Carlos. Op. Cit., pág. 5.

separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, **por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido** por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.

2. En cualquier procedimiento entablado de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones.
3. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, y de dar a conocer sus opiniones (pág. 4).⁶

Más adelante, en el Artículo 19 de esta declaración se aclaran las responsabilidades que debe tener el estado hacia el niño en todo momento.

Artículo 19:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con el objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial (pág. 6).⁷

⁶ ONU. Convención Sobre los Derechos del Niño. Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, pág. 4. El destacado es nuestro.

⁷ *Ibid.*, pág. 6.

El Artículo 20 de este Código reitera que una vez separado de sus padres el Estado debe hacerse responsable de estos niños y para ello tiene derecho de colocarlo en “instituciones adecuadas” que ofrezcan los cuidados necesarios.

Artículo 20:

1. Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en este medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado.
2. Entre estos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en hogares de guarda, la kafala del derecho islámico, la adopción, o de ser necesaria la colocación en instituciones adecuadas de protección a menores. Al considerar las soluciones, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico (pág. 7).⁸

Finalmente en el Artículo 39 de esta Declaración se especifica que el estado no sólo debe retirar al niño de su entorno maltratador y proporcionarle los cuidados pertinentes, sino que debe a su vez, ofrecerle ayuda para su recuperación y reintegración.

Artículo 39:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación o abuso; torturas u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño (pág. 13).⁹

⁸ Ibid., pág. 7.

⁹ Ibid., pág. 13.

Antes de adentrarnos en las reglamentaciones nacionales mexicanas debemos acordar la terminología común de lenguaje y los conceptos que serán utilizados por todos los profesionales y a los cuales haremos alusión al revisar las normas nacionales sobre el maltrato. Utilizaremos las definiciones legales citadas en la Ley de Asistencia Social vigente a partir de octubre de 1997. Según ésta se definen en el Título I del Capítulo Único, dentro de las Disposiciones Generales en su Artículo 3, que las agencias institucionales emplearán las siguientes descripciones:

Maltrato:

Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o la sociedad, que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo.

Maltrato Físico:

Todo acto de agresión intencional repetitivo, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control.

Maltrato Psicoemocional:

Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias y abandono que provoquen en quien las reciba, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad (pág. 22).¹⁰

Con relación a la definición de abuso sexual no contamos dentro de la Ley de Asistencia Social con algún tipo de descripción, por ello utilizaremos la definición ofrecida por Gerardo González y colaboradores de 1993 que puntualiza:

Abuso Sexual:

Es todo acto ejecutado por un adulto o adolescente sobre un niño para estimularse y gratificarse sexualmente pudiendo realizarse con o sin el consentimiento, pues son actos para los que el infante carece de la

¹⁰ Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Asamblea de Representantes del D.F. aprobada el 26 de abril de 1966 y publicada en la Gaceta Oficial del D.F., México el 8 de julio de 1997, pág. 22.

madurez y desarrollo cognitivo necesario para evaluar su contenido y consecuencia (pág. 2-29).¹¹

En el plano nacional, México ha continuado haciendo sus propios esfuerzos para proteger a la niñez del maltrato, el abuso y la negligencia desglosando varias leyes que abordan este tema. Entre estas reglamentaciones se encuentran aquellas halladas en la Constitución Nacional Mexicana, el Código Penal y el Código Civil.

La Constitución Nacional Mexicana detalla en su Artículo Cuarto que:

... toda persona tiene el derecho a determinar libremente el número y espaciamiento de sus hijos, estableciendo como condición que la decisión sea tomada en forma responsable e informada. Este mismo precepto constitucional establece que es obligación de los padres “preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental”, y señala también la obligación que tiene a su vez el estado de ser responsable de la protección de los menores a cargo de sus instituciones públicas (citado en UNICEF/COVAC, 1994-1995, pág. 6-2).¹²

Por otro lado, y adentrándonos más específicamente en el conflicto del abuso, podemos encontrar dentro del Código Penal los siguientes delineamientos que se refieren a las penas y castigos y por ende al retiro legal de los maltratadores de sus hogares y a la pérdida de la patria potestad sobre sus hijos.

Art. 261: ... se castiga con una pena de seis meses a tres años de prisión a quien sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años de edad, o la obligue a ejecutarlo. Si se hiciera uso de la violencia, la pena será de dos a siete años de prisión (citado en UNICEF/COVAC, 1994-1995, pág. 6-7).¹³

En el Artículo 262, relativo al delito del *Estupro*, se castiga:

¹¹ González, Gerardo; Azaola, Helena; Duarte, Marta Patricia y Lemus, Juan Ramón. (1993). El Maltrato y el Abuso Sexual a menores: Una Aproximación a estos Fenómenos en México. En UNICEF/COVAC (1994-1995). Manual sobre Maltrato y Abuso Sexual a los Niños: Aspectos Psicológicos, Sociales y Legales. México, D.F., págs. 2-29.

¹² UNICEF/COVAC (1994-1995). Op. Cit., pág. 6-3.

¹³ Ibid., pág. 6-7.

Al que tenga cópula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio del engaño, con una pena de tres meses a tres años de prisión (citado en UNICEF/COVAC, 1994-1995, pág. 6-7).¹⁴

A su vez, el Código Penal establece una serie de reglas comunes para los tipos penales de *Abuso Sexual y Violación* en el Artículo 266 bis, en donde se establece que:

Las penas para estos delitos se aumentarán hasta en una mitad de su mínimo y en su máximo, cuando: ... II. El delito fuere cometido por un ascendiente, éste contra aquel, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, o por el padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra del hijastro. **Además de la pena de prisión el culpable perderá la patria potestad o la tutela**, en los casos en que la ejerciere sobre la víctima.. IV. El delito fuere cometido por la persona que tiene al ofendido bajo la custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en él depositada (citado en UNICEF/COVAC, 1994-1995, pág. 6-8).¹⁵

En el conjunto de las disposiciones legales relativas al delito de *Lesiones*, no existe en la legislación mexicana un tipo penal especial para el castigo de las lesiones, es decir maltrato físico, causadas por un ascendiente contra su descendiente. En estos casos sólo se aplica la penalidad establecida más la posibilidad de que el juez imponga la suspensión o privación en el ejercicio de la patria potestad. La creación de dichas penas es recomendable.

Respecto al abandono de los niños el Artículo 335 expresa que:

... **al que abandone a un niño incapaz de cuidarse a sí mismo**, teniendo obligación de cuidarlo, se le castigará con una pena de un mes a cuatro años de prisión, si no resultare daño alguno, **privándolo además de la patria potestad o de la tutela**. El delito de abandono de hijos se perseguirá de oficio y, cuando proceda, el Ministerio Público promoverá la designación de un tutor especial que represente a las víctimas del delito ante el juez de la causa, quien tendrá facultades para designarlo (citado en UNICEF/COVAC, 1994-1995, pág. 6-8).¹⁶

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ibid., pág. 6-8. El destacado es nuestro.

¹⁶ Ibidem. El destacado es nuestro.

En cuanto a materia civil el Reglamento Gubernativo de Justicia Cívica Mexicana establece en el apartado acerca de la Patria Potestad, en su Artículo 444, que la misma se pierde:

III. Cuando por las **costumbres depravadas de los padres, malos tratamientos o abandono** de sus deberes pudiera comprometerse la salud, la seguridad o la moralidad de los hijos, aún cuando esos hechos no cayeren bajo la sanción de la ley penal ... IV. Por la exposición que el padre o la madre hicieren de sus hijos, **o porque los dejen abandonados por más de seis meses** (citado en UNICEF/COVAC, 1994-1995, pág. 6-18).¹⁷

Finalmente, en el Código de Procedimientos Civiles, en el Artículo 939, se establece que: **"Podrá decretarse el depósito de menores** o incapacitados que se hallen sujetos a la patria potestad o a tutela y que **fueren maltratados por sus padres o tutores...**" (citado en UNICEF/COVAC, 1994-1995, pág. 6-25).¹⁸

Igualmente, se aclara que cuando no hayan otras figuras diferentes a los padres, se le otorgará la tutela del menor al Estado, así lo establece la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social en el cual se señala en su Artículo Segundo que:

El Estado en forma prioritaria proporcionará servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia, entendida ésta como la célula de la sociedad que provee a sus miembros de los elementos que requieren en las diversas circunstancias de su desarrollo, y también a apoyar en su formación y subsistencia a individuos con carencias familiares esenciales no superables de forma autónoma por ellos (citado en UNICEF/COVAC, 1994-1995, pág. 6-3).¹⁹

Dentro de las personas que están sujetas a los servicios de asistencia social, el artículo cuarto de la Ley en cuestión, señala que se encuentran los "los menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos a maltrato" (citado en UNICEF/COVAC,

¹⁷ Ibid., pág. 6-18. El destacado es nuestro.

¹⁸ Ibid., pág. 6-25. El destacado es nuestro.

¹⁹ Ibid., pág. 6-3.

1994-1995, pág. 6-3).²⁰ El organismo encargado del cumplimiento de lo señalado es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Todas estas reglamentaciones aluden al hecho de que el bienestar del niño siempre debe ser velado, entre otros, por los padres y que de encontrarse el niño en situación de maltrato en cualquiera de sus formas, dentro de su hogar, el Estado tiene derecho de remover de los padres la patria potestad y que de no encontrar el Estado otro lugar adecuado donde alojar al niño es esta entidad quien deberá darle protección y cuidados. Se hace obvio en este punto exigir que sea en primer lugar el maltratador quien sea retirado del hogar, pero las demoras del sistema judicial que exponen prolongadamente al niño a mayor riesgo exigen a veces que sea el infante quien sea retirado.

Por otra parte, a pesar de todas estas normas revisadas, México no posee aún algún tipo de Código Familiar dedicado exclusivamente a proteger al menor y su familia y que aclare de forma más específica los procedimientos o requerimientos de una medida como la separación de un menor de su hogar u otras situaciones familiares como el divorcio y la adopción. Por su lado, otros países como Colombia, Brasil, Perú, Ecuador, Bolivia, y más recientemente Guatemala, República Dominicana, Honduras y Panamá han impulsado desde 1990 una fuerte corriente renovadora en este campo y han producido nuevas legislaciones integrales para la niñez y la adolescencia. Específicamente en el área del derecho penal juvenil, se ha producido una reforma sustancial y sistemática en El Salvador, Costa Rica y Panamá. Aunque con distinto grado de profundidad y acierto, "todas estas legislaciones se caracterizan por concretar en instituciones y procedimientos los principios, derechos y reglas establecidos por la comunidad internacional en el área del nuevo derecho de la niñez y la adolescencia" (citado en Giannareas, abril 1997, pág. 8).²¹

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Giannareas, Jorge. Comisión de Estudio para la Elaboración de una Legislación de Niñez y Adolescencia, Decreto Ejecutivo Panameño N° 26 del 15 de abril de 1997, pág. 8.

Según la Dra. María de la Luz Lima Malvido (abril 1997), los nuevos protocolos de trabajo que se elaboren en materia de maltrato y abuso para la reglamentación en los Estados Mexicanos deben contener en su trabajo aspectos como:

- Los responsables jurisdiccionales.
- La definición de violencia doméstica.
- Las acciones principales a seguir.
- Los requerimientos para denunciar y proceder.
- Las estrategias de información social.
- Las instancias a donde se les pueda referir.
- Las opciones legales.
- Las opciones de protección.
- Los roles de los servicios que pueden ofrecer ayuda.

En cuanto a la víctima, sería un gran aporte que legalmente las mismas puedan ser consultadas y apoyadas en:

- El impacto de la victimización.
- La decisión para proceder contra el agresor.
- La notificación del progreso que tenga el caso.
- La consulta sobre alguna negociación que haya sostenido o quiera tener con el agresor o acusado.
- El acompañamiento del niño/a a las audiencias.
- Un representante legal que vele por los derechos del niño.
- La discusión de las recomendaciones de la sentencia.
- El analizar con la víctima la sentencia.
- Los delineamientos de visitación de los padres y reglamentaciones que promuevan el mantenimiento de los vínculos familiares (págs. 190-192).²²

²² Lima Malvido, María de la Luz (abril 1997). Modelo de Atención a Víctimas en México. Impreso en los talleres gráficos de la Cámara de Diputados, México, D.F., págs. 190-192.

**MARCO TEÓRICO DE
INTERVENCIÓN CLÍNICA**

II

MARCO TEÓRICO

DE INTERVENCIÓN CLÍNICA

La construcción y propuesta de un nuevo modelo de atención nos exige establecer los conceptos teóricos que dirigirán nuestros esfuerzos y que serán los pivotes y directrices del proyecto a desarrollar.

Dada nuestra formación nos enfrentaremos primero en esta sección a delinear los conceptos que consideramos son relevantes en el plano individual dentro de la perspectiva clínica psicodinámica para darle tratamiento al maltrato. De igual forma, analizaremos brevemente los conceptos de la terapia de familia que proponemos, el enfoque sistémico-ecológico y la dificultad a la que nos enfrentamos al tratar con familias que llegan de forma no voluntaria. Seguidamente abordaremos la conjugación de todos los esfuerzos profesionales involucrados en esta problemática dentro de una perspectiva interdisciplinaria y las metodologías de trabajo propuestas para la elaboración de un modelo de atención apartado de las corrientes individualistas tradicionales.

A. VÍNCULO PARENTAL-FILIAL.

Al abordar la creación y desarrollo de albergues para menores víctimas del maltrato, nos vemos enfrentados desde un inicio al análisis del concepto del vínculo paterno filial. Esta tarea nos impone exponer las implicaciones psicológicas tanto individuales como familiares que se ven afectadas al separar al niño de su hogar.

El concepto de albergar a un niño en una institución denota una alteración del vínculo relacional entre el niño y sus padres. Dada esta situación, debemos analizarlo en sus múltiples dimensiones, ya que cualquier intervención clínica debe estar orientada a la

preservación de estos vínculos primarios y a la reparación de los mismos hasta donde sea posible.

Para dar inicio a cualquier explicación sobre este componente básico de la naturaleza humana debemos tomar en consideración la teoría de la impronta propuesta por J. Bowlby en 1969, de orden netamente biológico y que reflexiona sobre la tendencia genética a establecer lazos emocionales con una figura parental. A esta vinculación Bowlby le llamó "apego".²³

Este autor identificó de manera comprobable tres tipos de apegos. El apego seguro, en que el niño se siente que sus figuras parentales son accesibles, sensibles y están presentes para protegerle y ofrecerle consuelo. El apego ansioso, que se basa en la incertidumbre y la inseguridad y que hace que el niño sienta que los padres serán a veces accesibles y en otras ocasiones no. En estos casos se observará las amenazas de abandono y las separaciones como medio de control. Por último, está el apego ansioso-elusivo donde no hay confianza y en el que el sujeto se condiciona a ser desairado por sus figuras parentales por lo que se defienden intentando ser emocionalmente autosuficientes, desarrollando lo que Winnicot (1995) llamó "falso self" (citado en Lebovici, S., & Weil-Halpern, 1998).²⁴ Tomemos en cuenta que en cada uno de estos casos estamos aludiendo a la realidad intrapsíquica del sujeto y no a la interacción real que pueda estar llevándose a cabo.

A pesar de la concepción biológica de Bowlby sobre el vínculo, él considera que para que el bebé humano sobreviviera es necesario satisfacer más que las necesidades físicas específicas como el dar de comer, y que se necesitan constantes aproximaciones y atenciones por parte de la madre. Esta necesidad del bebé por la madre, es la más importante precondition para la satisfacción de todas las otras necesidades, más

²³ Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Vol. 1. Basic Books, Nueva York, pág. 16.

²⁴ Lebovici, S., y Weil-Halpern, F., (1998). *La Psicopatología del Bebé*. Editorial Siglo XXI, España, págs. 130-135.

específicamente es a través del amamantamiento que el bebé es fuertemente involucrado con ella. A diferencia de otros animales el infante humano se apega automáticamente a su cuidador tanto en comportamiento como en emoción. Para Bowlby (citado en Mitchell, 1988), la madre no necesita hacer nada en particular, simplemente debe estar disponible.²⁵

De igual forma el Dr. Charles Kaufman (1966), reconocido biólogo, sostiene de forma clara lo esencial que es el vínculo para la supervivencia de los organismos al expresar que: "... cada organismo es dependiente de otro por al menos parte de su vida. Esta dependencia es la base más importante de todos los sistemas evolutivos con comportamiento paterno y en sí de toda la existencia social" (pág. 3).²⁶

Tobach y Schneirla (citado en Kaufman, 1966), también biólogos contemporáneos, nos explican que biológicamente el vínculo empieza a darse debido a la atracción evocada entre el objeto-estímulo, es decir, hay características sensoriales en el objeto (organismo a) que atraen al otro ente (organismo b). A este proceso biológico se le ha denominado biotaxis. En otras palabras, la biotaxis es la reacción orientada hacia el otro organismo, como por ejemplo, tenemos el estímulo de apariencia visual del pico de los pájaros o la respuesta a la secreción química de la glándula en la mandíbula en la reina abeja sobre las abejas obreras. Obviamente, las formas más simples de organismos están limitados por su equipo neurológico y sus patrones de actuación están delimitados por su estructura y fisiología. En los organismos más avanzados, como en los mamíferos, el proceso inicial de biotaxis es más elaborado y se une con procesos más complejos del desarrollo llevándose a cabo lo que se ha denominado como psicotaxis. La psicotaxis surge a través de la integración de la maduración y las experiencias dadas por los factores de acondicionamiento, aprendizaje y formación de conceptos, entre otros. Surgen de esta forma los tipos de vínculos psicosociales donde el significado de la

²⁵ Mitchell, S., (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Editorial Harvard University Press, Boston, pág. 21.

²⁶ Kaufman, Ch. (1966). *Biologic Considerations of Parenthood*. En Anthony, E.J. y Benedek, T. (Editores), *Parenthood*. Editorial Aronson, Nueva Jersey, pág. 3.

interacción es lo fundamental y no la respuesta física inmediata frente al estímulo. Este es el caso, según Tobach y Schneirla de los humanos.²⁷ Hasta aquí hemos hecho relevantes algunas aportaciones que dan significación al concepto del vínculo desde la perspectiva biológica. Pasemos ahora a analizar la perspectiva psicológica.

Bajo la óptica psicodinámica, podemos decir que el vínculo tiene sus inicios entre los hijos y los padres desde el momento en que se hacen las concepciones imaginarias de quién será ese hijo. Desde antes del nacimiento del bebé se traen ya ciertos esquemas inconscientes del lugar que tomará el bebé y nuestra relación con respecto a él. Por un lado, hay rastros pre-conscientes, derivados de recuerdos latentes que reactivan fantasías de cómo esperamos que sea ese bebé. A esta concepción pre-consciente se le conoce en la literatura como *niño imaginario*. Por el otro lado, hay concepciones inconscientes de los deseos de maternidad surgidos desde la infancia a través de la identificación, donde se trata de ser un día como la madre y tener como ella un bebé del padre. A esta concepción se le ha llamado, *niño fantasmático* (Lebovici).²⁸

Sigmund Freud (1905) considera el amamantamiento como una de las actividades primordiales para la formación del vínculo. En "Tres Ensayos de Teoría Sexual", él nos explica a través de sus razonamientos, cómo el chupeteo es el primer intento para obtener placer a través de la satisfacción de su hambre. A la vez que la nutrición satisface esta necesidad se va erotizando la zona de los labios, los cuales formarán la primera zona erógena del cuerpo. Es a través de estos placeres que el desarrollo de la sexualidad irá emergiendo y así mismo empezarán a surgir las primeras vinculaciones importantes. Más tarde otras zonas en el cuerpo del bebé, también le traerán placer y expandirán su sexualidad.

Es claro, además, que la acción del niño chupeteador se rige por la búsqueda de un placer -ya vivenciado, y ahora recordado - ... diríamos que

²⁷ Ibid. págs. 25-27.

²⁸ Lebovici, S. (1995). Los Vínculos Intergeneracionales (Transmisión y Conflictos). Las Interacciones Fantasmáticas. En Lebovici, S., y Weil-Halpern, F. (Editores). *La Psicopatología del Bebé*, págs. 112-118.

los labios del niño se comportaron como una zona erógena, y la estimulación por el cálido aflujo de leche fue la causa de la sensación placentera. Al comienzo, claro está, la satisfacción de la zona erógena se asoció con la satisfacción de la necesidad de alimentarse ... Existen zonas erógenas predestinadas, como lo muestra el chupeteo; pero este mismo ejemplo nos enseña también que cualquier otro sector de piel o de mucosa puede prestar los servicios de una zona erógena (págs. 164-166).²⁹

Hasta el momento, nos explica Freud, la madre se presenta por primera vez como un objeto que existe como parte del bebé. Progresivamente el bebé realiza que el objeto puede perderse y asume que no existe como parte de él, empieza entonces a producir sus auto-satisfacciones a través de acciones como chuparse su dedo. Más adelante, se dará cuenta de que él no puede darse así mismo todos los placeres que necesita y busca al objeto perdido, el cual empieza a constituirse como un objeto externo. Este objeto perdido y ahora externo construirá en el bebé la formación de sus primeros vínculos:

Quando la primerísima satisfacción sexual estaba todavía conectada con la nutrición, la pulsión sexual tenía un objeto fuera del cuerpo propio: el pecho materno. Lo perdió sólo más tarde, quizás justo en la época en que el niño pudo formarse la representación global de la persona a quien pertenecía el órgano que le dispensaba satisfacción. Después la pulsión sexual pasa a ser regularmente, autoerótica, y sólo luego de superado el período de latencia se restablece la relación originaria. **No sin buen fundamento el hecho de mamar el niño del pecho de su madre se vuelve paradigmático para todo vínculo de amor.** El hallazgo (encuentro) de objeto es propiamente un reencuentro (Freud, S., 1905, págs. 202-203).³⁰

Para Freud la madre no provee únicamente el alimento de su pecho. La relación de amamantamiento además de estar cargada de erotismo provee amor y ternura. Ambos aspectos siempre estarán integrado en los futuros vínculos que establezca el niño. De tal magnitud es la importancia de estos primeros lazos. Esto queda expuesto en sus escritos de esta manera:

²⁹ Freud, S. (1905). Tres Ensayos de Teoría Sexual. Vol. VII. Amorortu editores, Argentina, págs. 164-166.

³⁰ *Ibid.*, págs. 202-203. El destacado es nuestro.

A lo largo de todo el periodo de latencia, el niño aprende a amar a otras personas que remedian su desvalimiento y satisfacen sus necesidades. Lo hace siguiendo en todo el modelo de sus vínculos de lactante con la nodriza, y prosiguiéndolos. Tal vez no se quiera identificar con el amor sexual los sentimientos de ternura y el aprecio que el niño alienta hacia las personas que le cuidan; pero yo opino que una indagación psicológica más precisa establecerá esa identidad por encima de cualquier duda (Freud, S., 1905, págs. 202-203).³¹

Quince años más tarde, Freud sigue insistiendo en la importancia del vínculo y de su elaboración. Así en 1921, en su obra "Psicología de las Masas y Análisis del Yo", destaca la importancia de este concepto al expresar:

Es verdad que la Psicología individual se ciñe al ser humano singular y estudia los caminos por los cuales busca alcanzar la satisfacción de sus mociones pulsionales. Pero sólo rara vez, bajo determinadas condiciones de excepción puede prescindir de los vínculos de este individuo con otros. En la vida anímica del individuo, el otro cuenta con total regularidad, como modelo, como objeto, auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente, psicología social (pág. 67).³²

Continuando con este análisis del vínculo, encontramos al psicoanalista de enfoque relacional-objetal, Philippe Gutton. Este analista concuerda con Freud en que la relación primaria se establece entre el funcionamiento del cuerpo biológico del lactante y los primeros desarrollos libidinales, pero aporta otro elemento esencial: la inter-relación con la libido materna. Gutton (1983) nos propone la formulación de que la madre pone en juego sus propias pulsiones, su propio deseo sexual y así como la madre es objeto para el niño, el niño es objeto para la madre y de eso depende el tipo de cuidado y afecto que ella pueda proveerle. Su hipótesis se presenta "como el principio básico de la metodología con el cual se propone ligar los datos del inconsciente materno con los

³¹ Ibidem. El destacado es nuestro.

³² Freud, S., (1921). Psicología de las Masas y Análisis del Yo. Volumen XVIII. S.F. Obras Completas. Amorrortu editores, Argentina, pág. 67.

comportamientos del lactante, imaginando la existencia de un continuo entre la libido materna, la de su bebé y, ulteriormente, la de su hijo" (págs. 26-27).³³

D.W. Winnicott (citado en Mitchell, 1988) continúa con la línea objetal y hace otro importante aporte al estudio de este primer vínculo. Winnicott considera que la madre no sólo aporta sus propios deseos sexuales al niño sino que le refleja a través de su mirada el quién es, cuál es su apariencia, cuál es su ser. En otras palabras, trae el mundo al infante.³⁴ Es esta la primacia, la grandeza y la importancia tan perdurable que tiene el vínculo.

Para otros psicólogos del enfoque objetal, las relaciones sociales, y por ende los vínculos, no son vistos como un hecho que prosigue a las funciones biológicas como la sexualidad y la agresividad, sino que se posiciona como un hecho existente anterior a la relación biológica. Las relaciones sociales son en sí percibidas por estos analistas como procesos biológicamente programados. Stephen Mitchell critica el concepto de pulsiones de Freud como fuerza promotora del vínculo. Este psicoanalista considera que si el vínculo fuese un resultado de las vicisitudes biológicas de los impulsos, entonces el bebé necesitaría aprender a relacionarse con su madre. Es decir, el bebé tendría necesidades biológicas, pero sólo sería consciente de que pueden ser satisfechas si una figura lo buscara a él para satisfacerlo. Por el contrario, argumenta Mitchell (1988), el bebé está biológicamente programado para buscar una intensa interacción.³⁵

Adentrándonos ahora al análisis del vínculo dentro de la fenomenología del abuso, para estudiar la continuación y sustentación del mismo, Fairbairn, exponente de la teoría objetal, ha tratado de analizar por qué los niños abusados por sus padres, a pesar de la relación dolorosa que sostienen, prefieren permanecer con ellos y serles leales al vínculo.

³³ Gutton, P. (1983) El Bebé del Psicoanalista: Perspectivas Clínicas. Amorrortu editores, Argentina, págs. 26-27.

³⁴ Mitchell, S. Op. Cit., pág. 32.

³⁵ Ibid., págs. 20-23.

Fairbairn (citado en Mitchell, 1988) argumenta que según el enfoque freudiano el ser humano es esencialmente hedonista y busca maximizar el placer y minimizar el dolor, lo cual no sustenta la explicación del mantenimiento del vínculo en las situaciones de maltrato. Podríamos pensar en primer lugar que la primacía e intensidad del vínculo sobrepasa cualquier dolor influido por el objeto, pero antes de llegar a esta conclusión tratemos de analizar el punto de vista de Fairbairn desde la perspectiva freudiana para responder a esta argumentación.

Primeramente vemos que el conflicto de mantener vinculaciones dolorosas fue un tema que preocupó a Freud (1920), así se percata en "Más Allá del Principio del Placer" al expresar:

Pero entonces debemos decir que, en verdad, es incorrecto hablar de un imperio del principio de placer sobre el decurso de los procesos anímicos. Si así fuera, la abrumadora mayoría de nuestros procesos anímicos tuviesen que ir acompañada de placer o llevar a él; y la experiencia más universal refuta enérgicamente esta conclusión. Por tanto, la situación no puede ser sino esta: en el alma existe una fuerte tendencia al principio del placer, pero ciertas otras fuerzas o constelaciones la contrarian, de suerte que el resultado final no siempre puede corresponder a la tendencia al placer (pág. 9).³⁶

Para intentar resolver esta problemática y entender cómo no en todos los casos el principio del placer parece prevalecer, Freud retoma y propone varios conceptos: el del principio de la realidad, la compulsión a la repetición, la represión y la pulsión de muerte.

Primeramente, el ser humano a través del principio de la realidad trata de soportar el displacer y postergar el placer suponiendo que posteriormente podrá recibirlo. En las palabras de Sigmund Freud, el sujeto "...sin resignar al propósito de una ganancia final de placer, exige y consigue posponer la satisfacción, renunciar a diversas posibilidades de lograrla y tolerar provisionalmente el displacer en el largo rodeo hacia el

³⁶ Freud, S. (1920). Mas Allá del Principio del Placer. Vol. XVIII. S.F. Obras Completas. Amorrortu editores. Argentina, pág. 9.

placer" (Freud, S., 1920, pág. 10).³⁷ Aún así, él realiza que el ser humano repite de forma compulsiva actos que le traen dolor y que no traen una satisfacción posterior. Además, no encuentra otra forma de explicar esta situación más que resolviéndola mediante el concepto de la pulsión de repetición, el cual va más allá del principio del placer. Asimismo Freud argumenta que: "...lo que resta es bastante para justificar la hipótesis de la compulsión de repetición, y esta nos aparece como más originaria, más elemental, más pulsional, que el principio de placer que ella destrona" (Freud, S., 1920, pág. 23).³⁸ Según él, el displacer experimentado de estas relaciones no es más que la incapacidad de reprimir todas las pulsiones sexuales que atacan al *yo*, dado que para este analista las pulsiones que emergen sin ser reprimidas son experimentadas como displacenteras.

Por otro lado, Freud concluye que para sostener y repetir una situación dolorosa debe de haber una pulsión que busca siempre reproducir algo anterior. Para lo vivo esto sería lo muerto, así lo expresa al escribir que "...la meta de toda la vida sería la muerte; y retrospectivamente: lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo" (Freud, S., 1920, pág. 38).³⁹ De esta forma, este sería otro intento para explicar el por qué el ser humano busca y se mantiene en situaciones y relaciones que le causan dolor y lo destruyen.

Retomando entonces el argumento de Fairbairn, anteriormente expuesto, consideramos que las reflexiones de Freud para dar explicación a la lealtad de los vínculos entre padres abusadores y sus hijos es una explicación "...más bien económica que no está ni dentro ni más allá del principio del placer" (citado en Mitchell, 1988, pág. 38).⁴⁰

Fairbairn por su lado, se responde a si mismo que la única manera de analizar este conflicto es proponiendo que la libido no es la buscadora del placer, sino que el objeto es el buscador de placer dejando por fuera un conflicto interno superior. Según él, la

³⁷ Ibid., pág. 10.

³⁸ Ibid., pág. 23.

³⁹ Ibid., pág. 38.

⁴⁰ Mitchell, S. Op. Cit., pág. 38.

necesidad del niño abusado no es la de satisfacer una pulsión de placer, al interactuar con sus padres, sino de mantener una intensa relación con otra persona. Esto sustenta nuestra sugerencia de que Fairbairn alude a la supremacía del vínculo sobre cualquier relación dolorosa. En sus palabras:

Si los progenitores dan oportunidades de experiencias placenteras, el placer es buscado no como un fin en sí, sino como un vehículo de la interacción con otros. Si sólo experiencias dolorosas son dadas, el niño no se rinde de buscar experiencias placenteras en otros lados pero busca, el dolor como medio de interacción con el otro que le es importante... el niño busca conectarse compulsivamente al carácter patológico de los padres, sea este depresivo, agresivo o sensual pues es a través de este tipo de vínculo que el niño siente que sus padres residen emocionalmente. (en Mitchell, 1988, pág. 27).⁴¹

Tilman Furniss (1991) analiza la dinámica del abuso sexual y concluye que el mismo ocurre porque se alivia una tensión psíquica lo cual trae la satisfacción del placer consigo. Puede que el abusador sienta culpa e imagine el daño que puede estar ocasionándole al chico pero esto no le es suficiente para detener el maltrato. Furniss considera que es éste aspecto egosintónico el que excita al abusador, en él la ratificación sexual posterior bloquea la realidad y las funciones del yo creando un círculo repetitivo inconsciente.

A su vez, este analista considera que en el maltrato físico los aspectos egosintónicos no están presentes de la misma forma, aunque en ambos existe el alivio de la tensión y la gratificación del placer. Según él, sólo en un pequeño número de casos de maltrato logramos observar abiertamente un placer sádico en el proceso.⁴²

Hasta aquí hemos hecho un análisis de la significancia que tiene el vínculo entre el niño con sus primeros objetos, especialmente con la madre a través del amamantamiento y comprendemos de algún modo su sobrevivencia y fortaleza aún

⁴¹ Ibid. pág. 27. El destacado es nuestro.

⁴² Furniss, Tilman (1991) *The Multiprofessional handbook of Child Sexual Abuse: Integrated Management, Therapy and Legal Intervention*. Editorial Routledge, Nueva York, N.Y., págs. 32-33.

durante el abuso. Nos atañe ahora adentrarnos a estudiar las particularidades del vínculo con la figura paterna.

La función del padre no ha sido tan ampliamente sustentada en la literatura como la función materna. Algunos autores conceptualizan la función paterna como un auxiliar de la madre en los cuidados del niño o la niña y en algunos casos como el sustituto de ella, específicamente en los primeros momentos de la vida. De la información conocida derivada de los estudios de Pederson y Robson en 1969 (citados en Neubauer, 1989), podemos extraer que es a partir del octavo mes que el bebé tiene la capacidad de formar vínculos diferentes con ambos padres.⁴³ Esta época coincide con la etapa de individuación-separación. El hecho de que el bebé sea capaz de formar estos dos vínculos, dado que las dos figuras estén presentes, refuerza la capacidad del niño de diferenciarse del objeto. Otros estudios indican que las madres llevan a cabo funciones de cuidado o consuelo y el padre tiende más al aporte de la activación y estimulación del bebé a través de actividades como el juego.⁴⁴

Así como la vinculación con la madre inicia en el momento del amamantamiento, podemos considerar que la función del padre y la vinculación de este con su hijo se fortalecen realmente en un momento posterior, durante el establecimiento del Complejo de Edipo. La ausencia de la función paterna durante esta etapa puede dificultar el proceso vinculatorio al igual que el surgimiento de las identificaciones que se sedimentan durante el mismo. Por ejemplo, un padre ausente puede llegar a ser idealizado lo cual puede llevar a crear una representación falsa del mundo del niño y de sus figuras masculinas. Puede además, hacer surgir un sentimiento de agresión hacia esta figura ausente, tanto como hacia la figura que permanece, sentimiento que puede volverse reprimido y por ende, inconsciente (Neubauer, 1989).⁴⁵ Estos puntos son importantes

⁴³ Neubauer, P. (1989). *Father as Single Parentes: Object Relations Beyond Mother*. En Cath, S., Gurwit, L y Ginsburg, L. (Editores), *Father and Their Families*. Analytic Press, Nueva Jersey, pág. 70.

⁴⁴ *Ibid.*, pág. 69.

⁴⁵ *Ibid.*, pág. 64.

tomarlos en cuenta para ir dirigiendo nuestros esfuerzos de atención dentro de la problemática del maltrato.

Aproximándonos a este asunto desde el enfoque lacaniano, la presencia del padre como figura real no es necesaria para la estructuración edípica ya que para Lacan, según la interpretación de Hugo Bleichmar (1984), una estructura edípica es "...una organización caracterizada por posiciones o lugares vacantes que pueden ser ocupados por distintos personajes... dado que en realidad no se trata de valores fijos o lugares vacantes que se definan de por sí, sino que cada uno es función del otro personaje" (pág. 24).⁴⁶ Así, podemos asumir que el vínculo como tal para que se forme necesita de figuras que llenen estas funciones pero, que no son necesariamente las figuras parentales reales.

Amerita ahora, para finalizar nuestro análisis del vínculo, considerar la vasta literatura y estudios que han investigado las consecuencias sobre el desarrollo del niño dada la separación del chico con sus figuras vinculares, tal como ocurre en el caso de nuestra propuesta de trabajo.

El vínculo puede afectarse de varias maneras, ya sea que se trate de una privación o de una separación.* Si bien es cierto que abunda en la literatura una vasta cantidad de investigaciones y reportes sobre los efectos a corto plazo (primero tres [3] años de vida), para los fines de este estudio, nos limitaremos a revisar algunas consecuencias que las experiencias tempranas de vida pueden tener en el desarrollo posterior, a riesgo de ser simplistas, ya que no es posible establecer límites claros entre los efectos a corto y a largo plazo. Debemos inicialmente aclarar que existe una amplia sustentación de investigaciones con animales (Ganz, 1968; Lindsley & Riesen, 1968; Rosenzweig,

* NOTA: Entiéndase por privación la pérdida de asistencia materna de forma permanente; la privación es una falta temporal de la función materna y separación es un alejamiento físico que puede o no implicar la ruptura de los vínculos con la asistencia materna.

⁴⁶ Bleichmar, Hugo (1984). Introducción al Estudio de las Perversiones: La Teoría del Edipo en Freud y Lacan, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, pág. 24.

Bennett & Diamond, 1967, citados en Rutter, 1990), donde resulta convincente concluir, aún para la especie humana, que la importancia relativa de las influencias tempranas y posteriores resultan del tipo y de la gravedad de las experiencias vitales en cada edad, de la función del desarrollo implicada y de la especie animal.⁴⁷

Antes de continuar nos es imperativo diferenciar las experiencias de separación para considerar los efectos a largo plazo en tres apartados: las separaciones breves con la asistencia materna proporcionada por una o varias figuras, las separaciones temporales que duren al menos varias semanas y las separaciones definitivas.

Considerando las separaciones breves como las que pueden darse entre una madre y sus hijos cuando trabaja largas jornadas fuera de casa, existe la creencia popular que los hijos de estas madres se tornan delincuentes o revelan perturbaciones psiquiátricas pero las investigaciones señalan que esto no es así. De igual forma, los estudios (Burchianal & Rossman, 1961; Siegal & Haas, 1963; Stolz, 1960, citados en Rutter, 1990) indican que los niños no padecen por tener varias figuras maternas, como es el caso de infantes cuidados por abuelas y niñeras, mientras que cada una de estas le proporcione relaciones estables y buenos cuidados. Sin embargo, estos mismos estudios confirman que una situación donde la figura materna cambia continuamente, de modo que el niño carezca de la oportunidad de formar una relación con cualquiera de ellas, puede ser nociva.⁴⁸

Con respecto a las separaciones temporales cuando las mismas se den como resultado de una tensión o discordia familiar, podremos asociar esta separación a perturbaciones antisociales en los niños. En un estudio realizado por Rutter en 1961, se encontró que los niños admitidos durante breves períodos de tiempo, bajo la asistencia de una autoridad local, muestran desviaciones y perturbaciones. A su vez, debemos considerar que este mismo grupo de niños ha padecido una situación social y biológica desventajosa desde el nacimiento y puede que su separación provisional del hogar no sea

⁴⁷ Rutter, M. (1990). La Deprivación Materna. Editorial Morata, Madrid, pág. 68.

⁴⁸ *Ibid.*, pág. 70.

más que un pequeño episodio en una larga historia de perturbadoras experiencias vitales. El retraso en el lenguaje y/o intelecto en caso de existir, no aparecen como rasgos de los niños separados en ningún estudio.⁴⁹

En cuanto a las separaciones prolongadas o permanentes las cosas parecen ser diferentes. Son numerosos los trabajos que muestran una asociación entre hogares rotos y delincuencia (Wootton, 1959; Yarrow, 1961, 1964, citados en Rutter, 1990), sin embargo, es importante que analicemos si la ruptura del hogar es tan sólo un episodio en una larga historia de disfunción familiar u otras causas como la muerte. Según Douglas, Ross y Simpson 1968; Gipson 1969, y Gregory 1965, son sólo los hogares desintegrados por discordias familiares los que revelan una fuerte asociación con la delincuencia. (citados en Rutter, 1990).⁵⁰

Al referirnos a los estudios sobre la asistencia infantil (trátase de albergues, hospitales, guarderías, etc.) que en algunos casos es proporcionada y en donde ocurre una separación temporal o prolongada, hay una gran variedad de investigaciones que apuntan hacia la importancia del tipo y calidad de la asistencia infantil. Varios estudios como los de Ainsworth 1962, Dennis 1960, Ferguson 1966 y Yarrow 1961 (citados en Rutter 1990) han documentado retraso en el lenguaje, inteligencia escasa y perturbaciones conductuales en niños criados en instituciones, pero esto ha sido en tan sólo en aquellos niños que provienen de instituciones donde no se les ha provisto de actividades para el desarrollo motor, sensorial y social.⁵¹ Igualmente el proporcionar un progenitor sustituto a los niños acogidos en albergues contribuye a su adaptación social, pero esto no influye en el desarrollo intelectual. Workind (1971) encontró menor perturbación en la conducta de los niños de instituciones cuando habían estado al menos con la misma asistente de forma continua (citado en Rutter 1990).⁵² Para otros investigadores como Caldwell y

⁴⁹ *Ibid.*, pág. 72.

⁵⁰ *Ibid.*, pág. 73.

⁵¹ *Ibid.*, págs. 75-76.

⁵² *Ibid.*, pág. 78.

Becker (1964) los métodos institucionales y las técnicas de disciplina parecen tener poca importancia en el desarrollo de perturbaciones en los niños (citado en Rutter 1990).⁵³

De suma importancia deben ser los estudios de Goldfard (1943), Roudinesco y Appell (1951) que concluyen que en cuanto más prolongada es la estancia en la institución, mayor es el déficit cognitivo y más grave es la perturbación emocional y de la conducta. Estas mismas conclusiones han sido halladas en estudios en niños en su propio hogar (citado en Rutter 1990).⁵⁴ Por otro lado, si estos niños han ingresado a instituciones durante la primera infancia y permanecen allí al menos hasta los tres (3) años están en una situación menos conveniente frente a la formación de vínculos que aquellos que entran a las instituciones provenientes de sus hogares. Los primeros, presentaron incapacidades para someterse a las reglas, carecen del sentido de culpa, anhelo de afecto e ineptitud para establecer relaciones duraderas. Igualmente otros estudios (Pringle y Bossio, 1958, citados en Rutter 1990) reflejan que mientras mayor edad de ingreso tiene el niño menor será el retraso cognitivo y lingüístico.⁵⁵

Para concluir Rutter nos señala que a través de esta extensa gama de estudios e investigaciones se indica que la separación madre-hijo no es en sí misma causa importante de una seria perturbación a largo plazo sino la falta de la sustentación de vínculos con ella u otras personas durante la separación la que puede provocar perjuicios. Igualmente afirma que si la institución tiene un buen nivel de estimulación cognitiva y una adecuada asistencia no debería haber connotaciones negativas intelectuales.

A diferencia de estas conclusiones sobre los efectos cognitivos e intelectuales y los efectos emocionales en la separación de la figura vincular, la ruptura de vínculos tiene una correlación fuerte con conductas delictivas y antisociales como lo mencionamos anteriormente. Esto tiene implicaciones importantísimas para la asistencia de niños en instituciones, por lo que los supervisores encargados de los centros institucionales deben

⁵³ Ibid., pág. 74.

⁵⁴ Ibid., pág. 79.

⁵⁵ Ibid., págs. 79-81.

realizar todos los esfuerzos posibles para asegurarse que los profesionales y paraprofesionales que conviven con los niños tengan una interacción positiva y estable con cada uno para poder estimular el establecimiento de vínculos sanos y evitar así los detrimentos emocionales. Para Pringles y Bossio (1958) si el niño ha podido experimentar la formación de vínculos anteriormente a su ingreso al centro, le será más fácil adaptarse posteriormente. Así, los efectos de la ruptura del vínculo o la imposibilidad de establecer nuevas relaciones están condicionados a la situación particular de la procedencia del niño y el manejo que se le dé en la institución.

Es por todo esto que Untalan y Mills (1992) nos aconsejan:

- Hasta donde sea posible mantener al niño con su familia.
- Cuando sea necesario separar al niño de su hogar debe ser de forma temporal y en un solo lugar.
- Mantenerse un contacto directo y personal de forma regular entre el niño y su familia para asegurar su reunificación.
- Se debe intentar establecer relaciones interpersonales saludables y cercanas con el niño durante su estadía en el lugar donde se le establezca (pág. 30).⁵⁶

Comprendemos la importancia de proteger al niño llevándolo a un albergue cuando no existen maneras más seguras de protegerlo, cuando la ley tarda en darle esta seguridad o una madre o padre fallan en sostenerla. Pero es más bien el cómo llevemos a cabo esta separación y el trabajo terapéutico que podamos realizar con este menor y su familia desde un ambiente protegido lo que hará la diferencia entre la continuación del daño a través de la institucionalización o el aprovechamiento de darle al niño una ayuda durante este período. Rodríguez, Barbagelata, Brun, Gastañaga, Ruano y Vicente (noviembre 1995) piensan que "...la separación de los niños de su hogar detiene un aspecto parcial del proceso del abuso, el más visible o llamativo, pero la historia continúa y la institucionalización y sus efectos de no ser apropiadamente manejados, sólo

⁵⁶ Untalan F., Mills, C. *Interdisciplinary Perspectives in Child Abuse and Neglect*. Editorial Praeger. Nueva York, N.Y., pág. 30.

continuarán todos los otros aspectos del maltrato que aún siguen sin resolverse” (pág. 10)⁵⁷.

De una manera u otra, y como hemos visto, los vínculos de estos chicos con sus progenitores y familiares son importantes y necesarios en su vida emocional. Es por ello, que como profesionales debemos considerar las relaciones que pueden o deben ser mantenidas para trabajar en la reconstrucción de estos vínculos y lograr mantenerlos a pesar de que estén deteriorados. Por otro lado, aquellos que se han quebrantado irreparablemente debemos darles una adecuada elaboración emocional. Como bien citó Freud en 1920 a Abu Hariri: “*Lo que no puede tomarse volando hay que alcanzarlo cojeando... La Escritura dice: cojear no es pecado*”.⁵⁸

B. LA PROHIBICIÓN DEL INCESTO.

Otro de los conceptos clínicos que consideramos necesario analizar dentro de la problemática del maltrato, es la importancia de la instauración de la prohibición del incesto para la estructuración del psiquismo. El mismo es un aspecto vital que se ve transgredido y afectado dentro de la sexualidad del menor abusado especialmente en los casos donde el abuso ocurre dentro de los lazos familiares. Debemos aclarar que a lo largo de esta sección consideraremos a la ley de la prohibición del incesto como la no-transgresión de la sexualidad del menor en todos sus aspectos.*

NOTA: * Entiéndase por abuso sexual el contacto entre un adulto y un niño menor de 18 años en donde el niño es utilizado para la gratificación sexual del adulto. Este contacto incluye insinuaciones sexuales verbales, demostraciones de partes íntimas por parte de la víctima o abusador, tocamiento, sexo oral, penetración, etc.

⁵⁷ Rodríguez, A., Barbagelata, N., Brun, T., Gastañaga, J. L., Ruano, M. J., Vicente, C., (noviembre 1995). El Vínculo Paterno-Filial: Prevención del Maltrato y Abuso Sexual. XVI Congreso Nacional de Terapia Familiar. Valencia, España, pág. 10.

⁵⁸ Freud, S. (1920). Op. Cit. (Más Allá del Principio del Placer), pág. 62.

Debemos estudiar principalmente los orígenes y funciones de la prohibición del incesto para entender la importancia y consecuencias de su transgresión sobre el psiquismo del niño. Los estudios sobre los orígenes y mantenimiento de la prohibición del incesto han sido llevados a cabo por una gama de diversas disciplinas científicas para tratar de explicarnos la razón por la cual esta regla existe y que tiene tanto impacto y significación en casi todas las culturas. En nuestra investigación de diversos estudios encontramos que la prohibición del incesto puede existir para cumplir con los siguientes papeles (Immerman & Mackey, 1997):

- 1). Fungir como mecanismo para evitar que la reproducción entre familiares dé como resultado anomalías genéticas (e.g., Fox, 1967, 1980; Shepher, 1983).
- 2). Funcionar como un producto del instinto humano (e.g., Lowie, 1920).
- 3). Prever la rivalidad sexual dentro de la familia (e.g., Kluckhorn, 1949).
- 4). Servir de medida para aminorar la confusión de roles dentro de la familia (e.g., Davis, 1949).
- 5). Ser herramienta para la formación de alianzas extra-familiares, es decir, como impulsor de la exogamia (e.g., Levi-Strauss, 1963; Tyler, 1889.⁵⁹

El problema de la prohibición del incesto también preocupó a Freud y es un concepto al que puso mucha atención y elaboración al analizar sus orígenes y funciones, así lo expresa en "Totem y Tabú" (1913). En este escrito afirma que "No basta explicar la fobia del incesto por una aversión de las relaciones sexuales entre parientes cercanos, es decir, por el hecho mismo del horror al incesto" (Tomo II, pág. 1825).⁶⁰ Para Freud, la prohibición del incesto va más allá de la aversión social que existe hacia ella, tiene funciones esenciales para el establecimiento del psiquismo humano ya que entre otras

⁵⁹ Immerman, R.S. & Mackey, W.C. (1997). *An Additional Facet of the Incest Taboo: A Protection of the Mating-Strategy Template*. *Journal of Genetic Psychology*, 158 n:2, págs. 151-165.

⁶⁰ Freud, S. (1913). Totem y Tabú. *S.F. Obras Completas*, Editorial Biblioteca Nueva Madrid, España, Tomo II, pág. 1825.

razones los primeros deseos sexuales del hombre son incestuosos y desempeñan un papel importantísimo en la instauración de la represión y del inconsciente.

A través de su razonamiento en "Tótem y Tabú", recurre al análisis de la existencia y transmisión del tabú del incesto para encontrar alguna explicación bajo la óptica psicológica de la existencia de este fenómeno. Su escrito agota todos los conocimientos antropológicos y científicos de las épocas anteriores y presentes a él concluyendo que ninguno de los razonamientos expuestos, a pesar de dar luz al problema, es suficientemente exhaustivo ni hace alusión a la importancia que esta ley tan fundamental tiene sobre el desarrollo psíquico del individuo y su salud mental.

Sigmund Freud sólo encuentra respuesta a las razones psíquicas de la instauración de esta ley haciendo referencia a su trabajo "Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años" (1909). A lo largo de este escrito él encuentra que el proceso de Edipo da explicación psicológica a la existencia de los dos tabúes principales que existen dentro de las sociedades:

... los dos mandamientos capitales del totemismo, esto es, las dos prescripciones tabú que constituyen su nódulo, o sea la prohibición de matar al tótem y de realizar el coito con una mujer perteneciente al mismo tótem, coincidirán en contenido con los dos crímenes de Edipo, que mató a su padre y casó con su madre ...esto es, nos permitirá hacer verosímil la hipótesis de que **el sistema totémico constituye un resultado del complejo de Edipo...** (Freud, S., 1913, Tomo II, pág. 1825).⁶¹

Según Freud, a partir del primer tiempo del Complejo de Edipo el padre interviene entre la madre y el hijo para evitar el intenso deseo de fusión entre ambos, esta sería una primera función de este proceso donde se inicia la prohibición sexual. Esta prohibición tiene matices de mayor complejidad cuando nos referimos a la niña, donde también existe una fusión inicial con la madre pero que se rompe, según Freud, no a causa del padre, sino a la realización de la niña de que ella al igual que su madre debe haber perdido su pene debido a que su madre lo permitió y rechaza por ello a su madre. El odio hacia ella

⁶¹ Ibid., págs. 1831-1832. El destacado es nuestro.

surge y el amor de la niña se vuelca hacia el padre. En este momento, el padre que tiene instaurada la ley contra el incesto no permitirá que la hija se fusione con él, y no permitirá que el tabú se transgreda. Es de esta forma como se va sembrando la prohibición desde las edades más tempranas.

Así, durante el proceso del Edipo se logran sepultar los deseos incestuosos hacia los progenitores temiéndose la represalia que se pueda sufrir ante los mismos. Surgen de esta prohibición, las identificaciones que intentarán lograr que el niño posea algunas cualidades de este rival para quizás, algún día, poder poseer él mismo su propio objeto sexual y se derivarán otras identificaciones que le ayudarán a hacer elección inconsciente de su propia sexualidad. A su vez se da paso al *superyo* (el Ideal del Yo) que estructurará al sujeto.

Una vez fundado el Complejo de Edipo el mismo debe ser mantenido de alguna forma, y así como una vez lo que prohibió el incesto fue el horror al padre o a la madre, así posteriormente la sociedad se encargará de representar a la figura castigadora a través de sus leyes y amenazas de "contagio" y rechazo del transgresor. Todos estos son algunos de los aspectos resultantes de la prohibición de las relaciones sexuales entre padres e hijos necesarias para la estructuración de un psiquismo saludable.

Otro aspecto importante que debemos analizar es el de la sobrecarga sexual que se depositaría sobre el menor al exponerlo ante impulsos sexuales para los cuales no está preparado. Aunque el ser humano sea fisiológicamente capaz de participar en una actividad sexual, su capacidad emocional sólo le permitirá elaborar cierta carga erótica y le será difícil o imposible elaborar aquellas que representan una sobrecarga, como lo es el establecer relaciones sexuales a temprana edad y con figuras vinculares que deberían más bien ayudar a formar procesos esenciales del desarrollo psíquico como la represión, la individuación, la identidad sexual y las identificaciones. Por ello, y desde este punto de vista, las consecuencias que esta transgresión tiene sobre la psique del niño puede desembocar en dificultades que oscilan desde las neurosis hasta llegar a las psicosis.

Al referirse Freud (1996) a las causas para el desarrollo de las neurosis concluye que entre éstas están las explicaciones etiológicas, las cuales pretenden explicar las mismas como perturbaciones a la economía nerviosa a través de la vida sexual. Principalmente la histeria y la neurosis de obsesión son desenlaces "...de un acontecimiento del cual el sujeto ha guardado el recuerdo inconsciente... una experiencia de relaciones con irritación efectiva de las partes genitales, resultante de un abuso sexual practicado por otra persona y el período de la vida que encierra este acontecimiento es la niñez temprana" (Vol. III, pág. 151).⁶² Siguiendo su análisis "...justamente por ser infantil el sujeto, la irritación sexual precoz produce un efecto nulo o escaso en su momento, pero se conserva su huella psíquica. Luego cuando en la pubertad se desarrolle la reactividad de los órganos sexuales hasta un nivel casi inconmensurable con el estado infantil, de una manera u otra habrá de despertar esta huella psíquica inconsciente" (Vol. III, pág. 153).⁶³

Desde Lacan la instauración de la ley de la prohibición del incesto es aclarada a través de las diferentes instancias en que intercede el padre. Procederemos a hacer una breve revisión de estos tiempos en sus tres fases: en un primer momento el niño y la madre se encuentran en una diada donde el niño es el Yo Ideal y donde él cree satisfacer y llenar completamente la falta de la madre y la madre a su vez, es la Ley del Deseo que crea y satisface al infante. Desde la ideología lacaniana, el hijo completa lo que a ella le falta, el bebé es el falo simbólico y ella una madre fálica. En un segundo tiempo, el padre entra como figura prohibitiva y castigadora que evita que se sigan fusionando la madre y su hijo y lleva a cabo la castración simbólica. Esta castración significa para la madre el dejar de ser la Ley del Deseo y para el hijo, el dejar de ser el falo de su madre, entendiéndose así que el falo no se *es* sino que se *tiene* o no y que puede perderse. Realiza que él y su madre están sometidos a un orden exterior. En este tiempo este padre castigador es un padre a quien no le falta nada, él es el poseedor del falo. En un tercer tiempo, el niño comprende que el padre también puede perder el falo lo cual deduce por

⁶² Freud, . (1896). La Herencia y la Etiología de las Neurosis. S.F. Obras Completas, Amorrortu editores. Vol. III, pág. 151.

⁶³ *Ibid.*, pág. 153.

el hecho de que el padre también está inclinado a ser encontrado por el deseo de la madre y por tanto él también posee una falta. El padre deja así de ser el falo y pasa a tener o no el falo. El padre deja de ser la ley sólo para representarla. El padre de este tiempo es conocido como Padre Simbólico. Lo importante que tenemos que señalar de este proceso es que a través del mismo el niño se ha visto inevitablemente empujado a chocar y a aceptar “el hecho de que cada cual está siempre sometido a la Ley del Deseo del Otro” (Dor, 1989, pág. 31-51).⁶⁴

Desde este enfoque sería conveniente preguntarnos qué significaría el incesto dentro del triángulo edípico. En tal caso Serge Leclaire (1978) nos dice:

... la relación incestuosa es la anulación o el escamoteo del límite. Si ya no hay límite, ya no hay cuerpo erógeno, ya no hay lo que separa un cuerpo erógeno de un cuerpo biológico, ya no hay esa articulación posible, ya no hay el impacto posible o el posible ejercicio de la función escindente, es decir, de la función del Padre (págs. 64-65).⁶⁵

Su análisis de la transgresión de la prohibición del incesto tiene como punto de referencia el análisis del incesto en la relación del niño con la madre, teniendo como resultado el *goce* y el desvanecimiento de los límites entre madre e hijo. Entendamos que el *goce* es un término lacaniano que tiene sus referencias en la perspectiva freudiana. Así lo encontramos en el momento en que Freud se cuestiona sobre lo que hay “Más Allá del Principio del Placer”. En Freud, el *goce* sería la anulación completa de todas las tensiones, de todo placer absoluto (el Nirvana), el cual es promovido por el concepto de pulsión de muerte. De esta forma Leclaire expresa:

Llegamos ahora a lo que constituye el problema mismo de la relación incestuosa, es decir, la relación de goce sexual con la madre... el placer es una forma moderada de eclipse momentáneo del límite, pero no es más que el placer y todo el circuito del deseo que vuelve a ponerlo en juego.

⁶⁴ Dor, Joël (1989). El Padre y su Función en Psicoanálisis. Editorial Nueva Visión, Argentina, págs. 31-51.

⁶⁵ Leclaire, Serge (1978) Para una Teoría del Complejo de Edipo: Seminarios de Vincennes, 1969. Editorial Nueva Visión, Argentina, págs. 64-65.

El goce hablando con propiedad, en tanto inaccesible, en tanto realidad, en tanto imposible, es exactamente eso, la abolición del límite (Leclaire, 1978, págs. 64-65).⁶⁶

Leclaire se pregunta ¿cuáles podrían ser los efectos clínicos en un sujeto que ha tenido este tipo de experiencia incestuosa en la edad edípica y qué efectos puede tener en el infante el haber tenido acceso al goce? Su razonamiento al respecto es el siguiente:

Se puede decir que está atrapado allí y que ya no podrá salir, o que le costará mucho trabajo hacerlo... y esa es la causa de que toda su vida libidinal haya quedado profundamente afectada... Estos sujetos de una u otra manera, pasarán su vida amorosa, su vida libidinal de adultos, tratando de reconstruir muros, límites, tratando de restablecer algo que haga las veces de límites o reasegurando o reparando esta brecha que se habría producido en el límite, que es el único que garantiza la inaccesibilidad del goce, del goce respecto de la madre. Todos esos sujetos, buscan el límite, tratan de reconstruirlo y al mismo tiempo de transgredirlo (Leclaire, 1978, págs. 65-66).⁶⁷

Por otro lado, para confirmar los efectos del quebrantamiento de la prohibición del incesto debemos referirnos ahora a múltiples estudios descritos por Green en 1993 que han investigado las consecuencias del abuso sexual, utilizando el término en su más amplia concepción. Estos estudios podemos agruparlos según la sintomatología encontrada en los niños o niñas abusados.⁶⁸

Las investigaciones de Browning y Boatman 1977; Kempe y Kempe 1978; Lewis y Sarrel 1969 (citados en Green, 1993) han descrito síntomas ansiosos como una secuela inmediata o a corto plazo del abuso sexual. La emergencia de esta ansiedad se ve plasmada en dificultades al dormir, insomnio, pesadillas y somatizaciones. En 1985, Goodwin plantea la posibilidad de que los niños abusados sexualmente sufren de estrés post-traumático y presentan los síntomas de esta alteración emocional (recuerdos

⁶⁶ Ibidem.

⁶⁷ Ibid., págs. 65-66.

⁶⁸ Green, Arthur (1993). Abuso Sexual del Menor: Intervención y Efectos a Corto y Largo Plazo. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 32:n5, pág. 3.

recurrentes del acontecimiento, conductas que parecen revivir la experiencia, *flashbacks*, perturbaciones del sueño, etc.). Por otro lado Allen y otros (1990) han encontrado enuresis en estos niños (citados en Green, 1993).

En los trabajos de Achenbach y Edelbrock (1979), Kempe y Kempe (1978), y Mac Vicar (1979), se describen a niños abusados sexualmente como atemorizados, inhibidos y deprimidos. Sgroi (1982) especifica que estos niños presentan síntomas de depresión, culpa y baja autoestima. Finkelhor y Browne (1986) proponen que la depresión es causada por una traición del padre que resulta como consecuencia de la pérdida de confianza hacia esta figura, sensaciones de impotencia, explotación y estigma, los cuales producen variadas emociones como maldad, vergüenza y culpa en el niño o niña abusado y las mismas son incorporadas en la autoimagen del chico. Por otro lado, según Arthur Green (1993), la propensión a la depresión en los niños abusados puede estar relacionada al grado de impotencia emocional fomentado en el niño y al nivel de apoyo dentro de la familia (citado en Green, 1993).

Gomes-Schwartz y otros (1985) al evaluar los niveles de perturbación emocional mediante el Inventario de Comportamiento de Louisville en una muestra de 156 niños abusados reportaron que 17% de los niños entre 4 y 6 años, 40% de los niños entre 7 y 13 años y el 24% entre 14 y 18 años presentaron una amplia gama de síntomas psicopatológicos entre ellos: ansiedades, miedos, depresiones, conductas destructivas, reacciones fóbicas, déficit intelectuales, físicos y sociales en su desarrollo (citado en Green, 1993).

Las perturbaciones en el comportamiento sexual están entre los síntomas más sobresalientes y dramáticos observados en estos niños y parecen estar específicamente ligados a la experiencia sexual. La sobrecarga de excitación sexual y el comportamiento sexual agresivo con tendencias a repetir y revivir la victimización sexual ha sido ampliamente descrita en varios estudios. En 1979, Mac Vicar describió la masturbación compulsiva en niñas abusadas en edad latente y reportó la promiscuidad como el aspecto

más común entre las víctimas adolescentes. Brant y Tisza en 1977 propusieron que estos niños utilizan el contacto sexual inapropiado con otras personas como manera de obtener placer, de forma tal que logran ganar control del trauma original (citado en Green, 1993).

Yates (1982) describió que los niños en edad preescolar que habían sufrido de incesto eran altamente erotizados. Él consideraba que el grado de erotización era proporcional a la duración y la intensidad del contacto sexual. Muchos eran incapaces de diferenciar entre relaciones afectuosas de relaciones sexuales y eran excitados por rutinas físicas y proximidad psicológica. En el otro lado el espectro, muchos clínicos han descrito reacciones fóbicas e inhibiciones sexuales en niños abusados sexualmente (Goodwin, 1985; Sgroi, 1982, citados en Green, 1993).

En esencia, parecen existir dos estilos de adaptación contrastante en las víctimas de abuso sexual: uno que busca elaborar y ganar control a través de la activa repetición del trauma y otro que busca adaptarse evitando el estímulo sexual.

Arthur Green (1993) propone que la depresión persistente y la ansiedad asociada con el fracaso de reprimir la experiencia de abuso puede disparar defensas primitivas como la negación, fragmentación, disociación e identificación con el agresor. Todos estos factores contribuyen a desordenes de personalidad y a relaciones objetales distorsionadas. Al revisar las respuestas ansiosas de niños abusados parece haber un continuo de las reacciones defensivas comenzando con una hipervigilancia y evitaciones fóbicas como respuestas conscientes en contra de la retraumatización, seguidas por síntomas histéricos dominados por la represión y el aislamiento afectivo los cuales pueden provocar estados disociados con respecto al inconsciente. Seguidamente podemos encontrar estados tan avanzados de disociación como aquellos rasgos característicos de la personalidad *Borderline* o Límitrofe hasta llegar al lado extremo del espectro donde se encuentra el trastorno de la Personalidad Múltiple.

Comenzando por el extremo más leve de este espectro, encontramos estudios llevados a cabo por Kluft en 1985 y por Putnam en 1984. Estos investigadores han encontrado que la disociación o la perturbación de la conciencia se presentan como las alteraciones de la memoria y la identidad. Las señales de esta disociación temprana son los olvidos con períodos de amnesia, la excesiva fantasía y soñar despiertos, estados de trance, sonambulismo, compañeros imaginarios y ausencias. Continuando en esta línea, encontramos los síntomas histéricos, los cuales han sido estudiados desde 1896 por Freud como síntomas de memorias reprimidas fallidas que devienen del inconsciente al encontrarse enfrentados a situaciones que puedan estar asociados con el trauma original. En la literatura más reciente Gross (1979), Goodwin y otros (1989), reportan ataques histéricos en adolescentes que han sufrido el incesto. En estos casos los síntomas histéricos fueron interpretados como un intento por parte del niño de "amurallar" las impresiones traumáticas del incesto a través de defensas primitivas como la negación, el aislamiento de afectos y la fragmentación (citado en Green, 1993).

Al final de este espectro encontramos los desórdenes de personalidad que pueden verse más bien en años posteriores, en la adultez. Herman y otros (1989) entrevistaron a un grupo de pacientes adultos de personalidad límite, otro grupo con rasgos límite y un tercer grupo sin personalidad límite. Significativamente más sujetos con personalidad límite dieron historias de abuso sexual (68%) que aquellos con rasgos límite (27%) o sin diagnóstico de personalidad límite (26%). Debemos aclarar que entre los criterios considerados para el diagnóstico de la personalidad límite, el DSM-III-R (1987) incluye síntomas como la impulsividad, asociada con una intensa agresividad y comportamiento suicida, auto-mutilación, inestabilidad afectiva y depresión, estos dos últimos concuerdan con las secuelas típicas de los niños abusados sexualmente.

Entre las más extremas de las disociaciones está el trastorno de la Personalidad Múltiple, el cual una gran cantidad de clínicos afirman que tiene como factor etiológico principal el abuso sexual o físico. Putnam y colaboradores (1986) y Schultz y otros

(1985) encontraron que el 97% de los pacientes que trataron y que padecen de Personalidad Múltiple han sido abusados. Coons y Miltein (1986) hallaron corroboración a este análisis al encontrar que 85% de sus pacientes que sufren de estos trastornos han sido abusados (citados en Green, 1993).⁶⁹

Para finalizar con este estudio de las posibles consecuencias del abuso sexual debemos aclarar que la mayoría de las investigaciones que abordan este tema no identifican quién es el abusador de la muestra, es decir, si es uno de los padres, alguien al cuidado del menor, miembros de la familia, un conocido o un extraño. De igual modo, debemos hacer hincapié en que la severidad de los síntomas que se despliegan en el sujeto dependerá de la edad y el nivel de desarrollo del chico; la personalidad preexistente del niño; el momento en que inició, la duración y la frecuencia del abuso; el nivel de apoyo que ofrezca la familia una vez enterada; la respuesta institucional que se le dé al abuso: médica, legal, etc.; y por último, la disponibilidad y calidad de una intervención terapéutica.

En 1986 Finkelhor y Browne (citados en Green, 1993), propusieron un modelo de cuatro ejes principales donde se intenta explicar los efectos traumáticos del abuso sexual y se agrupan los síntomas de este tipo de maltrato a partir de cuatro aspectos causales del trauma. El primero es la *Sexualización Traumática* resultante de la estimulación sexual y el reforzamiento de las respuestas sexuales del niño de forma tal que el chico aprende a utilizar el comportamiento sexual para gratificar numerosas necesidades no sexuales. Esto conlleva a la actividad sexual inapropiada y prematura, a una identidad sexual confusa y a patrones desviados de excitación sexual. En segundo lugar esta el factor de la *Impotencia Emocional*, la cual se refiere a lo indefenso que es el niño frente a la agresividad del acto sexual lo cual lleva al miedo y la ansiedad. Como tercer aspecto se encuentra la *Estigmatización* la cual pretende describir la sensación del niño de ser dañado y culpado por el abuso lo cual es reforzado por compañeros y familiares, esto

⁶⁹ Ibid., pág. 8.

resulta en vergüenza, culpa y niveles bajo de autoestima. En cuarto lugar se encuentra la *Traición* que se refiere a la desilusión del niño o niña cuando es sexualmente explotado por alguna persona de su confianza como un padre, pariente o alguien cercano de quienes se espera amor y protección. La traición puede desembocar en una desconfianza generalizada hacia otras personas, hostilidad y rabia.⁷⁰

Si intentamos hacer una convergencia entre las ideas teóricas sobre la ruptura o falla de la instauración de la prohibición del incesto y los estudios que científicamente han analizado los efectos del abuso sexual podemos ver que ambos se conjugan. Podemos además concluir que la prohibición del incesto es una ley que más allá de mantener a la raza humana exenta de anormalidades genéticas o de evitar la confusión de roles dentro de la familia e impulsar la exogamia, esta ley universal es necesaria para la formación psíquica sana del ser humano, para su sostenimiento y bienestar emocional. Al mismo tiempo de ser una ley biológicamente útil, es también emocionalmente necesaria y socialmente transmitida, de allí su perpetua existencia y sobrevivencia. La barrera o impedimento de su transgresión ha sido avalada por las leyes de la sociedad la cual enfatiza la importancia que la misma tiene para nuestro bienestar emocional, social y genético, susurrando casi en secreto pero de forma conocida por todos: *No transgredas el tabú. Guárdate de la cólera de los demonios* (citado en Barbagelata, Rodríguez, Ruano, Vicente, Quintana, Gastañaga, 1993, pág. 1).⁷¹

C. IDENTIFICACIÓN.

El concepto de identificación forma uno de los pivotes más importantes en la comprensión de la problemática del maltrato. El mismo ha sido revisado por todas las escuelas psicoanalíticas empezando por Freud, pasando por Lacan hasta los analistas de

⁷⁰ Ibid., pág. 9.

⁷¹ Barbagelata, N., Rodríguez, A., Ruano, M.J., Vicente, C., Quintana, A., Gastañaga, J.L., (1993). El Modelo Sistémico y el Abuso Sexual. III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Madrid, España, pág. 1.

las relaciones objetales. En cada una de estas perspectivas podemos encontrar que su definición y análisis ofrecen aportaciones valiosas dentro de la dinámica del abuso.

Desde el enfoque freudiano se reconoce de forma amplia a la identificación como "...la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con una persona." (Freud, S., 1921, pág. 99).⁷² Laplanche y Pontalis (1993) nos recuerdan que en el transcurso de las obras de Freud se observa que las identificaciones son provenientes de diversos procesos, en particular, se derivan por un lado de la incorporación oral y la pérdida del objeto, a su vez se constituyen a través de la formación del narcisismo enlazando al sujeto con el modelo de sus padres, son también consecuencia de los efectos del complejo de Edipo en donde las catexis sobre los padres son abandonadas y sustituidas por identificaciones, y por último, son restos de los diversos tipos de relaciones de objeto que establece el sujeto a lo largo de su vida.⁷³ Con estas múltiples derivaciones de las que provienen las identificaciones, Freud no logra satisfactoriamente concretar las definiciones de este concepto.

Quizás, la clasificación más satisfactoria se encuentra en el trabajo "Psicología de las Masas y Análisis del Yo" en donde Freud, como Juan David Nasio lo expone, se propone definir a las identificaciones a través de dos grandes ramas:

1. La identificación del yo con el objeto total (identificación primaria con el padre mítico de la horda primitiva).
2. La identificación del yo con un aspecto del objeto, la cual puede ser:
 - a. Con un rasgo distintivo del objeto (identificación regresiva).
 - b. Con la imagen del objeto, ya sea global (identificación narcisista-melancolía) o local del objeto (identificación histérica).

⁷² Freud, S. (1921). Op. Cit., (Psicología de las Masas), pág. 99.

⁷³ Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1993). Diccionario de Psicoanálisis. Edit. Labor. Barcelona, España, pág. 186.

- c. Con el objeto en tanto emoción (identificación histérica), (citado en Nasio, 1993, pág. 186).⁷⁴

Al hacer nuestro análisis, concluimos que la identificación regresiva es realmente la que se aplica y contribuye de mejor manera a dar luz al papel que juegan las identificaciones en el maltrato. La identificación como un rasgo distintivo (identificación regresiva) es la más estudiada de todas las identificaciones parciales. En este tipo de identificación el yo "...se transforma en este rasgo repetido incansablemente en la sucesión de los objetos amados, deseados y perdidos en el curso de una existencia" (Nasio, 1988, pág. 146).⁷⁵ En palabras de Freud:

La investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado. De esta manera la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación (Freud, S., 1915, Vol. XVI, págs. 245-247).⁷⁶

Podemos decir que en el maltrato este tipo de identificación con un aspecto específico, bien sea, un rasgo físico, una característica psicológica y hasta una situación paralela entre dos sujetos es la que puede provocar intensas ligazones y reacciones entre padres e hijos. A diferencia de las otras identificaciones no se hace necesario que el yo se identifique con la totalidad del objeto como ocurre en la identificación primaria, ni con su imagen global, como sucede en la identificación narcisista, tampoco el maltrato suele darse por una identificación con una imagen local de carácter más bien sexual como se da

⁷⁴ Nasio, Juan David (1988). Enseñanza de Siete Conceptos Cruciales del Psicoanálisis. Editorial Gedisa, España, pág. 143.

⁷⁵ *Ibid.*, pág. 146.

⁷⁶ Freud, S. (1915). Duelo y Melancolía. S.F. Obras Completas. Amorroutu editores, Argentina, págs. 245-247.

en la identificación histérica ni finalmente se asemeja a la identificación que ocurre con la emoción sexual de la histeria, igualmente llamada identificación histérica.

La identificación parcial es conocida dentro de las bases de la teoría lacaniana como identificación simbólica, la cual dentro de este enfoque francés también ofrece un aporte al entendimiento del maltrato.

Para Jacques Lacan (citado en Nasio, 1988) los componentes de la identificación simbólica, o identificación regresiva para Freud, son el *significante* y el *sujeto del inconsciente*. Aclaremos primeramente la terminología para luego entender su relación. El término *significante* "...no designa cosa alguna de una realidad tangible ... responde más bien a hechos que se reproducen y se repiten con insistencia a lo largo de la vida" (pág. 153).⁷⁷ Un *significante* es primeramente un hecho observable que puede darse a través de una equivocación o un acto involuntario en la conducta consciente de una persona, puede ser una palabra, un gesto, un detalle de un relato, una inspiración, un sueño y hasta un sufrimiento o un silencio. A su vez, el *significante* jamás existe solo, su valor adquiere importancia porque está ligado a una serie de otros significantes siendo cada uno de ellos la formalización abstracta de una confusión pasada o futura.

El término *sujeto del inconsciente* es el nombre con el cual se designa la experiencia concreta de una confusión, es decir, cuando pensamos de manera formal la correspondencia que existe entre el acontecimiento significativo actual y todos los otros acontecimientos significantes pasados o por venir. A su vez el *sujeto del inconsciente* es aquel rasgo al cual Lacan llama *rasgo unario*, en el cual un signo distintivo se repite en cada uno de estos acontecimientos significantes, más allá de sus circunstancias y diferencias. El *sujeto del inconsciente* es en sí mismo el rasgo que unifica el conjunto de los significantes.

⁷⁷ Nasio, J. D. Op. Cit., pág. 153.

Visto de esta forma podemos pasar a explicar la *identificación simbólica* como: "...la emergencia del sujeto del inconsciente entendida como la producción de un rasgo singular que se distingue cuando tomamos uno a uno todos los significantes de una historia" (citado en Nasio, 1988, pág. 156).⁷⁸ Es decir, desde la problemática del maltrato podríamos pensar que un silencio, un ceño, un tono de voz y hasta un lugar en la jerarquía familiar, podrían ser rasgos unarios, que simbólicamente representan algo más – no elaborado– en el inconsciente del sujeto, el valor que tiene este rasgo está imborrablemente allí establecido. Su repetición encontrada por ejemplo en un hijo, haría evocar todos los sentimientos inconscientes conjugados en este rasgo. Así se identificarían o seleccionarían los rasgos que representen o simbolicen un acontecimiento o un sentimiento pasado en el sujeto y que en este caso evocan en la persona maltratadora sentimientos desagradables y negativos que pueden, de no existir otros mecanismos de defensa más avanzados o una estructuración psíquica más compleja, provocar reacciones tan severas como fuertes golpes, abandonos y quizás hasta la muerte a quien los evoca y *los hace emerger*.

Por su lado, René Kaës, Haydée Faimberg, Micheline Enriquez, Jean José Baranes (1996) nos recuerdan que los escritos de Freud expresan que "...el niño puede quedar cautivo de los ideales narcisistas parentales, y que la relación de objeto puede ser la heredada de este narcisismo"(pág. 82).⁷⁹ Ahora bien, Kaës y sus colaboradores nos aclaran que el hecho de que los padres puedan ver al niño como separado de ellos mismos es debido a que han elaborado este narcisismo, refiriéndose aquí al proceso de la castración, pero existen momentos en que los padres no logran separar del todo a sus hijos y los injertan en su propio sistema narcisista. Como el narcisismo necesita a su vez del otro para reafirmarse esto resulta clínicamente en una relación padre-hijo que es tanto de objeto como narcisista.

⁷⁸ Ibid., pág. 156.

⁷⁹ Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M., J.J., Baranes (1996). Transmisión de la Vida Psíquica entre Generaciones. Amorrortu editores, Buenos Aires, Argentina, pág. 82.

Desde la perspectiva narcisista todo lo que equivale al *yo* es placentero y lo equivalente al *no-yo* es displacentero. “Esto significa que cuando el sujeto experimenta placer tenderá a atribuirlo al *yo*, y cuando el objeto le procure displacer tenderá a odiarlo” (Kaës, et al., 1996, pág. 84).⁸⁰ Siguiendo con esta línea de pensamiento, estos analistas denotan como *función de apropiación* a todo lo que merece ser amado y que es considerado como del padre, aunque venga del niño, y como *función de intrusión* a todo lo que se reconozca como viniendo del niño, lo cual será odiado. Además, se cargará al chico con todo lo que no se acepte de sí, aquí el niño representa al *no-yo* de los padres. Desde esta perspectiva “...el niño no es odiado solamente porque es diferente, sino sobre todo (y paradójicamente) porque su historia será solidaria con la historia de sus padres, y con todo lo que no aceptan en su regulación narcisista” (Kaës, et al., 1996, pág. 85).⁸¹

Desde la perspectiva de las Relaciones Objetales debemos iniciar nuestro estudio mencionando que en 1946 Melanie Klein propuso que desde los momentos más tempranos de la vida del bebé están presentes en él los mecanismos de introyección e identificación. Esta psicoanalista inglesa considera que es a través de la *identificación proyectiva* que una persona (A) deposita partes indeseables de su *self* en otra, (B) evocando un comportamiento en la persona (B) con el que la persona (A) inconscientemente se identifica y desea controlar internamente. Según Segal (1973) “...existen muchos motivos para que se dé la identificación proyectiva, entre ellos, para deshacerse de las partes odiadas del *self* o para depositarlas en un objeto donde las podamos controlar” (citado en Scharff, D., 1992, pág. 39).⁸²

Por otro lado, existe la *identificación introyectiva* por medio de la cual ocurre el mecanismo contrario y en donde una persona (B) incorpora aspectos de la persona (A) y se identifica con ellos, haciéndolos partes de su propio *self*. Es a través de este proceso

⁸⁰ Ibid., pág. 84.

⁸¹ Ibid., pág. 85

⁸² Scharff, D. (1992). *Refinding the Object and Reclaiming the Self*. Editorial Jason Aronson. Northvale, Nueva Jersey, pág. 39.

que un bebé incorpora las formas en que su madre maneja la ansiedad que él siente, que uno de los miembros de una pareja puede adquirir las características de la persona amada y que, como expresó Freud, los sujetos que han perdido un objeto amoroso reaccionan identificándose con este objeto como si quisieran recuperarlo (Scharff, D., 1992).⁸³

Desde estos dos conceptos podemos comprender el abuso si asumimos que el padre maltratador proyecta en el niño aspectos propios indeseados a los cuales agrade una vez que los ha situados fuera de sí mismo. A su vez, está la posibilidad de que el niño introyecte estos aspectos y los convierta en parte suya, fortaleciendo así aún más el ciclo del maltrato. Bion describe en 1967 que existe un continuo desde lo normal hasta lo patológico dentro de las identificaciones proyectivas. Según él, normalmente el bebé proyecta un excedente de sus ansiedades en su madre en búsqueda de poder tolerar estas sensaciones. Ella a su vez, toma estas ansiedades a través de la identificación introyectiva y las maneja por medio del proceso que Bion llama *reverie* o contención, luego ella transforma estos sentimientos en formas aceptables, permitiendo al bebé que re-introyecte sus ansiedades de manera más tolerable. Si este proceso de contención no se logra las ansiedades pueden ser devueltas al bebé de forma no modificada y hasta empeoradas regresándoselas al infante como agresiones. Esta relación patológica será experimentada por el bebé con un gran dolor, percibiendo al objeto como persecutorio y amenazando a su frágil *self* a fragmentarse (Scharff, D., 1992).⁸⁴

Tomando este análisis como base pueden entenderse las palabras de Melanie Klein al designar a las identificaciones proyectivas como "...una forma particular de identificación que establece el prototipo de una relación de objeto agresiva" (citado en Laplanche & Pontalis, 1993, pág. 190).⁸⁵

Por su lado, Anna Freud (1993) nos habla específicamente del concepto de *identificación con el agresor*, el cual define como el mecanismo mediante el cual "...el

⁸³ Ibid., pág. 41.

⁸⁴ Ibidem.

⁸⁵ Laplanche, J. y Pontalis, J. Op. Cit., pág. 190.

niño introyecta alguna característica de la persona u objeto que le produce angustia, elaborando de esta manera una experiencia angustiosa recientemente ocurrida... al ejecutar el papel del agresor, asumiendo sus atributos o imitando sus agresiones, el niño simultáneamente se transforma de persona amenazada en la que amenaza” (pág. 125).⁸⁶

Esta autora considera que su padre, Sigmund Freud, también alude a este mecanismo al referir que se dan cambios de la pasividad a la actividad a fin de elaborar experiencias desagradables o traumáticas en la vida infantil y así lo expresa su padre, al decir: “...al pasar el niño de la pasividad de la experiencia a la actividad del juego, hace sufrir a cualquiera de sus camaradas la sensación desagradable por él experimentada” (Freud, S., Vol. XVIII, pág. 71).⁸⁷

Las conclusiones de Anna Freud sobre el concepto de la identificación con el agresor son expuestas a través de varios ejemplos en sus escritos en los cuales los niños pretendían manejar sus temores hacia la oscuridad, el maestro o el dentista imitando los comportamientos de éstos objetos que les provocaban miedo. René Spitz (1965) parece encontrar el mismo fenómeno en los niños y así lo comenta:

... la exposición continua del niños a la agresión parental ha llevado al yo primitivo a apoderarse del uso de la agresión como un modo de vida. De esta forma, está en resonancia con, o en imitación con, el comportamiento paterno y es análogo con el reconocido patrón de los bebés de estar felices, deprimidos o irritables como respuesta a los estados de ánimo de la madre (citado en Anthony & Benedek, 1996, pág. 464).⁸⁸

Anna Freud, considera que la identificación con el agresor es un mecanismo de defensa mediante el cual se “...introyectan las autoridades críticas como *superyo* y puede así proyectar hacia fuera sus impulsos prohibidos” (Freud, A., 1993, pág. 131).⁸⁹ Haciendo paralelo este pensamiento con la problemática del maltrato podríamos decir que la madre o padre se identifican con su propio progenitor castigador y perciben al niño

⁸⁶ Freud, Anna. (1993). El Yo y los Mecanismos de Defensa, Editorial Paidós, México, pág. 125.

⁸⁷ Freud, Sigmund. Op. Cit., (Más Allá del Principio del Placer), pág. 71.

⁸⁸ Anthony, E. J. y Benedek, T. (1996), Parenthood, Editorial Aronson, Nueva Jersey, pág. 464.

⁸⁹ Freud, Anna. Op. Cit., pág. 131.

con las características indeseables de ellos mismos, las cuales los hacen merecedores de castigo. Estos sentimientos le hacen posible a la madre o padre actuar agresivamente y atacar al niño con plena autorización del *superyo*. De esta forma, el progenitor maltratador actúa la agresión a la que él mismo fue sujeto. Por ello, no es raro encontrar que los padres abusadores generalmente se ven invadidos de un sentimiento de culpa luego de agredir a sus hijos, ya que estos actos violentos representan emociones reprimidas de tristeza y desamparo ante sus propias experiencias de maltrato con su progenitor.

Finalmente, algunos terapeutas familiares como Barbagelata y Rodríguez (1993) han relacionado el concepto de identificación con el proceso de individuación recordándonos que ambos son dos de las funciones básicas con las que cumple la familia. La relación entre ambas nociones es la siguiente:

... un bajo nivel de individuación genera hostilidad – o mejor, pseudo-hostilidad – por la dependencia que implica y por la falta de reconocimiento del otro como alguien con identidad propia y secundariamente, un intenso deseo de separación, en este concepto relacional donde el menor no es más que un instrumento que ‘se usa’ en un intento desesperado de lograr, por parte de los adultos, un grado mayor de diferenciación (pág. 6).⁹⁰

Para estos analistas de la familia, ésta es justamente la dinámica productora del maltrato dentro del ámbito familiar, donde a falta de diferenciación, las identificaciones llegan a ser tan fuertes que se invierten los roles y los padres pasan a ser “hijos de” en vez de “padres de” y donde las necesidades de los padres priman por encima de las del niño.

Recordando lo expuesto en nuestro primer apartado sobre el vínculo en este trabajo, retomamos el pensamiento de Fairbairn para quien “...lo central no es el trauma, el recuerdo o el impulso, sino la relación entre una parte de sí en estrecha identificación

⁹⁰ Barbagelata, N. y Rodríguez, A. (1993). El Tratamiento Ecológico en Contextos Maltratantes. Cuadernos de Trabajo Social, N° 6, Madrid, España, pág. 6.

con la representación con el progenitor” (citado en Mitchell, 1988, pág. 27).⁹¹ Lo que lleva a estas relaciones a mantenerse ya que por encima del dolor está la necesidad de relacionarse aunque sea de una forma dolorosa. Bien lo encapsuló el poeta Friedrich Wildgans en 1913 al escribirle a su pequeño hijo: “*Because we are two, you are both of us*” (Porque somos dos, tú eres los dos).

D. ENFOQUE SISTÉMICO.

En este apartado no pretendemos adentrarnos a definir los aportes que cada tipo de enfoque terapéutico familiar puede ofrecer pues, dicha labor sería extensa y meritoria de una investigación detallada. Más bien, nos dedicaremos a revisar de forma panorámica el enfoque sistémico como herramienta de trabajo dentro de las familias maltratadas. A través de nuestras lecturas podemos valorar cómo esta perspectiva ha sido elegida por profesionales como Stefano Cirillo y Paola Di Blasio (1989) y Norberto Barbagelata (1993) para abordar la problemática del abuso con este marco de referencia.

El enfoque sistémico aplicado a las dificultades humanas representa un cambio en los paradigmas tradicionales los cuales adoptan una perspectiva vertical y en la cual los cambios se dan en la profundidad del psiquismo del individuo. La perspectiva sistémica es de carácter circular y por lo tanto, más que enfocarse en el individuo se centra en el contexto de la vida del sujeto. Los que se apegan a esta interpretación no ven el sujeto aisladamente, por lo contrario, lo ven como parte de redes y relaciones sociales. Los síntomas presentados por sus miembros son más bien de carácter transaccional, pues no son creados ni mantenidos únicamente por el individuo, si no más bien por las interacciones, los vínculos emocionales e intelectuales entre las personas con quien se tiene relaciones significativas; así los síntomas individuales o de los elementos de un grupo familiar, pueden ser modificados alterando los patrones de relación en los cuales están involucrados.

⁹¹ Mitchell, S. Op. Cit., pág. 27.

Existen una serie de conceptos básicos en los que se apoya el enfoque sistémico y que deben ser considerados en las intervenciones terapéuticas. Estos son:

Sistema: conjunto de elementos en interacción de tal manera que lo que afecte a uno de sus elementos afectará al resto de sus partes.

Organización: se entiende como la cohesión que mantiene al sistema y de cómo los miembros y los subsistemas están arreglados en un campo interactivo.

Subsistema: es una parte del sistema encargado de un proceso particular dentro del mismo. Los principales subsistemas dentro de una familia pueden ser la pareja, los padres e hijos y los hermanos. El individuo también puede ser considerado como un subsistema dentro del sistema familiar. Los subsistemas tienen su propia organización, límites y patrones de interacción.

Totalidad: se entiende como la perspectiva de ver patrones en vez de reducir a las entidades en partes, de modo independiente.

Límites: este concepto describe quién o quiénes deben ser incluidos y la calidad de los procesos de interacción dentro del sistema. Los límites sirven para regular el flujo de información que puede entrar o salir del sistema.

Jerarquía: se refiere al hecho de que los sistemas tienen diferentes niveles y que los niveles más simples y básicos son los que componen a los más avanzados dentro del sistema. Así, dentro de una familia el individuo, la pareja, los padres y los hermanos son los subsistemas que componen el núcleo familiar, los cuales a su vez son parte de un sistema intergeneracional más complejo.

Sistemas abiertos: dentro de estos sistemas se permite el intercambio de información con el ambiente y con otros sistemas. Aquí se procesa la información libremente y a la vez se permite a sus miembros salir y entrar de forma balanceada del sistema.

Sistema cerrado: se refiere a un sistema donde no existen intercambios con el ambiente y los componentes del sistema son mínimamente influenciados por el mismo.

Equifinalidad: se refiere al hecho de que los mismos resultados pueden ser obtenidos de diferentes maneras y desde diferentes puntos. Es la naturaleza de la

organización del sistema lo que determinará los resultados, por ejemplo, un subsistema de buenos padres puede variar en sus características e igualmente producir niños saludables. La equifinalidad ofrece una dinámica de causalidad circular y no lineal y la oportunidad de poder presentar desde varios ángulos una misma realidad.

Feedback: este concepto alude a que existen dos canales de información, uno que lleva y el otro que regresa (*Input* y *Output*). El *feedback* puede ser positivo o negativo. El primero hace que las cosas cambien, aunque no necesariamente debe ser interpretado siempre como el adecuado. Es más bien el que permite la entrada de información causando cambios. En contraste, el *feedback* negativo provee información que disminuye el intercambio de información y ayuda a mantener la estabilidad.

No sumatividad: considera que el sistema no puede ser entendido meramente al sumar los atributos y características de cada uno de sus miembros. La familia como un todo es diferente a la suma de sus partes y debemos centrarnos en los patrones y no en las partes.

Comunicación: toda conducta es comunicación, nadie puede “no comunicarse”. La comunicación define relaciones y establece los roles dentro del sistema a través de la instauración de reglas.

Estructura: es el arreglo de la interrelación, de los subsistemas y de sus componentes como un todo. Una estructura puede ser fija o cambiante.

Proceso: se refiere a la capacidad de cambio a través del tiempo e incluye las funciones actuales y a la historia del sistema. La diferencia entre procesos y estructuras se basa en que la organización y los patrones observados a lo largo de una dimensión espacial son llamados “estructura” y los patrones a través de una dimensión temporal son nombrados “procesos o funciones” (citado de Nichols & Everett, 1986, págs. 69-75).⁹²

La aplicación de este enfoque al conflicto del maltrato deberá entonces entenderse como un análisis de un conjunto de variables que operan dentro del sistema familiar, así la interacción global de todos estos factores familiares nos podrá ayudar a comprender el

⁹² Nichols, W. y Everett, C. (1986). *Systemic Family Therapy: An Integrative Approach*. Editora Guildford Press, Nueva York, págs. 69-75.

fenómeno del maltrato. Es decir, el maltrato es un emergente disfuncional del conjunto relacional y no solamente la característica o propiedad de un miembro del sistema familiar.

De igual forma es importante destacar que los sistemas son afectados por el conjunto de factores ambientales de tipo social y cultural en el cual están inmersos, tales como la pobreza, oportunidades educativas, condición económica y redes de apoyo entre otros, que predisponen, dan mediación y precipitan una problemática. La integración de todas estas variables familiares y dimensiones sociales están vinculadas a la aparición del maltrato.

Adoptando esta perspectiva familiar, el Centro del Niño y la Familia (CENYF) de Madrid, España ha propuesto como marco conceptual de su trabajo el enfoque *sistémico-ecológico*, el cual para ellos "...proporciona un marco de análisis adecuado en donde cabe la comprensión de la complejidad" (citado en Barbagelata & Rodríguez, 1993, pág. 9).⁹³ Para los terapeutas familiares del CENYF, es "...teniendo en cuenta el marco ecológico del maltrato y el propio análisis sistémico adoptado en la intervención, que se intenta ampliar suficientemente el marco de observación incluyendo el contexto donde se produce el fenómeno a fin de poder comprenderlo" (citado en Selvini, et. al., 1991, pág. 9).⁹⁴

De acuerdo a Gastañaga, Ruano y Vicente (octubre 1995), profesionales que forman parte del equipo terapéutico del CENYF, ninguna variable por sí sola o en su conjunto son causantes del maltrato sino la interacción y la dinámica particular que conforman éstas en cada familia y por ello debemos buscar explicaciones específicas para cada familia en su contexto para explicarnos la presencia del maltrato.⁹⁵ La línea de

⁹³ Barbagelata, N. y Rodríguez, A. (1993). Op. Cit. (El Tratamiento Ecológico en Contextos Maltratantes). pág. 9.

⁹⁴ Selvini Palazzoli, M., et. al., (1991). Los Juegos Psicóticos en la Familia. En Gastañaga, J.L., Ruano, M. y Vicente, C. (Editores). Intervención con Familias Maltratantes. Manuscrito no publicado. España, pág. 9.

⁹⁵ Gastañaga, J.L., Ruano, M. y Vicente, C., (octubre 1995). Intervención con Familias Maltratantes: Manuscrito no publicado. España, pág., 10.

pensamiento utilizada por ellos, considera necesario hacer un diagnóstico relacional y contextual en donde se establezca el grado de diferenciación de los progenitores, se consideren las tres generaciones, se analice el interjuego relacional, se conozca la secuencia de los acontecimientos, se establezca el grado de implicación de cada uno de los miembros en el abuso, se estudien las relaciones de los subsistemas y se investiguen las emociones desencadenadas a raíz del maltrato.⁹⁶

De igual forma, ellos consideran relevante no olvidar que los factores de mediación deben considerar el grado de conexión y la calidad de las relaciones interpersonales de la familia, a la vez, que las afiliaciones a instituciones y organizaciones. Así, los factores que precipitan el maltrato serán los sucesos de las diferentes etapas de la vida, la interpretación de los hechos y el estrés subjetivamente percibidos.

Para estos terapeutas la manera de abordar el tratamiento familiar donde se produce el abuso sigue el esquema de intervención sistémica de Madanes (1993):

1. Favorecer la reunión de toda la familia para las sesiones de terapia.
2. Abrir el secreto del abuso y hablar francamente sobre éste, donde cada miembro hable de lo que sepa en torno al tema.
3. Trabajar las reacciones de cada miembro frente al abuso.
4. Mostrar a la familia las consecuencias del abuso en el menor.
5. Confrontar a los familiares con su responsabilidad ante el hecho.
6. Concientizar a cada miembro sobre su responsabilidad, recayendo la mayor parte de ésta en los padres.
7. Mostrar a la familia la desprotección sufrida por el niño o niña.
8. Lograr que el abusador, de estar presente, reconozca sus actos.
9. Verbalizar por qué fue negativo aquello que el abusador hizo por parte de cada uno de los miembros.

⁹⁶ Ibid., págs. 78-79.

10. Mostrar a la familia el dolor de la víctima, el dolor del agresor, y el dolor que se ha causado en el sistema familiar.
11. Trabajar en la elaboración de un acto de arrepentimiento por parte del agresor.
12. Analizar con la familia las consecuencias de un acto futuro similar.
13. Regular la relación entre la víctima y el agresor a través de los otros miembros familiares.
14. Confrontar y verificar los canales de comunicación dentro de la familia.
15. Rejerarquizar a los padres frente a los hijos en sus funciones ejecutivas y normativas (citado en Gastañaga, Ruano & Vicente, 1995, págs. 81-82).⁹⁷

Finalmente, Gastañaga y sus colaboradores nos recuerdan que es importante agregar a este esquema la búsqueda de figuras potencialmente sanas que puedan proteger al menor y hacen hincapié en la experiencia con familias que presentan variables tales como: padres divorciados o separados, familias reconstruidas y aquellas con múltiples problemas como drogadicción, problemas económicos, etc.

En los casos donde encontramos padres separados ellos estiman necesario contar con la participación de los dos núcleos familiares del menor, siempre que sea posible, pues no debemos olvidar que con el divorcio la familia no se disuelve, sino que cambia. Los objetivos de la intervención en estos casos deben ser los de reconectar a los cónyuges para que ambos puedan negociar cambios y planificar nuevas formas de reorganización que beneficien a los hijos. Debe intentarse que cada padre tome responsabilidad por sus hijos, mejore su relación como progenitor dejando sus conflictos de pareja a un lado y lograr la función protectora y educadora de ambos hacia los niños. Para lograr estas tareas se propone recurrir a entrevistas controladas en donde se ve a cada progenitor de forma terapéutica individual y donde se trabajen los fines de la sesión y se les dé preparación para las reuniones conjuntas. Una vez ambos padres se encuentren juntos las

⁹⁷ *Ibid.*, págs. 81-82.

sesiones deben contener objetivos y tareas específicas de trabajo donde se elaboren especialmente los temas pertinentes a los hijos.

Donde se encuentren familias reconstruidas o ensambladas, resultantes de segundos o posteriores uniones, debemos considerar cómo se ha constituido cada una de estas nuevas familias a sus nuevos miembros familiares y el rol del niño en ambos sistemas. En estas familias la formación de la pareja como sistema se constituye a partir del mismo momento que se debe ir desarrollando el vínculo hijo/padrastro o madrastra. Aquí lo importante es no perder la relación con la figura parental biológica ni la figura parental posterior que ejerce también una función.

Por último, tenemos las familias multiproblemáticas, las cuales se hacen cada vez más comunes y quizás las que más frecuentemente se ven en las instituciones públicas, éstas familias necesitan ayuda de una variedad de profesionales, que de forma independiente trabajen con cada miembro familiar y ayuden a restablecer ciertas funciones. Por su parte, debe tratarse de que el Estado y las instituciones privadas puedan también ofrecer ayuda a otros tipos de necesidades sociales como la educación y el entrenamiento profesional.

Para lograr todo esto, se juzga necesario en primer lugar elaborar un proyecto de intervención en el que se conjuguen los diferentes servicios asistenciales que participarán en la ayuda de los familiares en los diferentes niveles. La colaboración y transparencia entre estos profesionales se hace básica, para no crear alianzas, triangulaciones y secretismo. De esta manera, cubiertas las necesidades básicas y los conflictos añadidos la familia puede y está más libre para mirar hacia dentro de sí misma logrando que el núcleo familiar pueda reconstruirse, reconectando a los miembros, estableciendo vías de comunicación donde se traten las emociones y necesidades ocultas, y reordenando hasta cierto punto un sistema donde se pueda trabajar el maltrato intrafamiliar. Se advierte que la ausencia de esta ayuda entre agencias la labor psicoterapéutica se hace insuficiente y la mejoría poco visible.

Hasta ahora los resultados obtenidos con esta metodología de trabajo en el CENYF revelan que aquellas familias donde la institucionalización del chico, de ser necesaria, es menor a un año, presenta considerablemente mayores mejoras y avances terapéuticos (70%) que aquellas familias en donde la institucionalización se extiende a más de un año (40%), debido a que la situación de crisis que existe en un principio produce condiciones óptimas de intervención y movilización de los miembros (citado en Rodríguez, Bargelata, Brun, Gastañaga, Ruano, & Vicente, noviembre 1995).⁹⁸ Además, cuando la condición abusiva que continuamente amenaza al niño sigue presente las estructuras psíquicas se acomodan a esta realidad a costa de formar percepciones distorsionadas de la realidad externa y emocional.

Por otro lado, Cirillo y Di Blasio (1989) han adoptado dentro del Centro de Ayuda al Niño Maltratado y a la Familia en Crisis (CAF) en Italia, un modelo de intervención que también centra su atención en las dinámicas familiares vinculadas a la violencia, más que en los conflictos particulares de los individuos. A su vez, estos autores no sólo consideran importante analizar los factores familiares, culturales y sociales sino también las características del comportamiento y de personalidad de los padres que maltratan y los niños víctimas del abuso. Su esquema de trabajo consiste en analizar aspectos individuales: percepción de las propias experiencias infantiles, prácticas educativas, salud física y mental, tolerancia a las frustraciones, acercamiento a la solución de problemas, capacidad de hacerle frente a las dificultades, imagen de sí mismo y *locus* de control; familiares: estabilidad de la pareja, interacción entre los miembros de la familia, necesidades particulares de cada uno de los miembros, estructura familiar, redes de relaciones familiares y violencia familiar; sociales: redes sociales formales e informales, bienestar general de la comunidad, condiciones de habitabilidad, integración social, agencias de comunidad acogidas, recursos económicos y desocupación; y culturales:

⁹⁸ Rodríguez, A., Bargelata, N., Brun, T., Gastañaga, J.L., Ruano, M. y Vicente, C. (noviembre 1995). El Vínculo Paterno-Filial: Prevención del Maltrato y el Abuso Sexual. XVI. Congreso Nacional de Terapia Familiar, Valencia, España, págs. 9-10.

actitud frente a la violencia, castigos y educación, concepción de la familia, sociedad e instituciones de apoyo a la familia y el significado atribuido a los conceptos de mérito, individualismo, progreso y tecnología.⁹⁹

Los terapeutas del CAF consideran una verdadera dificultad el tener que analizar al mismo tiempo los aspectos individuales de cada miembro junto con los más globales del sistema familiar contextual. Por ello, ha adoptado un modelo fundado sobre la "Metáfora del Juego", la cual "...permite integrar el nivel de funcionamiento individual con el de los determinantes socioambientales, a través del nivel intermedio relativo a los modelos relacionales del grupo familiar" (citado en Cirillo & Di Blasio, 1989, pág. 28).¹⁰⁰ Así, un individuo posee motivaciones, emociones y propósitos porque le son particulares a sí mismo, pero también porque como sujeto es parte de un juego colectivo que lo influye y lo limita.

Finalmente, Tilman Furniss (1991) advierte que al principio de cualquier intervención terapéutica familiar se debe demostrar a la familia la ausencia al secretismo entre profesionales y agencias, así como la comunicación abierta entre los diferentes terapeutas pero a la vez debe quedar claro que se mantendrá la confidencialidad entre los miembros de la familia que estén recibiendo variadas formas de terapia y que permanecerán privados aquellos aspectos individuales de trabajo de cada uno que no detengan o no faciliten el trabajo terapéutico familiar. Según este autor, la confidencialidad deberá romperse si se convierte en un aspecto antiterapéutico al dar pie a alianzas y secretismos, tales como el conocimiento de la repetición del abuso.¹⁰¹

La tarea con familias abusadoras es ardua, compleja y presenta aspectos rígidos difíciles de moldear que se repiten y mantienen a sus miembros fuertemente ligados e incapaces de retirarse de este sistema nocivo y doloroso. El proceso de cambio de las

⁹⁹ Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1989). Niños Maltratados: Diagnóstico y Terapia Familiar, Editorial Paidós, Argentina, pág. 25.

¹⁰⁰ *Ibid.*, pág. 28.

¹⁰¹ Furniss, T. (1991). *Op. Cit.*, pág. 137.

interacciones familiares que llevan al abuso y lo sustentan a veces nos parece tan arraigado que fácilmente podríamos exclamar, tal como lo hizo una colaboradora del CENYF: *¡Cómo tira la sangre, son como gitanos!*.

E. LA FALTA DE DEMANDA Y EL TRABAJO TERAPÉUTICO: LA TERAPIA COACTIVA.

El trabajo terapéutico implica generalmente una demanda de parte de la persona que tiene un sufrimiento y se acerca para resolverlo. Históricamente, los psicólogos han permanecido en su consultorio e instituciones y a diferencia de los trabajadores sociales han ofrecido una cura sólo a aquellos que lo solicitan. La demanda sugiere una motivación hacia el cambio la cual constituye el motor del trabajo terapéutico. Pero nos encontramos frente a circunstancias muy diferentes cuando es sólo por la ley que una problemática psicológica es obligada a ser atendida y no por deseo expreso de los involucrados, tal es el caso, de los niños y sus familias que pretendemos recibir en nuestros albergues. Stefano Cirillo y Paola Di Blasio (1989) han abordado este tema de forma clara y directa, dedicando una gran parte de su libro "Niños Maltratados: Diagnóstico y Terapia Familiar", dando apertura a la discusión de estas circunstancias de trabajo sin demanda, tan prevalentes y poco resueltas.

Tradicionalmente se ha considerado que la canalización de un caso a través de un servicio social trae de por sí grandes impedimentos al carecer generalmente de un sentido voluntario por parte del paciente, especialmente, como mencionamos antes, cuando quien canaliza es una autoridad estatal. Estos casos están matizados por la percepción de ser casos extremos de familias derrumbadas y con pocos deseos de cambio. Clínicamente y como describen Cirillo y Di Blasio, esto podría considerarse una "catástrofe clínica", pero más bien, ellos proponen utilizar de forma positiva la denuncia legal como un aspecto básico y un instrumento clínico vital para el trabajo terapéutico. Estos autores sugieren utilizar la denuncia como un acto de responsabilidad y de protección hacia el menor y su familia dando por resultado la implementación de una terapia coactiva.

En un principio estos analistas italianos consideraban que era necesario restaurar la confianza y colaboración de los pacientes con los terapeutas para lograr comprender sus verdaderos y auténticos problemas. Rápidamente esta idea fracasó. Había barreras de silencio, complicidades y negaciones respecto al maltrato que formaban obstáculos para trabajar en un ambiente tan ideal. Generalmente las familias estaban dispuestas a hablar sobre cualquier asunto, pero implícitamente se manejaban bajo la condición de no tocar el tema del maltrato. Siguiendo esta línea los psicólogos inevitablemente terminaban formando una coalición con la familia en contra de los tribunales, los cuales quedaban representados como una instancia autoritaria que sometía a la familia a una evaluación y a los terapeutas a efectuarla. Se corría además, con el riesgo de adquirir una actitud policiaca para lograr conocer más sobre los episodios de violencia, resultando esto en una familia desafiante.

Para resolver este dilema estos terapeutas familiares estiman necesario, desde el inicio de las entrevistas, tomar en cuenta un metacontexto que incluya, aunque sea de forma abstracta, a los jueces, trabajadores sociales y demás asesores. Según ellos, es imposible ignorar la totalidad del contexto que existe y es necesario considerar siempre que la interacción de todos los profesionales jamás podrá ser pasiva ni descriptiva. Ellos sugieren que se debe llevar a la familia hacia lo que Prigogine y Stengers (1979) llaman *diálogo experimental*, en el cual "...no se supone que se dé una observación pasiva, sino una práctica cuyo resultado adquiere significado solamente si ese refiere a una hipótesis concerniente a los principios a los cuales los procesos presumiblemente se refieren" (citado en Cirillo & Di Blasio, 1989, pág. 75).¹⁰² En otras palabras, ellos proponen introducir elementos que estimulen cambios y movimientos y que a su vez formulen hipótesis sobre el juego familiar. Estas hipótesis deberán encontrar o no confirmaciones empíricas en las afirmaciones de la familia las cuales progresivamente irán fomentando modificaciones en la dinámica familiar. De esta forma los encargados de realizar una

¹⁰² Prigogine, I. y Stengers, I. (1979). *La Nova Allenza*. En Cirillo, S. y Di Blasio, P., (Editores). Niños Maltratados, Diagnóstico y Terapia Familiar. Editorial Paidós, Argentina, pág. 75.

conclusión legal recibirán un informe no sólo descriptivo sobre las relaciones familiares, sino también dinámico, en el cual se destaquen los elementos necesarios para el cambio, los cuales se han derivado de las entrevistas realizadas.

Cirillo y Di Blasio proponen que en estas situaciones donde la familia se ve obligada a recibir tratamiento el primer paso a tomar para enfrentar a los padres maltratadores con su responsabilidad debe ser el "...inmediato alejamiento del niño en peligro... con un segundo objetivo estrechamente ligado: investigar, si es posible, las razones que son las causas del maltrato, para lograr recuperar la positiva relación padre-hijo que es fundamental para el desarrollo de *su* niño" (pág. 45).¹⁰³ Esta propuesta se acerca a la del manejo de casos de familias con niños que sufren algún disturbio psíquico grave y que no son separados de su familia por considerar que sus problemas van unidos a una dinámica familiar, la diferencia es que no existen en estos casos actos que infundan daño o pongan en peligro al niño.

Para iniciar la terapia en situaciones donde hay una falta explícita de demanda clínica y existe una obligación legal de recibir asistencia terapéutica, ellos consideran necesario estructurar ciertas precondiciones con la familia para llevar a cabo un tratamiento exitoso; ningún paso debe ser omitido y su secuencia tampoco debe ser alterada. En primer lugar, debe hacerse obvio y real el problema del maltrato superando la negación del problema por parte de la familia, por ello nuestro primer movimiento debe ser el recoger elementos que prueben que existe la violencia en esa familia. Esto puede darse a través de la lectura de un informe médico, social, pedagógico o psicológico. Seguidamente, debe darse conocimiento a la familia de la decisión llevada a cabo por las autoridades legales, esta decisión conjuntamente con los informes médicos y sociales se considerará terapéutica, pues facilitará la protección del menor e implicará la necesidad de los servicios de asistencia social pues a su vez deberá influir en los aspectos legales determinando el rumbo de las decisiones.

¹⁰³ Cirillo, S. y Di Blasio, P. Op. Cit., pág. 45.

Como vemos se hace imprescindible que las autoridades legales consideren como una parte vital del proceso de rehabilitación las intervenciones clínicas y que a su vez, el trabajo terapéutico y de asistencia social reafirmen la importancia y necesidad de la autoridad al ser avalados por los aspectos clínicos. Por otra parte, el equipo de terapeutas debe compartir su acuerdo con el procedimiento legal de separar al menor de su hogar para resaltar la importancia de esta disposición y reflejar también su interés por proteger al menor y atender a la familia. Un tercer paso consiste en que se incluyan en la formulación del decreto judicial medidas de evaluación, apoyo y control dentro de un programa de intervención. De esta forma, la familia se hará consciente de que el equipo terapéutico tiene el deber de desempeñar un trabajo de consulta para las autoridades legales quienes tienen la última decisión sobre el futuro de sus hijos. A continuación se advierte a la familia que al terminar el trabajo terapéutico se conformarán un informe para las autoridades legales el cual se les dará a conocer previamente. Esta práctica evita caer en el secreto profesional y el juego con la familia. Finalmente, se comenzará el trabajo terapéutico y las intervenciones interdisciplinarias.¹⁰⁴

Las conclusiones del informe pueden prever un pronóstico positivo, en cuanto a la resolución de los problemas familiares, en donde se podrá aproximar gradualmente a los padres y los hijos hasta reintegrar a estos últimos en la familia. Si por el otro lado, el pronóstico es negativo y la familia de origen no se considera idónea para ocuparse de los hijos debe considerarse necesario buscar soluciones alternas, como el colocar a los niños con otro familiar u otorgar la custodia a una familia diferente.

Como podemos ver, en estas situaciones “no convencionales” de atención, la *terapia mantendrá siempre un difícil balance entre ser una intervención de ayuda y una intervención de control*. La tentativa de otorgar estas tareas a diferentes profesionales ha demostrado ser ineficiente, pues todos los profesionales deben siempre estar inscritos en ambos tipos de intervenciones donde el contexto más amplio, el de la protección del menor y su familia, sea el más importante. La clave de la terapia coactiva reside en que

¹⁰⁴ Ibid., págs. 47-63.

la familia siempre estará al tanto de esta estrecha colaboración entre todos los servicios de ayuda. El uso constante y explícito de informaciones recabadas de forma externa por los profesionales permitirá a la familia confirmar este hecho. Naturalmente, sólo se solicitará y se ofrecerá información entre los profesionales con el propósito de ayudar a la familia, proteger al menor y profundizar en el conocimiento del juego familiar.

Si bien es cierto que la tarea de intervención con familias maltratadoras es compleja, el tratamiento se complica cuando sus miembros no desean ser atendidos. Por ello, la estrategia presentada por Cirillo y Di Blasio es la única que, a nuestro conocimiento, da respuesta a esta polémica y logra conseguir la involucración voluntaria de las personas atendidas. A su vez, esta estrategia intenta ver a todos los organismos que dan intervención terapéutica o legal como agencias en mutua cooperación. Como vemos, la clave de crear una demanda anteriormente inexistente va implícitamente unida a contar con el trabajo interdisciplinario entre las entidades que participan en el caso.

Con esta propuesta de trabajo comenzamos a enfocar de forma diferente el mismo dilema con el que se enfrentó hace ya casi quince años el Centro de Ayuda al Niño Maltratado y a la Familia en Crisis: el trabajar sin una demanda de ayuda. La panorámica, que parecía tan difícil de resolver ha cambiado mucho para estos profesionales desde que sus propios miembros en la Asamblea de Socios del CAF se comentaban: “*¿Cómo pretenden curar a quienes no les piden ninguna ayuda y que llegan enviados simplemente por el Tribunal de Menores? ¡El requisito fundamental para una terapia - o sea, la motivación espontánea- se viene completamente abajo!*” (citado en Cirillo & Di Blasio, 1989, pág. 32).¹⁰⁵

¹⁰⁵ Cirillo, S. y Di Blasio, P., Op. Cit., pág. 32.

F. ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO:

Desde los inicios de este trabajo hemos considerado imperante interactuar interdisciplinariamente ya que la naturaleza del problema del maltrato exige un abordaje donde converjan diferentes disciplinas que vayan más allá del trabajo profesional paralelo que tradicionalmente se realiza.

Consideramos que el plano interdisciplinario de este proyecto se presenta en tres niveles. En una primera etapa tenemos la intervención interdisciplinaria entre las agencias participantes en la elaboración de este modelo, en segunda instancia tenemos la intervención interdisciplinaria elegida para la capacitación del personal y en un tercer nivel presentamos la intervención interdisciplinaria que se dará a lo largo del manejo de los casos dentro de los centros por las diferentes áreas profesionales.

1. Intervención Interdisciplinaria entre Agencias: Elaboración del Modelo.

El desarrollo de este trabajo tiene sus raíces en el esfuerzo conjunto de la Universidad Nacional Autónoma de México (Facultad de Psicología), la agencia del Desarrollo Integral de la Familia (a través del Instituto Nacional de Salud Mental) y el Instituto Latinoamericano para el Estudio de la Familia. Estas tres entidades delinearon las necesidades, objetivos y metodología necesarias para desarrollar un esquema de atención que ofrezca albergue temporal a niños maltratados entre 6 y 12 años. Para ello, colaboraron conjuntamente profesionales de estas distintas entidades a lo largo de: la elaboración del contenido del proyecto, la fase de integración del personal y la recopilación y síntesis de las conclusiones y propuestas que fluyeron de la participación de todas las disciplinas involucradas.

2. Intervención Interdisciplinaria dentro de la Capacitación.

La capacitación propuesta es impartida por las tres agencias participantes en el desarrollo del modelo. La finalidad de la misma consiste en definir y dar a conocer los niveles de conocimientos existentes entre el personal, ofrecer un vocabulario común de términos referentes al maltrato y unificar nuevos conceptos y criterios de trabajo entre los profesionales y paraprofesionales sobre la subjetividad, intersubjetividad y aspectos sistémicos del abuso y manejo interdisciplinario.

Se incluirán en el grupo de capacitación a todas las personas que laboran en el centro, sean tanto profesionales como paraprofesionales (secretarias, mantenimiento, cocineras, etc.), desde quienes se encargan de las rutinas cotidianas y la limpieza, los paraprofesionales y los profesionales con mayor preparación académica. Esta idea de ofrecer una capacitación conjunta antes de iniciar la operación del grupo es esencial entre otras razones porque “este tipo de entrenamiento ayuda a los miembros del equipo a entender la naturaleza, objetivos y filosofía del trabajo de los demás participantes” (citado en Pence & Wilson, 1994, pág. 27).¹⁰⁶ El punto en común de todos los miembros debe ser el interés humanitario de ayudar al niño y su familia.

La capacitación será ofrecida en forma de seminarios y conferencias a lo largo de un período promedio de 6 meses. (Ver Anexo N° C).

3. Intervención Interdisciplinaria del Manejo de Casos.

Nuestra propuesta de trabajo tiene su mayor énfasis en los aspectos interdisciplinarios con que proponemos que se manejen los casos que se revisarán, desde su evaluación inicial de ingreso, las decisiones de tratamiento, el seguimiento del tratamiento y la determinación de egreso del chico.

¹⁰⁶ Pence, D. y Wilson, Ch. (1994). *Team Investigation of Child Sexual Abuse: The Uneasy Alliance*. Editorial Sage. California, Estados Unidos, pág. 27.

En 1967 Starbuck investigó los resultados entre los casos manejados por equipos de trabajo versus los no manejados por equipos y encontró que aquellos trabajados en grupo tenían resultados más favorables que los trabajados individualmente.¹⁰⁷ Por su lado Gilgun encontró en 1988 que la capacidad de decisión sobre el manejo de un caso clínico suele mejorar al compartir y discutir las observaciones hechas por los diferentes miembros de un equipo.¹⁰⁸ A su vez Osmond, Durhan, Leggett y Keating (1998) enfatizan que el peligro de no funcionar en grupos de trabajo recae en dar un enfoque fragmentado del chico maltratado, haciendo ver que el caso como historia clínica es más importante que el niño como un todo. De esta forma, al equipo dar atención a todas las partes que integran y afectan al niño puede estimular y apoyar el crecimiento del chico en los centros¹⁰⁹.

Pero debemos aclarar que el trabajo en equipo no ha sido desde un principio la primera forma de trabajo elegida para dar asistencia a los variados conflictos sociales. Las técnicas de intervención profesional en los centros de asistencia social ha variado a través de los tiempos; las interacciones profesionales han pasado por un continuo el cual revisaremos brevemente a grandes rasgos para entender cómo hemos llegado hasta nuestra propuesta interdisciplinaria de trabajo demostrando de dónde provienen algunos de los conceptos que proponemos.

A partir de la primera mitad del siglo XIX prevaleció en Estados Unidos el método conocido como *tratamiento moral*, el cual proponía que los enfermos debían "...ser tratados de acuerdo con sus derechos morales en cuanto individuos, como que si el tratamiento le revelase al paciente la enseñanza moral de la historia de su vida según se

¹⁰⁷ Starbuck, G. (1977). *Collaborative Team Approach to Non-Accidental Injury and Neglect in Children*. En Untalan, F. y Mills, C. (Editores). *Interdisciplinary Perspectives in Child Abuse and Neglect*. Editorial Praeger, Nueva York, N.Y., pág. 10.

¹⁰⁸ Gilgun, J. (1988). *Decision Making in Interdisciplinary Treatment Teams*. En Untalan, F. y Mills, C. (Editores). Op. Cit., pág. 10.

¹⁰⁹ Osmond, M.; Durhan, D.; Leggett, A.; Keating, J. (1998). *Treating the Aftermath of Sexual Abuse: A Handbook for Working with Children in Care*. Editorial CWLA, Washington, D.C., pág. 71.

relacionase con los otros individuos” (citado en Zax & Specter, 1979, pág. 85).¹¹⁰ Esta ideología no estaba caracterizada por ninguna técnica en particular, sólo exigía una vida comunal entre los pacientes y el personal del hospital. Dentro de las actividades incluidas para lograr este objetivo se encontraba la realización de trabajos, el ofrecimiento de espacios de recreo y la expresión del culto religioso, todas ellas con el fin de “...llevar (al paciente) al exterior de sí mismo” (citado en Zax & Specter, 1979, pág. 86).¹¹¹ Para ello, el hospital acomodaba a cada paciente en una habitación particular, poseía cuartos de juego y talleres de trabajo técnico, al igual que una serie de actividades recreativas internas y externas. Tal era la convivencia y el esfuerzo de promover la salud mental de los pacientes a través de ofrecerle lo más parecido a una vida normal, que los doctores se referían a los pacientes como “nuestra familia”.

Según un estudio llevado a cabo por Bockoven durante 1956 este tipo de tratamiento fue bastante exitoso, al menos 66% de los pacientes tratados, y en algunos casos hasta el 90%, fueron juzgados como plenamente recuperados o mejorados.¹¹² A pesar de estos impresionantes resultados el tratamiento moral desapareció a mediados del siglo XIX para ser suplantado por el *vacío del cuidado de custodia*. Su desaparición se debió a que los líderes del movimiento del tratamiento moral dejaron de existir sin capacitar a suficientes discípulos. A este problema se sumó la influencia de la teoría europea en la psiquiatría norteamericana, donde se proponía una fuerte base fisiológica que consideraba la enfermedad mental como un padecimiento cerebral degenerativo.

El vacío del cuidado de custodia requería de poco contacto entre los profesionales y los pacientes, la aparición del personal dentro del pabellón se efectuaba meramente para administrar medicamentos, dirigir una junta de juego, o darle instrucciones u ofrecer una reprimenda a un paciente. Así, la vida de los pacientes hospitalizados se redujo a una

¹¹⁰ Zax, M. y Specter, G. (1979). *Introducción a la Psicología de la Comunidad*, Editorial El Manual Moderno, S.A., México D.F., pág. 85.

¹¹¹ *Ibid.*, pág. 86.

¹¹² Bockoven, J.S. (1956). *Moral Treatment in American Psychiatry*. En Zax y Specter. *Op. Cit.*, pág. 86.

rutina vacía y sin sentido. Cientos de años debían de pasar para retornar a los parecidos esfuerzos una vez llevados a cabo por el tratamiento moral de principios del siglo XIX.

Fue hasta los años de 1930 que Harry Stack Sullivan propuso un programa paralelo al tratamiento moral para pacientes esquizofrénicos agudos. Su programa marca el primer paso hacia el surgimiento de lo que posteriormente sería la *Comunidad Terapéutica*, tal como se le conoce hoy día y que nos proporcionará también bases para trabajar interdisciplinariamente. Sullivan consideraba que el hospital mental debía de llegar a ser "...una escuela para el desarrollo de la personalidad, más que un lugar de custodia de las fallas de personalidad" (pág.88).¹¹³ Los profesionales involucrados con este tipo de paciente, debían, según Sullivan, tener una captación intuitiva profunda de cómo era la experiencia esquizofrénica.

En 1953 Maxwell Jones propone concretamente los principios que rigen el concepto de Comunidad Terapéutica y critica el modelo existente hasta el momento de la siguiente forma:

...la psiquiatría ha presentado demasiada atención al modelo creado por la medicina general... La omnipotencia del jefe médico, la ausencia de la comunicación en dos direcciones, y la diferencia de status definida rigidamente, la cual excluye a menudo al paciente como persona, son sólo unas cuantas de las características extremas de esta situación (pág. 89).¹¹⁴

A partir de entonces, Jones crea la idea de construir dentro del hospital un área de ambiente terapéutico de tiempo completo que considera al pabellón como un microcosmo de la comunidad. Esta primera comunidad terapéutica dirigida por Jones servía a los neuróticos crónicos y a aquellos pacientes que sufrían de adaptaciones sociales y ocupacionales. Su programa incluía a pacientes psicópatas, de personalidades esquizoides, adictos a la droga y perversos sexuales.

¹¹³ Sullivan, H.S. (1931). *Socio-Psychiatric Research: Its Implications for the Schizophrenia Problem and for Mental Hygiene*. En Zax, Melvin y Specter, Gerald. (Editores). Op. Cit., pág. 88.

¹¹⁴ Jones, M. (1968). *Beyond the Therapeutic Community*. En Zax, Melvin y Specter, Gerald. (Editores), Op. Cit., pág. 89.

Zax y Specter (1979) señalan que el proyecto de Jones de Comunidad Terapéutica constaba de cinco finalidades:

1. Estudiar las características clínicas del grupo de pacientes.
2. Brindar el cuidado psiquiátrico apropiado.
3. Encontrar cuál trabajo sería el mejor para cada paciente.
4. Allanar el camino de retorno del paciente a la comunidad.
5. Hacer un estudio de seguimiento a los pacientes para evaluar los efectos del programa a largo alcance (pág. 90).¹¹⁵

El proyecto de Jones proponía llevar a cabo una hora de sesión diaria para pacientes y miembros del personal conjuntamente. Cada día las sesiones presentaban un contenido diferente. Entre éstas, existían sesiones “de quejas”, en las cuales los pacientes presentaban críticas constructivas sobre el programa; sesiones “didácticas”, donde los pacientes incurrían en charlas educativas sobre el trabajo; sesiones de “discusiones dirigidas”, sobre los problemas sociológicos de interés actual para los pacientes (por ejemplo, qué hacer conjuntamente con su pareja durante los tiempos libres); y sesiones de “psicodrama”, en las cuales se ilustraba una situación de la vida real de los pacientes. Finalmente, eran permitidas algunas horas libres para aquellos pacientes más estables.

Otro aspecto relevante dentro de la ideología de la Comunidad Terapéutica es el de incluir al personal no médico dentro del equipo de trabajo. Así, personas con títulos en ciencias sociales y trabajo social son aceptadas y colaboran con el programa.

Dentro de las tareas de cada tipo de profesional Jones hizo las siguientes asignaciones:

¹¹⁵ Zax, Melvin y Specter, Op. Cit., pág. 90.

Para las enfermeras existían tres tipos de roles:

- El rol de autoridad que requiere el dar arbitraje a las disputas y que rinde informe de las infracciones cometidas.
- El rol social que les impulsa a pasar tiempo con los pacientes y relacionarse positivamente con cada uno.
- El rol terapéutico que les solicita ser intérpretes y transmisores de la cultura al paciente, haciendo que éste se involucre en las actividades.

El doctor por su lado debía despojarse de la bata blanca y los instrumentos médicos y cumplir con los siguientes papeles:

- Participar en las actividades.
- Apoyar a los pacientes en sus progresos.
- Participar en los grupos de discusión diaria.
- Alentar a los pacientes a lidiar con sus problemas.
- Interpretar a los pacientes el significado y las razones de sus sentimientos y conductas.
- Disciplinar a los pacientes.

Además de todo lo descrito anteriormente, Maxwell Jones dio un paso muy importante dentro del tratamiento hospitalario al proponer unir a todos los profesionales de los diversos niveles para tomar decisiones por consenso y efectuar continuamente juntas de personal para resolver casos y problemas de relaciones interprofesionales.

Programas posteriores, como el del Centro de Salud Mental de Massachusetts, desarrollado en 1955, cambiaron otros aspectos que se han ido sumando al tratamiento ofrecido dentro de la Comunidad Terapéutica. Entre los cambios adheridos están la modificación y humanización del proceso de admisión, la inclusión de los paraprofesionales a las juntas, la eliminación de los duros y crueles métodos hasta entonces utilizados para tratar a los pacientes alterados, el despojo de batas de los

pacientes suplantándolas por mejores ropas, mejoras en el ambiente físico del lugar, la inclusión de juegos de mesa, radios, y pianos. De igual forma, las prácticas de las comidas se asemejan a las de una familia permitiendo a los pacientes ayudar a servir y levantar la mesa.

Una contribución importante al concepto de Comunidad Terapéutica por parte de este centro en Boston fue la formación de un *gobierno del paciente*, representado por una enfermera quien fungía de vocera de los pacientes ante la administración. El gobierno del paciente, se hacía cargo de las funciones domésticas del pabellón y tal como lo hacen las comunidades autogobernadas, estos grupos de pacientes elaboraban formas de recaudar dinero. Siguiendo la línea de estas modificaciones, se incrementaron los esfuerzos para maximizar el potencial terapéutico del personal alentándolos a usar "...la intuición, la imaginación, la iniciativa y el juicio propio" (citado en Zax & Specter, 1979, pág. 99)¹¹⁶ y se animó al personal a vivir en el centro y a promover las interacciones entre familiares y pacientes.

Para 1964, Fairweather describió un nuevo tratamiento combinando los elementos propuestos por la Comunidad Terapéutica para tratar a los pacientes mentales crónicos. Fairweather consideró que uno de los problemas presentados por los programas anteriores es que los pacientes lograban adaptarse a la vida comunitaria dentro de los hospitales pero éstos mismos pacientes no eran del todo capaces de adaptarse a la vida afuera, en la comunidad. Así lo demuestra una investigación hecha por él en 1964 donde se refleja la alta rehospitalización de pacientes.¹¹⁷

Por ello, propuso crear dentro del ambiente hospitalario "pequeños grupos de referencia social" que funcionaran como unidades organizadas dentro del hospital y que más tarde permanecerán unidas fuera del mismo. Los pacientes eran devueltos a la comunidad en grupos para continuar como unidad social, aunque no vivían de manera

¹¹⁶ Ibid., pág. 99.

¹¹⁷ Fairweather, G.W. (1964). *Social Psychology in Treating Mental Illness: an Experimental Approach*. En Zax, Melvin y Specter, Gerald. (Editores), Op. Cit., pág. 113.

conjunta, sino independiente. Para lograr esta independencia de los pacientes, Fairweather crea programas donde se practican los papeles y las actividades necesarias para manejarse en la comunidad. Según este autor, las acciones positivas y adecuadas debían ser remuneradas con dinero y permisos de salida y si el paciente era capaz a su vez debía desempeñar un trabajo dentro del centro donde sus actividades eran remuneradas y progresivamente aprendían a manejar su propio dinero.

Sin embargo, al evaluar este programa después de un período de seis meses, se encontró que el 50% de los pacientes habían sido re-internados, quienes en su mayoría eran pacientes crónicos. Debido a estos resultados Fairweather propuso un segundo programa donde se les permitía a los pacientes salir en grupos y vivir en “posadas”, todos juntos. El programa dio resultados positivos y realzó la capacidad de los pacientes de permanecer en la comunidad y trabajar productivamente.

A partir de este escenario se han hecho otras contribuciones muy valiosas como es la adición del programa de *economía de fichas*, que brotó a las teorías de Skinner sobre el aprendizaje por condicionamiento operante. Este programa, pretende determinar las conductas que deben ser modificadas, definir los refuerzos que promoverán las conductas deseadas y evaluar los resultados. Entre las actividades que Ayllon y Azrin (citado en Zax & Specter, 1979), creadores de la aplicación de la teoría de Skinner proponen que como instrumentos de refuerzo para promover la salud mental de sus pacientes están: la libertad para salir del pabellón, la asistencia a los servicios religiosos y la adquisición de artículos, entre otros. Las contribuciones de este programa han sido positivas y por ello son utilizadas aún hoy día. El valor de esta técnica consiste en no olvidar que el trabajo mismo no se efectúa todo el tiempo debido a motivadores intrínsecos del ser humano y en que el trabajo en sí no ofrece siempre remuneraciones tan deseadas como las mencionadas anteriormente¹¹⁸.

¹¹⁸ Zax, Melvin y Specter, Gerald. Op. Cit., pág. 117.

Seguidamente aparecieron programas que proponen la creación de casas existentes dentro de las comunidades, fuera de las instalaciones hospitalarias, convirtiendo a sus inquilinos en “residentes” y no en “pacientes”. A este tipo de programa se le llama *casa de asistencia social (settlement house)*. En un principio estas casas ofrecieron albergue en Estados Unidos a inmigrantes en estado de pobreza y falta de educación. Las casas de asistencia social atrajeron a estudiantes jóvenes de medicina, de las ciencias sociales, personas religiosas y feministas interesadas en la acción social. Las casas ofrecían una variedad de actividades como la creación de diversos clubes, la atención a enfermos y a mujeres maltratadas. Eventualmente la ayuda para los inmigrantes se fue debilitando en la medida en que las necesidades sociales que crearon las casas de asistencia fueron declinando y los inmigrantes fueron absorbiéndose a la sociedad norteamericana.

Por su lado, Jacques Chazaud, autor del libro “Introducción a la Terapia Institucional” rechazó en 1978 los confinamientos hospitalarios psiquiátricos y denunció que las instituciones hospitalarias y de asilo indefinido no promueven el bienestar mental de los pacientes, sino más bien, excluyen y refugian. Chazaud sigue este razonamiento: “...buscar la personalización del sujeto, su participación, en un grado de responsabilidad tan alto como sea posible dentro del grupo, favorecer el trabajo y la colaboración. Todo esto constituye la base de una recuperación de contactos sociales normales” (pág. 32).¹¹⁹ De esta forma, Chazaud se apega al enfoque propuesto por Paul Bernard (1954) y sugiere utilizar dentro de las instituciones la *terapia institucional*. Por *institución* este autor se refiere al “...conjunto de las formas o estructuras sociales, tal como las establece la ley o la costumbre y cuya estabilidad garantiza las relaciones humanas” (pág. 16).¹²⁰ De esta manera, reúne a cualquier establecimiento o recinto como una entidad en la cual pueda adaptarse este enfoque. De allí que por terapia institucional se entiende que es aquella que propone fundar, instaurar (o restaurar) el establecimiento de la asistencia en instituciones de estructuras de intercambio, como lugar estable y fiable de una empresa y

¹¹⁹ Chazaud, J. (1978). Introducción a la Terapia Institucional. Ediciones Paidós, B.A. Argentina, pág. 32.

¹²⁰ *Ibid.*, pág. 16.

una alianza terapéutica en que el enfermo pueda asumir una parte de responsabilidad “...lo que se hace, se hace de conformidad con un vector psicoterapéutico y con una concepción globalizada del servicio, considerado como sistema” (pág. 16).¹²¹

La terapia institucional es un asunto de equipo donde los profesionales (médicos, enfermeros, animadores, etc.) son cooperadores; donde existe un líder pero a la vez se suprime toda dimensión jerárquica. La interrelación de los profesionales debe permitir la coordinación, los intercambios reflexivos y la discusión abierta. Como menciona Chazaud volvemos a encontrar la *noCIÓN capital de circulación interdisciplinaria*, que es el eje central que inspira nuestro trabajo. Vemos así, como tanto los conceptos de Comunidad Terapéutica como de Terapia Institucional se entremezclan y se asemejan tanto en los puntos prácticos como ideológicos y van llevándonos a elaborar y construir un modelo que retoma algunos de estos aspectos e introduce otros nuevos.

Por su lado, Osmond, Durhan, Leggett y Keating aplicaron en 1997 el concepto de comunidad terapéutica al cuidado de niños abusados sexualmente. Este equipo propone ofrecerle cuidados al niño en casas de albergues donde el tratamiento es enfocado en las actividades diarias y la convivencia diaria del chico con las personas encargadas de cuidarle y en donde a su vez se cuente con el apoyo de un equipo terapéutico multidisciplinario. Sin embargo, los tratamientos terapéuticos por profesionales especializados son vistos como suplementarios dentro del progreso del niño. Las experiencias de la vida cotidiana tales como: la predictabilidad de la rutina, los horarios, la seguridad y la ausencia de la amenaza de ser herido, el tipo de cuidado, así como el manejo de la conducta y la ausencia de castigo, son los mecanismos a través de los cuales se puede lograr algún tipo de cambio, ya que según ellos las reglas, el orden y los límites ofrecen un ambiente de seguridad y estructura para un niño con un mundo interno caótico.

¹²¹ Ibidem.

Según estos autores las personas al cuidado de los niños deben ser capaces de ser suficientemente sensibles como para extraer “lecciones de vida” de los eventos diarios que ocurren. Por ello, estos terapeutas opinan que debe trabajarse con un número muy pequeño de niños, aproximadamente dos niños por adulto, para que esta interacción sea enriquecedora. También la comunicación abierta entre los miembros del equipo clínico es de suma importancia sobre todo aquella entre los cuidadores y los terapeutas, quienes pueden informar sobre los comportamientos diarios del niño, los aspectos que despiertan recuerdos, los *acting out* y las conductas que reflejan sus patrones de relaciones familiares.

Entre las técnicas utilizadas para ofrecerle un ambiente terapéutico al chico dentro de su espacio cotidiano están:

- Hacer hincapié sobre el evento ocurrido más que en los sentimientos que llevaron al niño a conducirse de cierta forma.
- Clarificar y racionalizar lo ocurrido desde la perspectiva del chico para este se calme y pueda poner en palabras sus sentimientos e ideas.
- Interpretar el comportamiento del niño para dar entendimiento y elaboración a sus reacciones. Debe tratarse de que el niño vea la realidad de una manera más objetiva, de que su comportamiento destructivo le sea desagradable y que haya deseo de cambio, de no abrumarlo con sentimientos vergonzosos, de reconocer sus cualidades positivas y aumentar su confianza en sí mismo, y de enseñar al niño actitudes y valores más correctos.
- Buscar alternativas y otras posibles soluciones de respuesta, analizando sus consecuencias para escoger la más adecuada.
- Practicar en forma de *role playing* la solución escogida para que el niño experimente la posibilidad de comportarse en una forma diferente.
- Hacer de esta situación lo más natural posible eliminando la artificialidad del momento con humor y continuando con las actividades del día.

Osmond y sus colaboradores incluyen otra parte esencial del proceso terapéutico dentro de los conceptos de la Comunidad Terapéutica: el relato de la historia personal del niño. Esta historia no trata solamente sobre el abuso, sino también sobre su vida, sus recuerdos, sus traumas y sus triunfos personales. Su historia consiste en lo que le ha pasado y en quién es hoy como persona debido a ello.

Ellos razonan que a medida que aumenta la confianza del niño, se conocerán los diferentes aspectos de su historia como una serie de variados incidentes pero aclaran que la persona al cuidado del chico no debe enfocarse en conocer estos relatos hasta que el niño se sienta aceptado y tomado en cuenta. Si el muchacho nunca llega a contar su historia esto no debe ser percibido como un fracaso por parte del encargado, pues el chico se expresará cuando se sienta listo, lo cual puede llegar a ocurrir cuando se convierta en adulto. Así mismo, el hecho de contar la historia no es una cura mágica en sí, sino sólo una herramienta y una estrategia de trabajo.

Según ellos, la elaboración de la historia personal del niño ocurre en tres etapas: el período anterior al recuento de su historia, luego la fase en donde el niño relata lo sucedido junto con el dolor y el miedo que acompaña su historia y por último, el momento posterior donde el chico intenta continuar con su vida. En la primera etapa el niño no ha comenzado a manejar el impacto de su abuso y comienza nuestro largo proceso de ganar su confianza y hacerle sentir seguro. A pesar de esto, su historia es contada de muchas formas a través de su comportamiento y su manera de relacionarse. En la segunda fase el niño toma el riesgo de decirnos su historia poniéndonos en constante prueba, haciendo regresiones y lleno de dudas, constantemente preocupado de cómo es visto y si será rechazado una vez que conozcamos sus secretos. El niño puede llegar a sentirse enojado con la persona a quien le confía su historia por haberle hecho contar lo que guarda dentro de sí. En la fase posterior al recuento, el niño y quien le atiende necesitan comprender el impacto del abuso y su conexión con su comportamiento e ideas. De esta forma el niño empieza a ver los patrones que ha utilizado para protegerse y aquellos otros que ya no le son funcionales; empiezan a surgir en él decisiones

conscientes y propias. Una vez conocida la historia de la vida del chico los eventos diarios ofrecerán oportunidades para seguir explorando, resolviendo y aprendiendo de sí mismos.

Finalmente, Osmond y su equipo nos recuerdan que el niño puede estancarse en el *recuento de su historia lo cual es señal de que no se ha atendido algún aspecto importante*, tal como las relaciones fantaseadas por el niño dentro de la familia, la vergüenza de los hechos vividos, la protección que puede estar dando a otros miembros de la familia o el duelo y el dolor de la separación de su hogar. A su vez ellos nos recomiendan incluir dentro de las acciones terapéuticas actividades que provean desahogos físicos, saludables, divertidos y que alienten interacciones sociales positivas y exitosas donde también se toleren las reglas y las estructuras.¹²²

Otro concepto derivado de la labor que pueden ofrecer los paraprofesionales es el fungir como la Persona de Confianza para el niño, noción introducida por Tilman Furniss (1995) para denominar a la persona a quien el niño revela sus sentimientos y relatos sobre el abuso o con quien despliega de forma inconsciente los síntomas. Con ellos el niño se siente suficientemente seguro como para comunicarse. Este profesional o paraprofesional (enfermera, cocinera, pedagogo, secretaria) se convierte en la persona más importante para el chico durante todo el período inicial de apertura emocional. La Persona de Confianza necesita ser asesorada por los expertos en cómo manejar estos sentimientos y comportamientos que despliegan el niño.

Al momento de ser entrevistado sobre el abuso esta persona debe acompañar al niño a la sesión, no significa esto que conducirá la entrevista sino que le ofrecerá apoyo con su presencia y de cierta forma le dará la seguridad de poder relatar su historia a otra persona hasta que se hayan revelado todos los hechos del abuso y el profesional también haya ganado la confianza del niño. A lo largo del proceso terapéutico la Persona

¹²² Osmond, M., Durham, D., Leggett, A., y Keating, J. Op. Cit., págs. 75-89.

de Confianza puede que siga siendo la persona más cercana al chico y por ello debe trabajar junto con el equipo interdisciplinario.¹²³

Por otro lado, los primeros intentos de aplicar un modelo de completo manejo multidisciplinario donde se concede importancia a los roles de los diversos profesionales enfocado específicamente hacia la problemática del maltrato comenzaron en 1958 en el Hospital de la Universidad de Colorado en donde se creó el *Child Protection Team* (Equipo para la Protección del Menor) con la finalidad de discutir los diagnósticos difíciles y los problemas terapéuticos que presentaban algunos casos. En 1959, el *Child Welfare League of America* (Liga Americana del Bienestar del Menor), publicó una de las primeras referencias sobre la colaboración multidisciplinaria en la cual se reconoce que los servicios de asistencia social para los niños deben ser dirigidos por las escuelas, las agencias policiales, los juzgados, y los hospitales y que los servicios ofrecidos por estas entidades deben incluir actividades educativas, físicas, de salud mental, social y legales.

Luego, en 1962 Henry Kempe publicó el artículo *The Battered Child S.yndrom* (El Síndrome del Niño Maltratado) haciendo surgir conciencia sobre el tema del maltrato y abuso a los niños y urgiendo a la responsabilidad pública para que se tomaran medidas para la protección de los chicos (citado en *Child Welfare League of America*, 1959, págs. 2-6).¹²⁴ Pero fue hasta finales de la década de los '70 y principios de los '80 que los equipos multidisciplinarios se consideraron la mejor opción para ofrecer una ayuda coordinada en la prevención y atención de los niños abusados y sus familias.

Surgieron alrededor de esta época varios artículos importantes sobre el trabajo en equipo y los modelos multidisciplinarios tales como *Social Work Practice: Model and Method* (La Práctica del Trabajo Social: Modelo y Método) por Pincus y Minahan en

¹²³ Furniss, T. (1991). Op. Cit., págs. 188-190.

¹²⁴ *Child Welfare League of America*, (1959). *Child Welfare as a Field of Social Work Practice*. En Untalan, Fa ye y Mills, Crystal (Editores). *Interdisciplinary Perperctives in Child Abuse and Neglect*. Editorial Praeger. Nueva York, N.Y., págs. 2-6.

1973, el cual discutía el trabajo en grupo bajo la supervisión de *Sistemas de Acción*. Estos sistemas son grupos compuestos por profesionales y paraprofesionales involucrados en el caso que se reúnen para formar sub-grupos para la recolección de información, análisis de la problemática y objetivos del tratamiento. Ese mismo año, Madison y Schapiro publicaron el texto *New Perspectives on Child Welfare: Services, Staffing, Delivery Systems* (Nuevas Perspectivas en la Asistencia Social del Menor: Servicios, Personal, Sistemas de Entrega) el cual detalla las operaciones del equipo de trabajo dentro de la institución y dentro del contexto total del sistema de asistencia social de los niños. Por otro lado, en 1977 Sobey presentó su libro *Changing Roles in Social Work Practice* (Los Roles Cambiantes en la Práctica del Trabajo Social) el cual enfatiza la importancia de los equipos multidisciplinarios y considera que los mismos tienen un enorme potencial para la práctica con casos de niños maltratados (citados en Untalan & Mills, 1992).¹²⁵ A pesar de esto, según Faye Untalan y Crystal Mills (1992), hoy día los equipos multidisciplinarios son sub-utilizados para el tratamiento específico del maltrato y muchos de estos equipos están aún bajo la dirección de los servicios pediátricos de los hospitales.

Entre los más reconocidos trabajos pioneros en la utilización de equipos multidisciplinarios se encuentra el dirigido por Kempe en Colorado (citado en Untalan & Mills, 1992); en este programa existen tres equipos principales con roles y funciones específicos. El equipo principal está formado por un médico, un trabajador social y un coordinador de equipo y se dedica al manejo de casos y la toma de decisiones. Por otro lado está el equipo consultor del equipo principal compuesto por un psiquiatra, un psicólogo y un experto en desarrollo quienes se reúnen regularmente con el equipo principal para la revisión de los casos. Finalmente, el programa se compone de un tercer equipo de doctores familiares, enfermeras, especialistas, médicos, trabajadores sociales, agentes de policía, terapeutas de salud mental, guardianes “*ad litem*”, abogados, padres adoptivos y maestros que se reúnen con

¹²⁵ Untalan, F., y Mills, C., Op. Cit., págs. 3-4.

los otros equipos sólo de ser necesario para el desenvolvimiento del caso. Este programa ha existido por más de 30 años y está vigente aún hoy día.

A partir de la creación de estos nuevos equipos de trabajo ha surgido la necesidad de definir y aclarar el uso de la terminología con que designamos las diferentes clases de grupos. Según Untalan y Mills (1992) a través de la literatura se han identificado cuatro tipos de equipos:

Equipos Unidisciplinarios: están compuestos por individuos de una sola disciplina. Los profesionales de dicha disciplina trabajan en cooperación en un solo tipo de situaciones o juntos como colegas dentro de una unidad de manejo de casos en crisis.

Equipos Multidisciplinarios: se refiere a profesionales de diferentes disciplinas involucrados unos con otros pero que no necesariamente trabajan en forma interdependiente. Existen varios tipos de modelos multidisciplinarios:

- **Modelo de Manejo de Casos:** cada miembro del equipo tiene un número asignado de casos y de forma rotativa presenta a los demás miembros los casos dificultosos para obtener opiniones de sus colegas.
- **Modelo de Consulta:** el coordinador de casos utiliza a los demás miembros como panelistas expertos en las diferentes áreas para obtener asesoría.
- **Modelo de Equipo de Enseñanza:** se enfoca en la educación de otros profesionales y el público sobre el abuso y el abandono.
- **Modelo de Equipo de Desarrollo de Recursos:** evalúa las necesidades y los recursos de la comunidad e intenta aliviar las faltas a través del desarrollo de recursos.

Equipos Interdisciplinarios: los profesionales de estos equipos provienen de disciplinas variadas y trabajan interdependientemente en la coordinación, intervención y seguimiento de los casos.

Equipos Transdisciplinarios: son equipos con membresías de largo plazo donde se comparten funciones profesionales para conservar recursos sin comprometer la calidad de los servicios. Los profesionales en este tipo de equipo se re-entrenan y enseñan actividades unos a otros pero retienen la responsabilidad de mantenerse en sus especialidades (pág. 4).¹²⁶

Debemos aclarar que en la literatura científica y para muchos profesionales, cuando se habla del trabajo en equipo que hacen distintos profesionales se le llama libremente trabajo multidisciplinario pero, este término realmente corresponde a la composición del grupo y no a su funcionamiento. El trabajo realizado dentro del grupo debe ser apropiadamente definido como trabajo interdisciplinario, cuando existe un proceso interactivo entre las disciplinas involucradas en donde se aprovechan las oportunidades y ventajas de trabajar juntos para aumentar la efectividad y la realización de los objetivos trazados.

La efectividad de los equipos multidisciplinarios e interdisciplinario para tratar la problemática del abuso está demostrada en estudios como los de Fontana y Robison llevados a cabo en 1976 los cuales demuestran el éxito de este modelo en la prevención de la separación de las familias y el mejoramiento del desarrollo de los niños involucrados.¹²⁷ En 1985 Hochstadt y Harwicke evaluaron el programa multidisciplinario y encontraron que el mismo aportaba ciertas funciones como: la facilidad de ofrecer más y mejores servicios y la reducción de la fragmentación y duplicación de los mismos, todo esto debido a la coordinación de los casos.¹²⁸

Si bien, hemos llegado hasta la metodología de trabajo comunitario propuesta hoy día (intervenciones multi e inter disciplinarias) es importante que destaquemos que los

¹²⁶ Untalan, F., y Mills, C., Op. Cit., pág. 4.

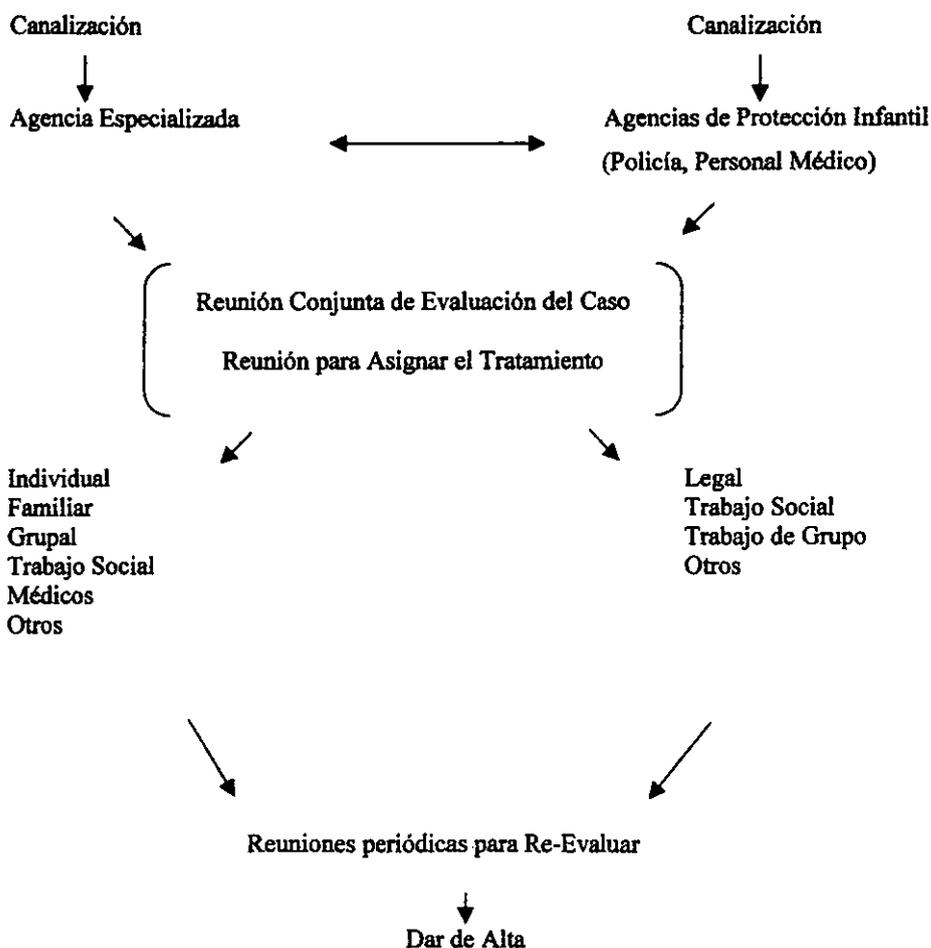
¹²⁷ Fontana, V. y Robison, E. (1976). *A Multidisciplinary Approach to the Treatment of Child Abuse*. En Untalan, Faye y Mills, Cristal. (Editores). Op. Cit., pág. 10.

¹²⁸ Hochstadt, N. y Harwicke, N. (1985). *How Effective is the Multidisciplinary Approach? A Follow Up Study*. En Untalan, Faye y Mills, Crystal. (Editores). Op.Cit., pág. 10.

aspectos expuestos por la Terapia Institucional y la Comunidad Terapéutica están conjugados dentro de estos programas de trabajo. Así existen diversos esquemas para trabajar multi e interdisciplinariamente, los cuales nos ayudan a la planeación y construcción de nuestro propio modelo de intervención interdisciplinaria en albergues de niños maltratados.

Entre estos modelos está el Modelo de Atención Interdisciplinario propuesto por Leonard John Baglow construido en 1990 para trabajar con niños abusados. Este modelo se puede esquematizar de esta manera:

**Modelo Interdisciplinario
De Tratamiento con Niños Abusados
Propuesto por
Leonard John Baglow***



NOTA: *Tomado de Baglow, L.J. (1990). *A Multidimensional Model for Treatment of Child Abuse: A Framework for Cooperation.* Child Abuse and Neglect. 14 n:3. Editorial Pergamon, Estados Unidos, págs. 387-395.

El esquema presentado por Baglow considera la posibilidad de recibir en el albergue a niños procedentes de diversas agencias gubernamentales que en nuestro caso podrían ser la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, la Procuraduría de la Defensa del Menor, la Secretaría de Salud, el Hospital de Pediatría, entre otros. Por otro lado, pueden proceder de instituciones no gubernamentales como serían la Casa Hogar de la Cruz Roja, la Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres A.C. (COVAC), la Comisión Nacional de Derechos Humanos y otras más. Indistintamente de dónde procedan los casos, tanto las agencias gubernamentales como no gubernamentales no deben tratar los casos de abuso de forma aislada. Progresivamente, todas las agencias legales de protección deben solicitar ayuda a centros especializados y a su vez, las agencias de ayuda social deben reportar a los organismos legales correspondientes sobre los casos que atienden. Esta etapa en nuestra ilustración es la que conocemos como *canalización cruzada*.

Posteriormente, cuando el caso ha sido evaluado y cumple con los parámetros de admisión del centro se da lugar a la *evaluación conjunta*. Esta evaluación tomará en cuenta los datos y antecedentes proporcionados por el organismo que los canaliza y se llevará a cabo por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas y si es necesario estará presente algún representante de la agencia de donde procede el caso.

A partir de esta evaluación conjunta se tomarán las decisiones sobre la dirección particular y los tipos de tratamiento que deberá recibir el caso. Estamos aquí ante la *delegación de las responsabilidades de tratamiento*. Entre estos tipos de tratamiento podemos encontrar los de enfoque individual, grupal, familiar, médico o los proporcionados por agencias externas al albergue. De esta manera se da inicio a un tratamiento simultáneo entre disciplinas. Más adelante los profesionales que participan en el tratamiento llevarán conjuntamente *reuniones periódicas de re-evaluación* hasta que

se hayan cumplido satisfactoriamente las metas trazadas y se tome la decisión de *dar de alta*.¹²⁹

Revisemos más detalladamente los aspectos claves que según Leonard Baglow deben analizarse en cada una de estas etapas:

Canalización Cruzada: durante esta fase deben acordarse dos aspectos importantes, el primero es la definición de abuso con la que se trabajará y segundo las expectativas de la intervención. Esto se debe a que algunos lineamientos sobre el abuso son claros, como lo pueden confirmar los golpes a la cabeza, quemaduras o huesos rotos, pero otras áreas del abuso como el aspecto emocional y el abandono pueden ser difíciles de diferenciar. A esta problemática Dingwal, Eekelaar y Murray la han llamado *relativismo cultural*. Es así como el primer paso de esta fase es hallar previamente un consenso sobre los casos y la gravedad para ser aceptados. Todavía en esta etapa permanecen confusos las responsabilidades y validez de las evaluaciones, los problemas de autoridad y proyecciones personales hacia el caso. Para ello son necesarias una comunicación abierta y directa y una clarificación y clasificación de las funciones.

Evaluación Conjunta: una vez más y en especial en esta etapa, la necesidad de una comunicación clara y honesta es vital. Mientras más profesionales atiendan a la reunión aumentará las posibilidades de una comunicación problemática. Durante esta fase de evaluación los profesionales de distintas disciplinas deben reunirse para contestar algunas preguntas que según Baglow no pueden ser respondidas individualmente, sino que requieren de un trabajo interdisciplinario. Hay diez preguntas a las que se les deben dar respuestas:

1. ¿Ha ocurrido algún abuso o negligencia?
2. ¿Qué tipo de abuso ha ocurrido?
3. ¿Quién es el abusador?

¹²⁹ Baglow, L. J. (1990). *A Multidimensional Model for Treatment of Child Abuse: A Framework for Cooperation*. *Child Abuse and Neglect* 14 n: 3, Editorial Pergamon, Estados Unidos, págs. 390-394.

4. ¿Cuál es el riesgo de que el abuso vuelva a ocurrir en un futuro?
5. ¿Es suficiente el riesgo de recurrencia como para remover al niño o sus hermanos?
6. ¿Hay suficientes evidencias para llevar el caso a los Tribunales?
7. ¿Qué sabemos sobre el niño y la familia?
8. ¿Cómo podemos proteger al niño?
9. ¿Qué lineamientos y objetivos seguirá el tratamiento? ¿Cuáles serán los profesionales que estarán involucrados en este tratamiento para ayudar al niño o niña y su familia?
10. ¿Quién reportará al niño y su familia de los resultados de la reunión?

Durante la evaluación conjunta Baglow nos recuerda que pueden surgir sentimientos de dolor, rabia o tristeza por los profesionales involucrados en esta tarea, lo cual puede matizar la relación de ellos con el caso y los familiares. Muchas veces los profesionales utilizan mecanismos de defensa como la negación y proyección para manejar estos sentimientos y de alguna manera pueden estar reflejando la dinámica que ocurre en la familia. Por ello, es de gran importancia reconocer y manejar estas dificultades para el bienestar del niño abusado.

Hallet y Stevenson (1980) listan cuatro aspectos adicionales que pueden darse durante esta dinámica y que pueden afectar el proceso de evaluación:

1. En un inicio los profesionales, como grupo, comienzan sintiendo desconfianza de las capacidades y técnicas de los otros profesionistas.
2. Los participantes están conscientes de su propia responsabilidad.
3. El caso es sólo una pequeña porción del vasto trabajo que puede tener el profesional.
4. Los profesionales no comparten antecedentes en términos de educación, entrenamiento, experiencia o estructura de trabajo (pág. 391).¹³⁰

¹³⁰ Hallet, C. y Stevenson, O. (1980). *Child Abuse: Aspects of Interprofessional Cooperation*. En Baglow, L. (Editor). Op. Cit., pág. 391.

Thomas E. Frothingham (1994) llama a esta etapa *Estudio de Casos*, como se le designa en el modelo británico. Según este autor, los objetivos de esta fase son el recoger información, hacer un diagnóstico y desarrollar un plan de tratamiento. Durante esta etapa se debe utilizar el reporte policial, las entrevistas realizadas y los exámenes médicos llevados a cabo hasta el momento. Es posible que el equipo que participa en este estudio de casos invite a cualquier profesional a colaborar con información como lo puede ser una maestra, un pediatra y en algunos casos, el niño y sus familiares. Si los padres o la víctima no son invitados a la reunión pueden buscarse sus opiniones, temores o expectativas y las mismas ser presentadas durante la sesión. El número de participantes debe oscilar entre diez y quince personas.

Frothingham utiliza el formato de preguntas, para el equipo encargado del estudio de casos, presentadas anteriormente por Baglow y añade que el período previo al análisis de estas preguntas requiere que cada participante se presente a sí mismo y que la reunión sea encabezada por algún delegado que ofrezca un resumen del caso. Posterior a la fase de cuestionamiento, este delegado es quien preparará un resumen de la reunión a los participantes, así como una carta escrita a los familiares reportándoles las decisiones y recomendaciones de la reunión. Se dará también, posterior a la fase de preguntas, un espacio de discusión entre los profesionales en donde se aconseja intercambiar la mayor cantidad posible de información y sacrificar la confidencialidad del caso. Todas las decisiones de tratamiento deberán ser tomadas en el momento de la reunión.¹³¹

Este modelo británico a diferencia del modelo norteamericano puede ser más complejo y costoso por involucrar a tan alto número de profesionales y puede implicar, en ciertas instancias, más de una sesión y la necesidad de movilizar al personal desde zonas distantes. La propuesta de invitar a la víctima a formar parte de la reunión se basa en que su futuro estará directamente afectado por las decisiones que se tomen. Según

¹³¹ Frothingham, T. (enero, 1994). *The British Case Conference in Child Sexual Abuse: Another Model for America*. *Child Abuse and Neglect*. 18 n: 1 Editorial Pergamon, Estados Unidos, págs. 103-106.

Shemmings y Thoburn (1990) hay en general, una experiencia positiva de que el niño o niña participe de esta reunión.¹³²

Delegación de las Responsabilidades del Tratamiento (Reunión para Asignar el Tratamiento): existen dos tipos de objetivos del tratamiento. El primero, es la resolución terapéutica de las dificultades del niño y su familia y el segundo, es la contención de la familia para que, hasta donde sea posible, no se repita el abuso y el niño y su familia permanezcan en el tratamiento. Ambos conceptos, tanto la contención como la intervención terapéutica, son interdependientes. Todos los profesionales del equipo de alguna manera u otra ejecutan ambas funciones y esto debe ser un punto claro para el equipo. La contención de la familia se refiere tanto a limitar su desbordamiento emocional como también el impedir a través de algún tipo de protección, tanto a la víctima, como al abusador, el volver a vivir el maltrato a través de la suspensión de la tutela, el albergar del menor o el darle un hogar sustituto. Otro aspecto importante de esta fase es el reconocer y designar un equipo encargado de delegar las responsabilidades de tratamiento, el cual será el regulador del equipo de trabajo y el encargado de velar que se sigan las acciones delineadas.

Tratamiento Simultáneo: es necesario que durante la fase preliminar de delegación se hayan aclarado y establecido las prioridades del tratamiento. Las tareas de cada profesional son diferentes, pero deben seguir una lógica dentro de un contexto o patrón definido y aceptado por todo el equipo. A pesar de existir un delineamiento inicial del curso del tratamiento, puede surgir la necesidad de realizar cambios y adaptaciones según las circunstancias o la dinámica de la situación, por ello, es esencial que cualquier desviación de lo acordado, sea discutido entre todos los profesionales tomando en consideración el interés superior del niño o la niña. Baglow señala que son obvios los beneficios de una comunicación clara entre los miembros del equipo, pero más allá,

¹³² Shemmings y Thoburn (1990). *Parental Participation in Child Protection Conferences: Report of a Pilot Project in Hackney Social Services Department*. En Frothingham, T. (Editor). *Op. Cit.*, pág. 106.

permite demostrarles a las familias que hay una unidad de equipo y les modela patrones sanos de cambio.

Reuniones Periódicas de Re-evaluación: las reuniones periódicas se refieren a citas previamente acordadas entre el equipo de una manera formal y cuyo objetivo es evaluar el curso que ha seguido el tratamiento, sus bondades y debilidades, así como también, acordar si es momento de dar de alta el caso. Según ciertos puntos de vista es apropiado dar de alta el caso cuando el riesgo de un futuro abuso cae por debajo de cierto nivel. Otros puntos de vista argumentan que se debe continuar el contacto con el niño o su familia hasta que todas las necesidades del tratamiento estén satisfechas. El primero de estos puntos de vista, puede cometer el error de desproveer de los servicios de atención en la mitad del tratamiento, el segundo punto, dificulta el cerrar algún caso por las enormes necesidades que estas familias siempre presentarán. Para evitar tales problemas es vital que durante estas sesiones de re-evaluación se discutan los siguientes puntos:

1. ¿Ha disminuido, hasta donde se puede valorar, el riesgo de mayor abuso a un nivel aceptable?
2. ¿Se han logrado las metas de tratamiento delineadas en un principio y puede algún tipo de tratamiento aisladamente continuar trabajando con éxito?
3. ¿Esta de acuerdo la familia con la decisión clínica de dejar el tratamiento conjunto que se ha estado siguiendo?

Como puede observarse, este modelo de Baglow aporta muchos elementos útiles para desarrollar un esquema de trabajo y delinea los aspectos generales de organización y pautas para la recolección de información y determinación de ingreso y egreso del niño del albergue.

Tilman Furniss (1995), co-fundador del primer proyecto multidisciplinario enfocado a niños sexualmente abusados en Holanda, Londres e Inglaterra y psiquiatra de

niños y familias en la Clínica Tavistock, en Londres, es el autor del libro *The Multiprofessional Handbook of Child Sexual Abuse* (Manual Multiprofesional sobre el Abuso Sexual al Menor). En su libro Furniss, propone la idea de que los profesionales que trabajan en este campo suelen abordar esta problemática de tres maneras diferentes dependiendo de los aspectos de la relación familiar con que se identifiquen. Asimismo, consideran que el manejo entre los profesionales del equipo refleja la dinámica familiar. Para este autor, el equipo de trabajo constituye una red complementaria del sistema familiar y una vez entran en contacto forman un nuevo sistema "profesionales-familia" donde ambas partes se influyen mutuamente. Por ello, la percepción del grupo de trabajo sobre las familias donde existe abuso guiará, según este terapeuta, las intervenciones y resultados dentro del sistema y subsistemas familiares así como profesionales.

De manera resumida, según Furniss la perspectiva que el equipo multidisciplinario tenga sobre dónde recae la culpabilidad del abuso, la responsabilidad de los miembros de la familia, y la participación de los mismos en el maltrato pueden resumirse en tres patrones distintivos que los profesionales den al manejo de los casos:

Intervención Primaria Punitiva (IPP): el término intervención primaria punitiva describe cualquier tipo de intervención por un profesional que tenga en su mira al abusador con el propósito de castigarlo de acuerdo a una explicación mono casual del abuso. Por ejemplo, una sanción por las cortes judiciales es una medida punitiva de los actos del abusador. El IPP resuelve el abuso dentro de la familia castigando al abusador y generalmente privándolo de su libertad. La decisión monocausal de encarcelarlo se basa en la responsabilidad, culpa y poder que son sólo atribuidos al abusador. El IPP hace imposible para el niño o niña, la familia y la red de profesionales el reconocer y manejar los aspectos positivos y el fuerte vínculo entre el niño y el abusador. Este enfoque permite a la madre y a los niños enmascarar sus propios sentimientos de culpa, participación y negación en el abuso.

Intervención Primaria Protectora del Niño (IPPN): este modelo incluye todas la formas de intervención donde el niño es el centro de todas las acciones dirigidas hacia su protección física, emocional y moral. En este modelo son los servicios sociales lo que tienen un rol primario y son ellos quienes pueden actuar como “mejores padres” para el niño, a diferencia de sus actuales padres y en oposición siempre frente a ellos, asumiendo así un fracaso implícito de los roles parentales, tanto del abusador como de su pareja y dando por resultado un razonamiento bi-casual de la situación. Este tipo de intervención puede llevar a la victimización secundaria del niño, al removerlo de su hogar y de sus figuras vinculares importantes, separándolo de sus hermanos, amigos y escuela sin mantener estas relaciones y resolver su dinámica familiar.

Intervención Primaria Terapéutica (IPT): en este modelo se incluyen todas las intervenciones que tengan como meta el tratamiento psicológico individual del trauma y el cambio en la dinámica familiar. El IPT no está dirigido hacia ningún miembro de la familia en particular sino hacia las relaciones familiares. Este esquema no ignora las intervenciones legales necesarias ni las separaciones del niño o de alguna de las figuras parentales, más bien, considera que las intervenciones legales son necesarias y forman parte del proceso terapéutico.

De acuerdo a la Intervención Primaria Terapéutica deben seguirse cuatro principios fundamentales:

1. La intervención debe tomar en consideración los vínculos actuales del niño con sus figuras parentales, a pesar de que una de ellas puede ser la fuente del abuso.
2. La única forma de abordar a una familia que sufre de abuso es de forma multiprofesional, donde los profesionales complementen sus conocimientos e información unos con otros en vez de percibir sus tareas como antagonistas y mutuamente excluyentes.

3. Al trabajar en un sistema multidisciplinario deben considerarse potencialmente terapéuticas todas las acciones que puedan afectar al niño, sean estas decisiones legales, sociales o psiquiátricas.
4. Los problemas de abuso requieren de la utilización de diferentes enfoques terapéuticos incluyendo la terapia familiar, grupal e individual. El éxito o fracaso de la intervención no dependerá del tipo de terapia que se elija o de la familia con que se trabaje, sino en la cooperación que se dé entre los profesionales quienes comúnmente devalúan o subestiman las tareas de los colegas. Es necesaria la implementación de las funciones de las diferentes disciplinas de forma concurrente para lograr la intervención primaria terapéutica (págs. 115-116).¹³³

A su vez Furniss propone cinco metas y pasos del tratamiento básico en la intervención primaria terapéutica:

1. *Detención absoluta del abuso*: el primer paso de la terapia debe ser el de detener el abuso que se está dando. Generalmente con el abuso hay secretos y conductas que requieren de una separación inicial temporal entre el niño y el abusador. Sería ideal, por supuesto, que fuese el abusador (si vive con el niño) quien sea que se retire del hogar, pero comúnmente no se han tomado aún las medidas legales finales para que esto se dé y mientras tanto el niño sigue estando en riesgo de seguir siendo abusado. Por el mismo lado, el remover al niño del hogar sin evaluar todas las posibilidades del curso del caso, puede resultar en una intervención primaria protectora del niño, y causante de mayor daño al infante.
2. *Establecimiento del abuso como un problema de toda la familia e investigación de los factores en torno al mismo*: debe facilitarse la apertura de la plática sobre el abuso, poder nombrarlo y enfrentarlo.

¹³³ Furniss, T. Op. Cit., págs. 115-116.

3. *Responsabilidad del abusador por el abuso*: es necesario que para continuar con la intervención que en un inicio el abusador tome completa y única responsabilidad por el abuso. Esto no significa que el abusador es el único participante del abuso, los miembros de la familia pueden estar funcionando como participantes pasivos. En caso de que el abusador sea uno de los padres, el mismo ocupará una verdadera posición parental en el momento en que acepte su completa responsabilidad por el abuso; en este mismo momento tomará su posición también el hijo.
4. *Responsabilidad parental en el cuidado general del niño*: es importante que ambos padres (si es posible) estén presentes en la primera sesión familiar donde el abuso es expuesto. Los padres, aunque no sean los abusadores, deben tomar igual responsabilidad por el cuidado y bienestar del niño. El trabajo terapéutico debe concentrarse en los límites intergeneracionales y las funciones parentales, evitando entrar aún en la problemática de la pareja. En esta etapa cualquier intento de separación o divorcio debe posponerse hasta otro momento. De darse el caso de que el abusador sea uno de los padres debe permitirse las reacciones iniciales de odio o rechazo por parte del niño y los familiares. Posteriormente, debe trabajarse con el niño sobre las expectativas y desilusiones que tiene sobre sus figuras parentales así como reforzar los aspectos positivos de estas relaciones. Por otro lado, el niño deberá resolver los sentimientos de enojo hacia los padres que se mantienen pasivos ante el abuso y de igual forma, trabajar las expectativas quebrantadas sobre los cuidados que debe recibir de ellos.
5. *Trabajo con diadas*: es necesario trabajar la relación entre la figura parental no abusadora y el hijo y donde sea necesario con la pareja, así como trabajar con cualquier otro sub-sistema familiar. Este trabajo es tanto terapéutico como preventivo (págs. 118-122).¹³⁴

¹³⁴ Ibid., págs. 118-122.

Furniss dedica parte de su análisis a advertirnos sobre los problemas interprofesionales con que podemos encontrarnos. Nos recuerda la enorme importancia de llegar a un consenso sobre el lenguaje apropiado para comunicar los eventos de carácter sexual. El sugiere que se converse sobre los sentimientos de incomodidad y la posición *voyeurista* del terapeuta. Además es necesario ofrecer un espacio entre los profesionales donde se pueda admitir la dificultad de realizar esta tarea de naturaleza tan emotiva y privada para cada uno de nosotros. Nos recuerda también que algunos profesionales han sido ellos mismos abusados, este aspecto es de suma importancia y no debe ser ignorado ya que puede afectar negativamente el trabajo llevado a cabo. Lo ideal según este autor, es la honestidad de aceptar la incapacidad personal de trabajar con este tipo de casos, aunque no exprese sus razones y por ello debemos lograr una actitud donde se dé reconocimiento y aceptación a los profesionales que también han sido abusados.

Este terapeuta considera importante dar apoyo a los profesionales en seis áreas diferentes:

- Dado el secreto que envuelve la mayoría de los casos de abuso es fácil fantasear sobre aspectos que aún no han sido revelados. Por ello, es recomendable que se discutan con los demás profesionales los aspectos de duda para que sean aclarados con la familia.
- El trabajo con niños maltratados y sus familias es emocionalmente agotador. Es fácil construir fantasías donde somos salvadores y tomamos partido con algún familiar. Dada esta realidad es necesario que se cuente con un espacio donde se puedan trabajar las emociones de los profesionales.
- Las identificaciones que hacen algunos profesionales con ciertos miembros de la familia y las cuales se reflejan dentro del trabajo en equipo pueden llevar al rompimiento de la unidad profesional. Por eso, es importante alentar a los profesionales a encontrar las razones por las cuales se identifican personalmente con algún familiar para poder distanciarse de la situación que enfrentan y ofrecer un mejor tratamiento.

- Debemos ser extremadamente responsables con nosotros mismos en términos de poder indicar nuestros límites sobre ciertos temas y volumen de trabajo.
- Los conflictos de género entre hombres y mujeres pueden afectar los casos analizados. En muchos de los casos los niños pueden identificarse de diferentes maneras dependiendo del sexo del profesional. Tomando esto en cuenta no debemos perder de vista estas reacciones que podemos tener sobre el chico y debemos conversarlas para decidir las acciones apropiadas en los distintos casos.
- La interdisciplinariedad de este trabajo exige la aclaración constante de los pasos a seguir, los responsables de implementar cada fase y la manera de proceder en el trabajo sin que esto sugiera inhabilidades profesionales del equipo o alteración de la jerarquía.¹³⁵

No quisiéramos dejar por fuera el análisis clínico de intervención que propone Kathleen Coulborn (1988). Si bien su esquema no propone un marco del manejo interdisciplinario que debe darse dentro del grupo de trabajo su esquema si ofrece los lineamientos del tipo de terapia psicológica que deben efectuarse en base al tipo de figuras parentales con que cuenta el niño, lo cual encontramos muy provechosos para este modelo.

Esta investigadora propone un modelo de intervención específico para los casos de abuso sexual intrafamiliar. El enfoque de Coulborn pretende definir qué tipo de tratamiento debe aplicarse, cuándo debe aplicarse el tratamiento y a quiénes, cuándo debe separarse al niño de su hogar, cuándo debe procederse criminalmente y cuándo deben terminarse los derechos parentales. Para delinear esta intervención se toman en cuenta dos aspectos principales: los factores maternos y los factores paternos y se asume en esta matriz que la figura maltratadora es el padre.

¹³⁵ Ibid., págs. 258-260.

Entre los factores maternos se encuentran:

1. La dependencia materna de la madre hacia su pareja, es decir, su capacidad de ser económicamente independiente y mantenerse sola, su capacidad de confrontar a su marido, de entrar en desacuerdo con él y de interceder por los niños.
2. El vínculo que tiene con la víctima.
3. El grado de protección que proyecta la madre frente al abuso sexual de su hijo.

Dentro de los factores paternos deberán evaluarse:

1. Su funcionamiento general (educación, historia laboral, salud mental, uso de drogas, actividad criminal, comportamiento hacia su esposa y relación con sus hijos.
2. El funcionamiento del *superego*. Se evalúa en este punto la culpabilidad que siente el abusador.
3. El nivel de abuso sexual cometido (tipo de abuso, duración, frecuencia, utilización de fuerza y tipo de víctima).

Conjugando todos estos aspectos se logra construir una Matriz para la Toma de Decisiones que funciona de la siguiente manera:

**Matriz para la Toma de Decisiones
sobre Tipo de Intervención a seguir según
Kathleen Coulborn***

| | | |
|--|--|--|
| Padre | Posee muchas áreas de funcionamiento apropiado; siente culpa en relación con abuso; abuso sexual restringido. | Posee pocas áreas de funcionamiento apropiado; no siente culpa en relación con el abuso; abuso sexual extenso. |
| Madre | <i>I</i> | <i>II</i> |
| Independiente; Buen vínculo con la víctima, protectora. | La familia debe mantenerse intacta, reconciliarla con la víctima una vez que este en una situación más segura. Terapia de familia y usualmente también individual, terapia de grupo. | Remover la figura paterna, usualmente mediante el arresto y el encausamiento judicial. Tratamiento para la madre y el niño; puede ser individual o grupal. |
| Dependiente, pobre relación con la víctima, incapacidad para dar protección. | <i>III</i> | <i>IV</i> |
| | Primeramente colocar al niño en lugar seguro. Intentar tratamiento individual para ambos padres y terapia marital. Si esto falla, el niño debe ser colocado en un albergue. Contacto parental debe mantenerse. | Remover al niño de su hogar; cancelar los derechos parentales; considerar el encausamiento judicial. |

* Tomado de Coulborn, Kathleen (1988). *Child Sexual Abuse: An Interdisciplinary Manual for Diagnosis, Case Management, and Treatment*. Columbia University Press, New York, págs. 265-280.

Como podemos apreciar pueden identificarse cuatro tipos de intervenciones basadas en los factores maternos y paternos. En el *tipo I* de intervención encontramos que tanto los factores maternos como el perpetrador poseen muchas fortalezas. Este tipo de casos son los que proyectan un mejor pronóstico y en los cuales la familia puede presentarse voluntariamente a pedir ayuda. Usualmente no se hace necesario involucrar al sistema legal, asunto este que contrasta notablemente con otros enfoques.

En el *tipo II* de intervención la madre posee fortalezas, pero el padre presenta un comportamiento problemático y no evidencia culpa sobre el abuso perpetrado. El objetivo en este tipo de casos es el de mantener el vínculo, entre la madre y el hijo, y ofrecerles terapia, excluyendo completamente al abusador por considerarse que cualquier tipo de tratamiento con este tipo de paciente es inefectivo, debido a que carece de voluntad para someterse a un tratamiento. En estos casos es necesaria la intervención legal para separar al abusador de la familia.

En el *tipo III* las madres son dependientes y desprotegen a sus hijos frente al abuso. Los padres, sin embargo, tienen un funcionamiento más elevado que el de ellas, a pesar de haber abusado a sus hijos. Las madres son personas incapaces de formar vínculos y tienen enormes necesidades de dependencia, es por ello, que el padre puede haberse volcado sexual y afectivamente sobre sus hijos para satisfacer las necesidades no llenadas por su esposa. Usualmente el abusador ama verdaderamente a sus hijos y se siente culpable por el abuso. La intervención en estos casos debe involucrar el trabajo con la madre para incrementar las respuestas apropiadas y un comportamiento más protector; con el padre debe trabajarse su comportamiento sexual abusivo. Al mismo tiempo debe ofrecerse terapia de pareja para trabajar sobre las áreas de conflicto. Este trabajo está limitado a un período de seis meses en el cual una corte juvenil debe tomar derechos sobre la tutela del menor y colocarlo en un lugar seguro. De darse un cambio por parte de la madre la colocación del niño en otro ambiente debe hacerse permanente.

En el *tipo IV* tanto la madre como el padre poseen muy bajos niveles de funcionamiento. El padre no siente culpa y el abuso es extenso. La madre es dependiente y falla en la protección de sus hijos. La prognosis en estos casos es muy pobre. Los niños deben ser colocados permanentemente en otro ambiente, los derechos parentales deben ser, por lo general, cancelados y debe ofrecerse tratamiento al niño por un mínimo de un año. El enjuiciamiento legal del abusador es beneficioso en el ámbito social como medida de protección en la recurrencia del abuso. En estos casos, las personas que se hagan cargo del niño, deben participar en algún tipo de tratamiento.

Coulborn considera que hay casos que no son posibles someterlos a esta matriz debido a tres tipos de problemas. En primer lugar los factores parentales pueden presentarse en forma de un continuo, es decir, no se encuentran en un extremo ni en el otro. En segundo lugar puede haber una falta de consideración dentro de los factores parentales, por ejemplo, un padre que ha sometido a su hijo a un abuso extenso puede sentir más culpa que otro que haya perpetuado un abuso menos complejo. Por último, puede haber una ausencia de la información necesaria para tomar una decisión en especial, si se debe actuar con rapidez, cuando aún no se han podido recoger suficientes datos.

Finalmente, tenemos por otro lado una interesante propuesta realizada por Barbagelata, Rodríguez, Ruano, Vicente, Quintana, Gastañaga (1993), quienes nos proponen analizar y enfocar nuestros esfuerzos de tratamiento e intentos de revinculación familiar según el perfil psicológico que presente el abusador. Ellos proponen que si consideramos como el objetivo principal del equipo terapéutico el detener el abuso y trabajar con toda la familia para su reintegración, esta labor se verá condicionada a la capacidad de la figura maltratadora de aceptar el acto cometido, la existencia de sentimientos de culpa sobre el maltrato, el examen de las características circunstanciales que envuelven al abuso (e. g., nivel de alcoholización, injerencia de drogas, etc.), la

presencia de síntomas psicossomáticos en el maltratador que puedan ser adscritos al sentimiento de culpa, el deseo de recibir ayuda y el interés por el bienestar de sus hijos.¹³⁶

Según Barbagelata y los miembros de su equipo, un abusador de estructura neurótica será capaz de reconocer las consecuencias y será responsable de sus actos, se sentirá culpable por el abuso cometido, deseará genuinamente recibir ayuda y reparar los daños cometidos. Además, podrán adscribirse, en algunos de los casos, circunstancias que distorsionen el nivel de juicio y razonamiento. En estos casos puede trabarse con la posibilidad de reanudar la relación de la figura parental abusadora y el hijo abusado con una alta probabilidad de lograr detener el abuso y reparar la relación.

Por otro lado, lo mismo no podrá esperarse si alguno de los progenitores presenta una estructura perversa o psicótica y el maltratador no puede reconocer la severidad de los hechos, continua repitiendo el abuso dentro y fuera de su núcleo familiar, y deliberada y conscientemente comete el maltrato. Por ello, en la mayoría de estos casos este equipo se ve obligado a sugerir que la relación se termine y se distancie al abusador del menor.

Asumiendo un esquema u otro, impulsando una acción de tratamiento u otra, debemos siempre recordar que el daño secundario que podemos causarle a un niño al separarle de su hogar sin un propósito que logre mayores beneficios para él y su familia a través de un tratamiento adecuado puede ser devastador. Debemos saber que la problemática del abuso siempre será mayor que la habilidad individual de cualquier persona. Por ello, se requiere dar respuestas de forma interdisciplinaria y nunca olvidar en cualquiera de las etapas de nuestra intervención el interrogarnos, como lo sugiere Tilman Furniss (1995): "...qué quiero lograr, qué estoy haciendo para lograrlo, en qué estoy contribuyendo y cómo estoy afectando el contexto multiprofesional" (pág.

¹³⁶ Barbagelata, N., Rodríguez, A., Ruano, M.J., Vicente, C., Quintana, A., Gastañaga, J.L. (1993) El Modelo Sistémico y el Abuso Sexual. III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Madrid, España, págs. 3-5.

xviii) ¹³⁷ Nosotros podríamos agregar: *qué quiero lograr con este niño y su familia, qué se puede realmente lograr con ellos, qué y cómo lo estoy haciendo* y por último, *cómo afectan estas estrategias e intervenciones al contexto multiprofesional de trabajo y al niño y a su familia.*

¹³⁷ Furniss, T. Op. Cit., pág. xviii.

JUSTIFICACIÓN

III JUSTIFICACIÓN

El incremento del abuso a niños y niñas, específicamente en los casos en que se hace necesario retirar al niño del ambiente abusivo, nos impulsa a tomar alguna acción que ofrezca atención, recuperación y prevención. Para ello consideramos apropiado la creación de albergues en donde se dé una atención integral que tome en cuenta los aspectos educativos, psicológicos, sociales, médicos, familiares y legales.

Los múltiples factores causantes del abuso exigen que se ofrezca una respuesta multiprofesional con una metodología acordada y con su correspondiente marco teórico que la oriente. Es necesario definir una forma de trabajo que conjugue estos aspectos y dé cabida a la participación de todos los profesionales, por lo que para ello consideramos la utilización de un enfoque interdisciplinario la más adecuada.

Por todo esto, este proyecto especifica y planifica las estrategias y etapas para el funcionamiento efectivo de los centros, incluyendo en su construcción la delimitación de un perfil de atención, la selección del personal, el desarrollo de objetivos, la definición de los elementos de capacitación, la especificación de las líneas de tratamiento, el desglose de las funciones de los profesionales y paraprofesionales, el procedimiento de atención de los casos y las actividades para un manejo interdisciplinario efectivo.

OBJETIVOS

IV OBJETIVOS

A. OBJETIVOS GENERALES.

1. Delinear los pasos para el desarrollo de un modelo de atención que proporcione albergue temporal a menores maltratados entre 6 y 12 años a través de un enfoque de atención interdisciplinaria.
2. Proponer un esquema de trabajo para el manejo interdisciplinario de los casos que se atenderán.

A. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Definir los espacios físicos necesarios para ofrecer albergue y áreas de tratamiento.
2. Construir un Perfil del Personal que laborará en el centro.
3. Elaborar un Perfil del Niño que será atendido.
4. Señalar los objetivos que orientan al centro.
5. Esquematizar el Organigrama, los Flujogramas de Trabajo y los Programas Departamentales del centro.
6. Desarrollar un Programa de Integración y Capacitación del personal.
7. Especificar el esquema del Manejo Interdisciplinario de Casos (Evaluación, Tratamiento, Seguimiento y Supervisión).

METODOLOGÍA

V METODOLOGÍA

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Ante la ausencia de refugios y albergues en el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia que ofrezcan una intervención integral adecuada frente a la problemática del abuso infantil nos proponemos desarrollar un modelo de atención a través de albergues temporales que proporcionen asistencia interdisciplinaria a niños y niñas.

B. MUESTRA.

La muestra a la cual dirigimos nuestro modelo está compuesta por niños y niñas entre 6 y 12 años que presenten condiciones graves de maltrato físico, sexual y emocional que los exponen al riesgo de sufrir consecuencias negativas severas dentro de su desarrollo si permanecen en el ámbito en que se encuentran y cuyo abuso haya sido denunciado a las autoridades correspondientes.

C. PARTICIPANTES.

Para ejecutar este plan de atención contaremos con el siguiente grupo de profesionales: psicólogos, terapeutas de familia, abogados, pediatra, trabajadores sociales, pedagogos, psico-psiquiatra, nutricionista, maestros de actividades extracurriculares, y personal administrativo. Conjuntamente participará en el modelo todo el personal paraprofesional: prefectos, cocineros, seguridad, etc. Consideramos apropiado que cada profesional dedicado al área clínica atienda aproximadamente a cuatro niños por día y que el centro cuente con un estimado de veinticinco a treinta niños.

D. PROCEDIMIENTOS.

El desarrollo del modelo interdisciplinario que proponemos ejecutar debe seguir una secuencia de etapas organizadas que guíen su implementación y puntualicen los conocimientos necesarios para ofrecer atención.

- 1. Establecimiento y Acondicionamiento Físico del Centro.**
 - a. Búsqueda de un lugar adecuado que ofrezca oportunidades para desarrollar actividades al aire libre, con seguridad y que sea estéticamente agradable y adaptable a las necesidades de atención.
 - b. Especificación de la cantidad y tipo de profesionales del centro para que se les proporcionen espacios adecuados para realizar su trabajo.
 - c. Determinación de la cantidad de niños que participarán en el albergue para establecer las facilidades necesarias de estadía, salubridad, y seguridad en un ambiente digno.
 - d. Acondicionamiento de espacios personales para cada niño dentro de los dormitorios que le permitan tener cerca de sí sus pertenencias.
 - e. Establecimiento de medidas de seguridad física y ambientales como lo son el proporcionar guardias de seguridad y protección de los perímetros del centro.
 - f. Distribución de espacios que ofrezcan facilidades para reunir grupos de personas (familiares, grupos de niños, grupo interdisciplinario y grupos de estudio).
 - g. Disposición de áreas de recreación y de desarrollo artístico.
 - h. Dotación al centro de áreas administrativas y de recepción para visitantes y familiares.
 - i. Suministro de materiales de trabajo: papelería, juegos, libros, aparatos tecnológicos, instrumentos médicos, equipos de recreación, etc., necesarios para realizar el trabajo profesional y administrativo.

2. Selección y Perfil del Personal.

Es indispensable que el personal que labore en el centro sea seleccionado según ciertos criterios entre los que están:

- a. Formación profesional en su área de trabajo.
- b. Experiencia profesional con la problemática del maltrato.
- c. Conocimientos teóricos y prácticos sobre el maltrato.
- d. Habilidades interpersonales como: sensibilidad en el manejo de víctimas de abuso, facilidad para interactuar con niños, alta tolerancia a la frustración, flexibilidad para trabajar en equipo y estabilidad para mantener un compromiso de trabajo.
- e. Conducción dentro de los parámetros de la ética profesional.
- f. Historia personal y actitudes frente al maltrato.

Para evaluar estos aspectos es necesario llevar a cabo:

- Exámenes psicológicos como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), para la determinación de patologías y el Test de 16 Factores de la Personalidad de Cattell (16PF) para la evaluación de rasgos de personalidad.
- Entrevista para conocer la noción que tiene el aspirante sobre el maltrato, las funciones de los demás profesionales, sus expectativas de trabajo, su motivación para trabajar en el área y sus límites profesionales.
- Entrevista clínica para conocer su historia personal.
- Evaluación de conocimientos y actitudes sobre el maltrato mediante un cuestionario. (Ver Anexo N° A).

Todo el personal que sea seleccionado será capacitado e informado sobre sus funciones y metodología de trabajo de la institución al igual que contará con una adecuada supervisión para el manejo de los casos. Dada la alta rotación de personal que

se presenta en este tipo de centros es necesario contar con recursos humanos emergentes, que de igual forma estén previamente capacitados o formen parte de una base de datos existente. Así mismo, es necesario utilizar los parámetros de evaluación aunque de forma más flexible y generalizada con todos los paraprofesionales y personal de apoyo que labore en los centros, pues tal como propone este modelo interdisciplinario e integral, ellos también forman parte de la atención que recibirán los niños y deben ser igualmente evaluados, capacitados y supervisados. El equipo encargado de seleccionar este personal es el Comité Técnico y el Departamento Administrativo.

3. Perfil del Niño Maltratado que se Atenderá:

De manera que se pueda ofrecer una atención adecuada consideramos necesario delimitar un perfil de admisión orientado según las facilidades del centro y las capacidades profesionales.

- Niños o niñas entre 6 y 12 años. Los niños fuera de este rango de edades presentan características evolutivas y necesidades de cuidado diferentes.
- Víctimas graves de abuso físico, sexual o emocional (la gravedad del abuso es definida por su duración, frecuencia, número de abusadores y severidad).
- Con grado aceptable de salud que no les impida vivir dentro del albergue.
- Que tengan una capacidad intelectual dentro de los parámetros considerados normales.
- Que sea insostenible para el niño o niña permanecer en el ambiente en que vive, dada la relación con el agresor y el alto riesgo contra su bienestar y crecimiento.
- Presenten un elevado riesgo de daños físicos o emocionales.
- No cuente con otro lugar de vivienda o con personas que pueda brindarle protección.
- Legalmente el caso ha sido canalizado a nuestro centro por las agencias gubernamentales encargadas de ello (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Casa Hogar para menores e instalaciones judiciales).

- No haya cometido delitos graves.

El Centro no estará en capacidad de manejar aquellos casos que presenten al momento de la admisión las siguientes condiciones:

- Menores con problemas de farmacodependencia.
- Chicos que padezcan de alguna enfermedad infecto-contagiosa grave.
- Niños con diagnóstico de psicosis.
- Padecimientos médicos, traumas corporales o heridas físicas graves a los que se les debe proporcionar con prioridad atención hospitalaria.
- Menores con discapacidades visuales, auditivas y motoras que no puedan ser manejadas en el centro.

Cuando mejoren las condiciones mencionadas anteriormente, el caso deberá ser evaluado una vez más para considerar su admisión. La Unidad de Admisión será la encargada de evaluar previamente la historia clínica y legal de cada niño y de llevar a cabo las pruebas psicológicas, psiquiátricas y médicas necesarias en esta etapa que corroboren esos aspectos.

4. Objetivos del Centro:

- Detener y prevenir la continuación del abuso del niño atendido.
- Contactar a las personas involucradas con el chico.
- Detectar el grado y las áreas de afectación de los niños atendidos para promover intervenciones terapéuticas en las áreas susceptibles a través programas integrales e interdisciplinarios que busquen transformar las condiciones adversas para su desarrollo.
- Proteger física, mental y socialmente a la población atendida y promover la reparación de las alteraciones físicas, psíquicas, emocionales, afectivas y familiares que presente el niño a través del apoyo emocional, los elementos terapéuticos, educativos y la atención personalizada.

- Asegurar que la intervención delineada no provoque más daño a las estructuras y relaciones familiares, incluyendo las relaciones entre los trabajadores y profesionales para garantizar la seguridad y bienestar del niño.
- Generar un ambiente propicio, de libertad y participación, en el que niños y niñas desarrollen su existencia, expresen sus ideas y sus sentimientos y participen libre y comprometidamente en su propio proceso terapéutico. El centro debe ayudarles a crear una actitud y sentimientos positivos hacia la vida y sus expresiones, así como lazos y vínculos de afecto y solidaridad entre ellos y con el personal que los atienden.
- Fortalecer la autoestima y seguridad personal así como los procesos de individuación y sana sexualidad fomentando comportamientos y actitudes saludables a través de actividades individuales y grupales que refuercen el respeto y la tolerancia.
- Trabajar con los niños y sus familiares sobre las resoluciones legales para el *ofensor*, la *decisión del lugar donde vivirá* el chico o chica y las relaciones entre el niño y las personas que incurrieron y permitieron el abuso.
- Proporcionar orientación y apoyo a los niños y a sus familiares para promover la revinculación del niño con su hogar y comunidad.
- Mantener una relación continua con los procesos educativos del chico con la finalidad de apoyar sus potencialidades intelectuales y afectivas, aún cuando durante su estancia institucional no tengan actividades escolares formales.
- Generar condiciones extrainstitucionales, familiares y sociales para que su reintegración al núcleo familiar y social, conocido o nuevo, sea positivo y permitan su desarrollo ulterior.

5. Estructuras, Rutinas y Reglas del Centro:

Es importante que el centro cuente con una estructura, rutinas y reglas en los *diferentes niveles para hacer posible su funcionamiento*, darle protección a los niños y evitar decisiones improvisadas.

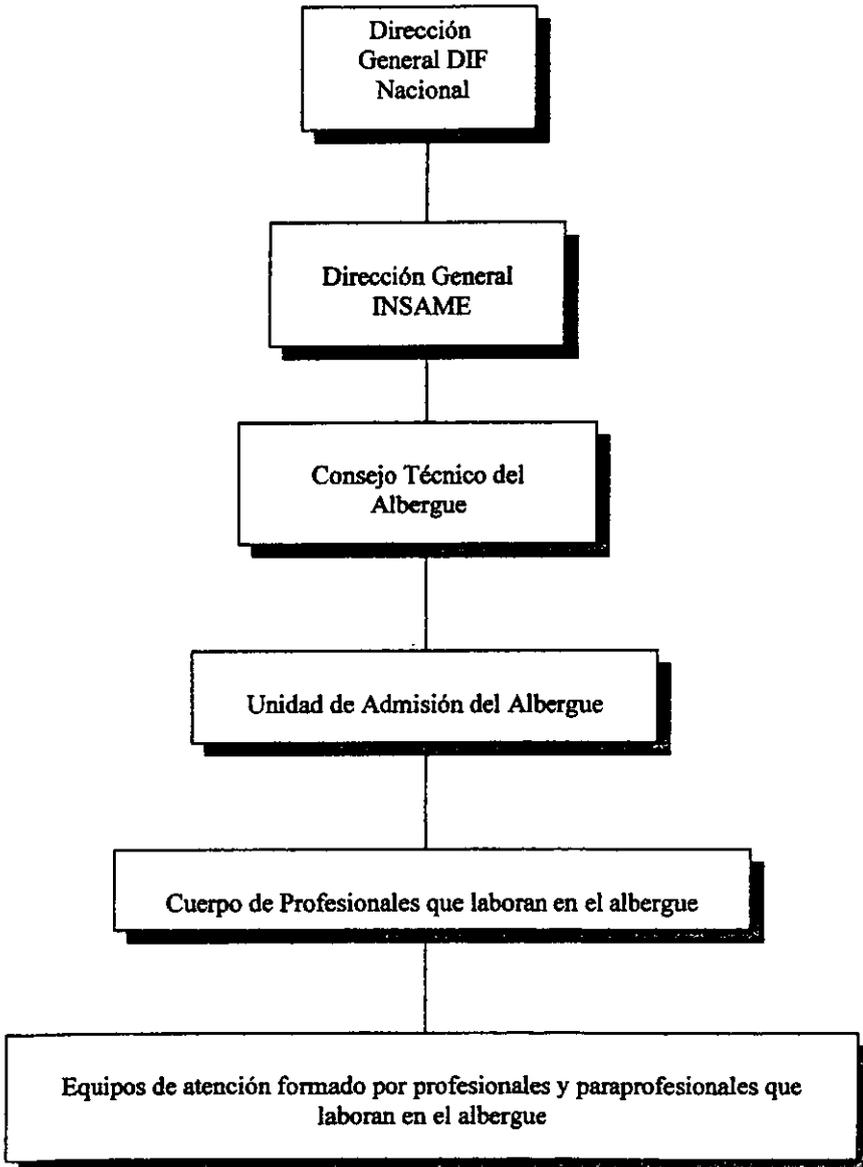
Por *estructura* entendemos la serie de actividades y eventos que realiza el niño durante el día y que, como mencionamos anteriormente, ofrecen predictabilidad y familiaridad a estos menores carentes de mayor orden en sus vidas. Las *rutinas diarias*, como el despertarse, el momento de comer, el período de clases y la hora de dormir deben ser apropiadas al estadio de desarrollo de los niños y efectuarse aproximadamente a las mismas horas todo los días. El cambio de la rutina debe ser anunciado con anticipación para evitarle angustia al niño. Los encargados de hacer cumplir estas rutinas deben también estar preparados para manejar las modificaciones, pues la ansiedad y los cambios bruscos de comportamientos en ellos pueden afectar a los chicos.

Por último, las *reglas* ayudan a dar seguridad y mantener la armonía entre los profesionales, establecer límites hacia y entre los niños y proporcionar controles entre el personal, los familiares y los chicos. Las *reglas* ayudan a *contener los comportamientos* que aún no han sido internalizados y son instrumentos para evaluar el funcionamiento de los niños. Las consecuencias de quebrantar alguna de las normas no deben darse en forma de castigo, sino como oportunidades de las cuales se puede aprender. De igual forma deben desarrollarse reglas sobre su comportamiento ético y responsabilidades profesionales. Respecto a los niños debe elaborarse un plan diario de rutinas para cada uno y normas de comportamiento dentro del centro. A su vez, deben establecerse *regulaciones sobre las interacciones* de los familiares con los niños de acuerdo a cada caso.

Los responsables de elaborar las estructuras del plan semanal, las rutinas diarias y los reglamentos corresponden al Departamento de Administración del centro en conjunto con la Unidad de Admisión. Las particularidades de horarios de cada niño deben ser incluidas y adaptadas por el Equipo de Atención encargado del caso, específicamente por el orientador.

6. Organigrama Institucional del Centro:

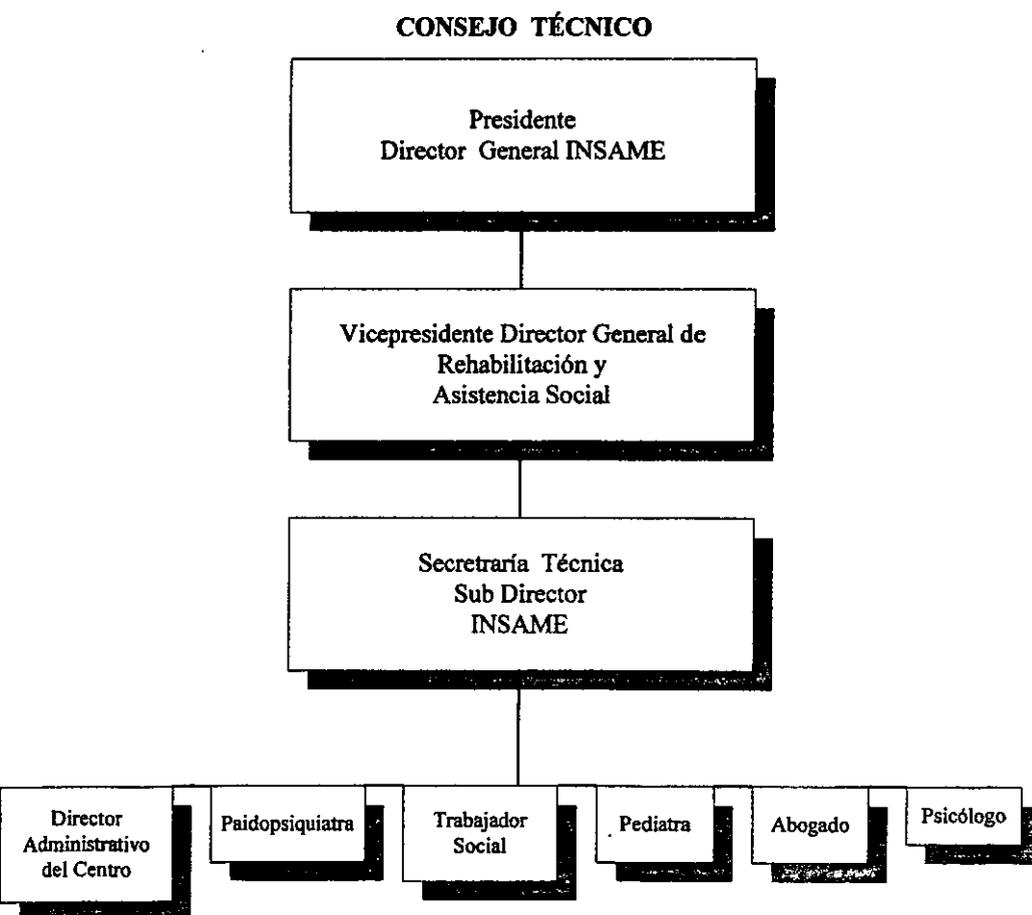
Antes de iniciar nuestra elaboración sobre las funciones y actividades de cada unidad coordinadora y área departamental del albergue es necesario presentar un esquema que sintetice la jerarquía que se establece entre ellas y que propone un orden dentro de la administración del centro.

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

7. Formación, Objetivos y Actividades de las Unidades Coordinadoras:

Existen tres Unidades Coordinadoras responsables del funcionamiento global del centro, ellas son: el Consejo Técnico, la Unidad de Admisión y los Equipos de Atención.

El Consejo Técnico estará presidido de la siguiente manera:



NOTA: Uno de estos profesionales será también el Coordinador de la Unidad de Admisión y funcionará como intermediario de las dos instancias.

El Consejo Técnico está integrado de manera multidisciplinaria y estará a cargo de la operación, evaluación, supervisión y adecuación del modelo de atención integral que será aplicado en los albergues y será a su vez responsable de establecer los vínculos y procesos de carácter técnico y administrativo específicos, así como de informar a los niveles correspondientes de las decisiones y autorizaciones necesarias para la operación de los centros.

Concretamente las funciones que dirigirán serán las siguientes:

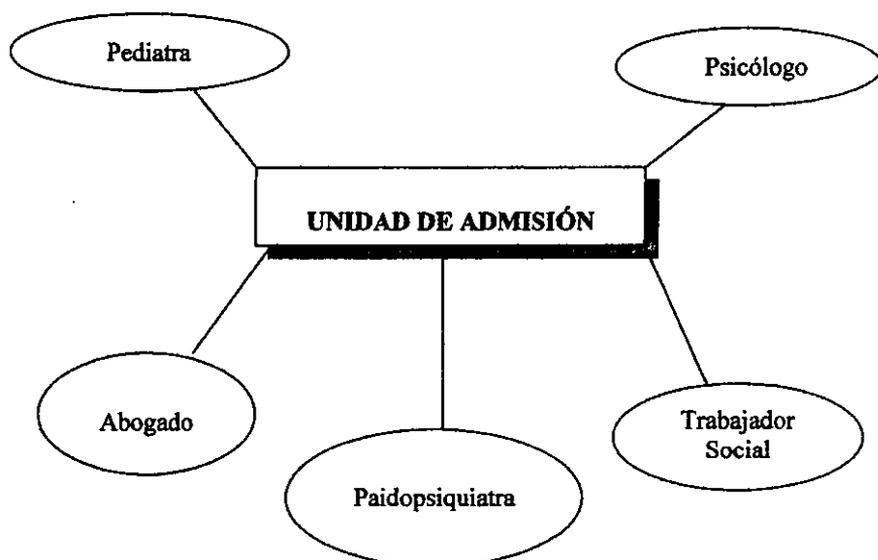
- Conocer, aprobar y modificar los manuales internos de operación y organización de los albergues.
- Aprobar los criterios y procedimientos generales y específicos para la atención integral de los niños en el centro.
- Establecer los mecanismos de supervisión y evaluación de la calidad de la atención profesional así como del trato y atención a los menores de acuerdo a principios de calidad, calidez y efectividad.
- Analizar y aprobar los ingresos, egresos y canalización de los chicos a otras instituciones, dependencias públicas, privadas y sociales.
- Proponer, aprobar y supervisar la realización de los estudios e investigaciones necesarias para el desarrollo y ampliación del modelo de atención integral.
- Proponer, aprobar y supervisar la realización de las actividades académicas de formación, profesionalización y actualización del personal adscrito a los sistemas nacional, estatal, y municipal del organismo, así como a otras dependencias y organizaciones públicas, privadas y sociales.
- Conocer, revisar e informar a las áreas directivas de los avances, resultados e impactos de las acciones que se realicen en los albergues, así como proponer las medidas pertinentes para el mejor desarrollo del modelo de atención integral.
- Conocer y aprobar la generación de indicadores, sistemas de reporte y bases de datos necesarios para los informes institucionales así como para el seguimiento y control de procesos específicos del modelo de atención interdisciplinario.

- Establecer mecanismos de coordinación con otras dependencias, organismos e instituciones para efectos de estudios, capacitación y coordinación para la atención de casos.
- Implementar la aplicación y diseño del modelo de atención interdisciplinario e integral de los albergues.
- Seleccionar a los profesionales que laborarán en el centro y llevar a cabo las evaluaciones correspondientes para su selección.
- Estar abiertos a la discusión de problemas para todos los profesionales que trabajen en los centros.
- Planificación y elaboración de presupuestos y obtención de fondos gubernamentales para el manejo adecuado del centro.

El Consejo Técnico podrá contar a su vez con asesores que sean profesionales del DIF u otras instituciones y organismos quienes, dadas sus áreas de especialización y niveles de experiencia en el manejo de los casos considerados, sean capaces de aportar de manera temporal o permanente conocimientos o experiencias importantes y necesarias para el desarrollo del modelo de atención interdisciplinario e integral, al análisis de casos o a la elaboración de propuestas de trabajo.

Por su lado, la Unidad de Admisión estará compuesta por un equipo interdisciplinario de trabajo especializado en la valorización de casos que se remitan a los centros para su atención y será responsable de establecer los criterios de admisión y canalización a otras áreas de atención del DIF así como a instituciones y organismos públicos, privados y sociales con previa autorización del Consejo Técnico.

La Unidad de Admisión estará compuesta por:



El Coordinador de la unidad de admisión será un profesional de la salud con experiencia en la valoración de menores de alta vulnerabilidad y a su vez será miembro del Consejo Técnico.

Las funciones de esta unidad coordinadora serán las de:

- Proponer al Consejo Técnico los criterios de admisión y canalización de los menores referidos para su atención en el centro.
- Proponer y aplicar el procedimiento de prevalorización de los chicos canalizados.
- Coordinar y supervisar la evaluación inicial de los casos que se consideren para su atención en los albergues.

- Canalizar los casos que no corresponden al perfil de ingreso para su atención ambulatoria o su incorporación a unidades de atención del DIF, así como aquellos que por sus características puedan ser atendidos en otras instituciones públicas, privadas o sociales.
- Participar en la formación, profesionalización y actualización del personal del albergue o procedentes de otras instancias del DIF que determine el Consejo Técnico.
- Dar seguimiento a todos los casos y remitir al Consejo Técnico las decisiones de tratamiento y egresos.
- Participar en la elaboración de los reglamentos aplicados a los profesionales, niños y familiares y en la construcción de las rutinas diarias del centro.
- Delegar la atención de los casos a los diferentes equipos de atención y supervisar las intervenciones impartidas y los avances de los casos.

Finalmente, los Equipos de Atención son los grupos de profesionales encargados de la delineación e implementación de tratamiento a través de la estadía de los niños en el centro hasta su egreso, de forma más detallada estos grupos están constituidos de la siguiente manera:



NOTA: Los profesionales designados en letra cursiva representan al personal que participa esporádicamente en las reuniones de equipo cuando tienen información pertinente relevante al caso.

Estos equipos serán abiertos en su constitución y cada caso contará con un equipo de atención de conformación particular, es decir, no serán unidades de composición cerrada y fija. El mismo equipo trabajará a lo largo de la evolución de caso. Esto se debe a que consideramos importante que estos grupos se mantengan receptivos a recibir diferentes profesionales de una misma área para que no se produzcan estancamientos de patrones de interacción y se logren desarrollar herramientas de manejo en los profesionales para que éstos puedan interactuar con variados tipos de colaboradores.

Los objetivos que trazarán los esfuerzos de esta unidad son:

1. Detener el abuso.
2. Evaluar a profundidad y de forma integral al niño asistido.
3. Analizar los aspectos familiares y corroborar o descartar hipótesis sobre las causales del abuso.
4. Ofrecer evaluación y tratamiento médico sobre la situación de salud física y psiquiátrica del menor.
5. Evaluar factores psicológicos y psiquiátricos individuales y familiares productores del maltrato.
6. Desarrollar estrategias de tratamiento terapéutico individual, grupal y familiar.
7. Investigar los factores sociales contribuyentes del abuso.
8. Facilitar el apoyo social a través de redes institucionales externas.
9. Conocer los aspectos y decisiones legales que afectan a la familia y al niño, y a su vez brindar asesoría a los profesionales y a las familias sobre el desenvolvimiento judicial del caso.
10. Ofrecer conocimientos educativos a los niños, brindar asistencia a los chicos con dificultades de aprendizaje y exponer al menor a actividades que promuevan su bienestar emocional.
11. Facilitar la revinculación del niño a su ámbito familiar y social bajo una dinámica ausente de abuso y constituida por nuevos patrones positivos de interacción.

8. Integración del Personal.

El inicio de la implementación de este modelo consiste en conformar e integrar el equipo de trabajo que laborará en el centro. Las procedencias, disciplinas y niveles profesionales deben encontrar un espacio de cohesión donde se lleven a cabo las presentaciones personales y profesionales de cada área, se presenten los objetivos y funciones del centro, se definan las tareas que son posibles alcanzar tomando en cuenta

las destrezas profesionales, se identifique el perfil del niño o niña que se atenderá, se exploren las limitaciones, temores y expectativas de este trabajo con niños maltratados, se visiten las instalaciones de trabajo y se discutan las posibles aportaciones que desde su área puede ofrecer cada participante. (Ver Anexo N° B).

Desde esta fase se inicia la inclusión y participación conjunta de todo el personal profesional y paraprofesional. La duración de esta fase es de aproximadamente cinco sesiones de tres horas de duración y de ser posible deben efectuarse en las instalaciones del centro. Los monitores y responsables de la implementación de esta etapa de integración será un equipo de aproximadamente tres profesionales adiestrados en el manejo de grupos, seleccionados por el DIF, la UNAM y las instituciones interesadas y encargadas del proyecto. Los participantes del programa deberán de haber sido previamente seleccionados por el Consejo Técnico.

9. Capacitación Interdisciplinaria del Personal.

Habiendo integrado el equipo de trabajo se ha procedido a diseñar un programa de capacitación para todo el personal. En primer lugar es importante definir que en esta etapa participarán profesionales y paraprofesionales del centro, pues siguiendo nuestra línea de pensamiento, todos ellos de una forma u otra comparten con el niño su experiencia en el centro y por lo tanto, pueden influir en el impacto general que se tendrá en el chico.

En la actualidad nuestro concepto de albergue propone que todas las personas encargadas del cuidado del niño forman una parte importante en el aspecto terapéutico de su estadía y por lo tanto, se les debe ofrecer una formación por igual. Si bien esta formación puede ser asimilada y absorbida de diferente forma y profundidad por cada participante, siempre pueden incorporarse nuevos conocimientos sobre la línea de trato humano y terapéutico que debe recibir el niño. Así, la capacitación fortalece el interés

común y humanitario de ayudar al niño y a su familia y además ofrece las herramientas para lograrlo.

Concretamente los objetivos de la fase de capacitación son los siguientes:

- El reconocimiento de la necesidad de aportes desde diferentes áreas de trabajo y profesionalización.
- El valor y la importancia de una colaboración interdisciplinaria entre todos aquellos involucrados con el niño o niña maltratados y su familia.
- El reconocimiento de la importancia de tener una formación en el tema y el desarrollo de habilidades de trabajo en equipo para una intervención efectiva.
- La revisión de información básica sobre el abuso, su definición, características y dinámicas que lo sustentan.
- La comprensión del impacto del abuso en el desarrollo del niño y sus consecuencias.
- El desarrollo de un proceso de exploración y evaluación del niño y sus familiares.
- La delineación de los tipos y objetivos de tratamiento y sus estrategias de implementación.
- Las herramientas para un manejo interdisciplinario de los casos en las etapas de evaluación, estrategias del tratamiento, seguimiento y egreso.
- La revisión de las tareas y habilidades necesarias para ayudar a los niños a través de su rutina diaria.
- El análisis y la conjugación de los conocimientos adquiridos para el desarrollo de los programas departamentales.

Estos objetivos pretenden ser logrados con un programa de capacitación que profundice sobre los siguientes puntos:

1. Aspectos generales del abuso:
 - clasificación y definiciones

- causas
 - consecuencias.
2. Aspectos evolutivos de niños entre los 6 y 12 años.
 3. Perfil del menor que se atenderá.
 4. Objetivos del centro.
 5. Estructura, rutinas y reglas del centro.
 6. Organigrama institucional.
 7. Formación, objetivos y actividades de las unidades coordinadoras.

Consejo Técnico.

Unidad de Admisión.

Equipos de Atención Interdisciplinaria.

8. Flujograma de trabajo.
9. Procedimiento de casos.
10. Manejo interdisciplinario dentro del procedimiento de casos.
11. Intervenciones a nivel psicológico:

terapia individual

terapia grupal

terapia familiar

técnicas utilizadas por todos los profesionales.

Para el desglose y especificación del contenido de cada uno de estos puntos revíse el Anexo N° C.

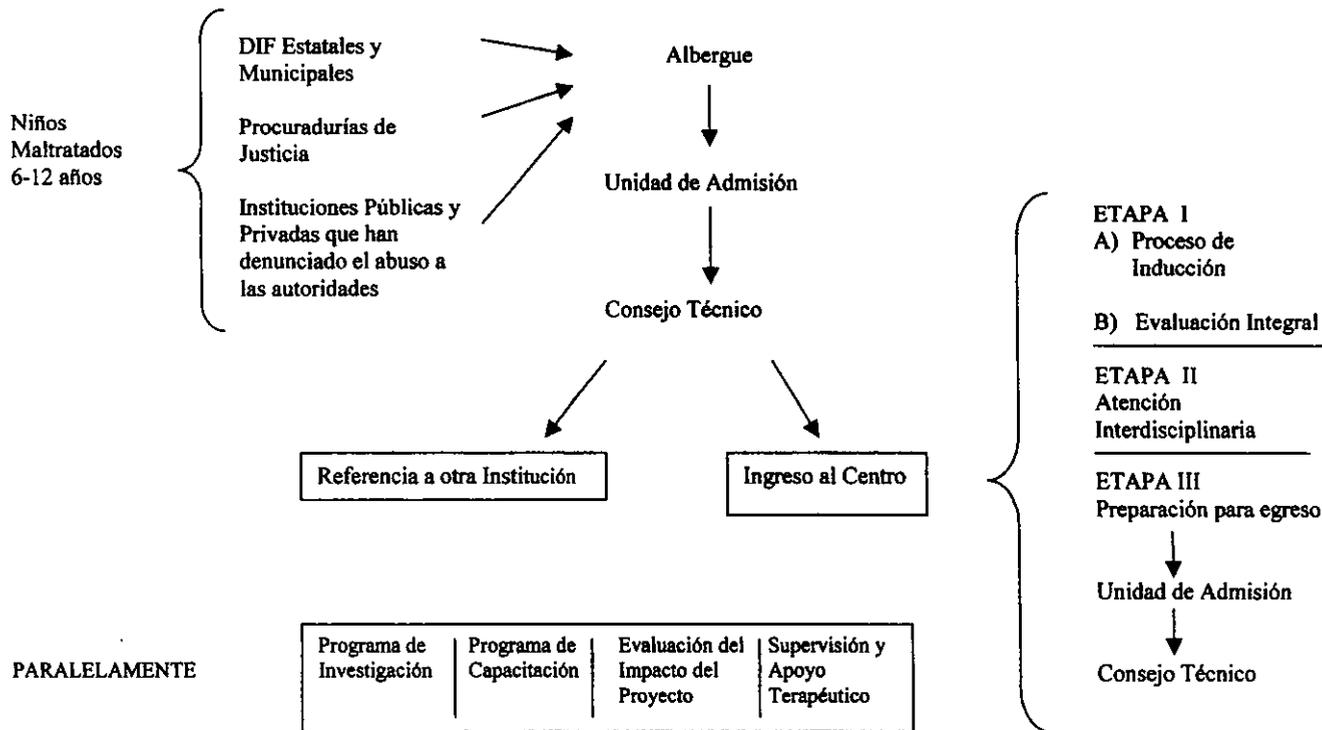
La implementación de este modelo de atención y el ingreso de los niños al centro sólo podrá iniciarse una vez se haya concluido con esta fase de capacitación y con las tareas de las etapas de integración propuestas.

10. Desarrollo de Programas Departamentales.

La culminación de la etapa de integración y capacitación debe facilitar que los participantes se agrupen según sus áreas de trabajo y desarrollen programas

departamentales que les permita especificar los objetivos y funciones de su área, los cuales dirigirán sus estrategias de tratamiento. Los programas departamentales ya desarrollados por los equipos de profesionales agrupados según sus disciplinas son presentados en el Anexo N° D.

11. Desarrollo del Flujo de Trabajo y Procedimientos de Casos.



A las diferentes entidades gubernamentales anualmente se acercan miles de casos de abuso, según este modelo estas instancias estarían informadas de la existencia de este albergue que proveerá el DIF, para menores entre seis y doce años que han sido seriamente abusados. Los casos se recibirán desde las agencias del DIF estatales y municipales, la Procuraduría de Justicia y las entidades públicas y privadas que *previamente han hecho la denuncia del abuso a las autoridades*. Una vez recibidos los casos de estas instituciones es primordial que se reúna la Unidad de Admisión para evaluar, según las características del perfil del niño que se atenderá en los centros, si el caso ingresará y será atendido dentro del albergue o si será canalizado a otra agencia o institución.

La evaluación que se ofrece en esta etapa consiste en los siguientes aspectos:

- **Trabajo Social:** presentará la información procedente del centro desde donde se canaliza al niño, sea ésta historia! médico, aspectos criminales, conocimientos sobre las particularidades del abuso y datos sobre las características familiares, especialmente investigará si el abusador convive dentro del seno familiar y si existen figuras o redes sociales positivas.
- **Psicología:** realizará evaluaciones de niveles de inteligencia a través de pruebas psicológicas para definir si el niño está dentro de los rangos calificados como normales, evaluará por medio de una entrevista abierta y técnicas proyectivas el impacto del abuso y a nivel familiar se analizará la probabilidad de que el abuso persista y cause graves deterioros en el menor.
- **Pediatría:** evaluará de forma general el estado físico del chico para descartar la necesidad de ofrecerle intervención hospitalaria o enfermedades graves contagiosas y para interpretar al resto de la unidad coordinadora la información médica, de haber alguna provista. Todos los casos de abuso sexual requerirán de una evaluación especializada que se realizará en un hospital estatal acordado por la Unidad de Admisión.
- **Paidopsiquiatría:** investigará la presencia de trastornos psicóticos o dependencias farmacológicas que descarten la posibilidad de ingresar al niño en el centro.

- **Legal:** analizará la situación jurídica que pueda ser recopilada sobre el caso, tal como la situación legal del abusador y los reportes familiares criminales. A su vez, confirmará si el niño ha cometido delitos graves e interpretará la información legal existente.

A partir de este primer análisis de datos la Unidad de Admisión se reunirá y estudiará la información recopilada. Será de suma utilidad en esta etapa poder contestar las preguntas sugeridas anteriormente por Baglow: ha ocurrido algún abuso, de qué tipo, quién es el abusador, cuál es el riesgo de que el abuso vuelva a ocurrir, es suficiente el riesgo de recurrencia como para que remover al niño de su hogar, qué sabemos sobre el niño y su familia, cómo podemos proteger al niño, qué sugerencias de tratamiento pueden ser propuestas, qué grupo de profesionales trabajará en el caso, quién reportará al niño y a su familia de las decisiones que se tome. Sólo debemos retirar al niño de su hogar cuando hay más que una sospecha de abuso o de forma contraria estaremos perjudicando al niño, a su familia y poniendo en riesgo al chico. Debemos destacar que de ser posible o necesario que algún representante o profesional proveniente de la institución que canaliza el caso pueda proveer información relevante, el mismo sea invitado a participar en la reunión conjunta de la Unidad de Admisión.

Seguidamente, se desarrollará un uniforme con la información revisada sobre el caso y las recomendaciones de la Unidad de Admisión sobre el mismo para que el Consejo Técnico tome la decisión de ingresar o no al niño en el centro. En esta fase puede ser provechoso el esquema presentado por Kathleen Coulborn para tomar la decisión de retirar o no al niño de su hogar según sus esquemas parentales. La tarea de delinear el informe será hecha por uno de los miembros elegido de la Unidad de Admisión quien funcionará como enlace entre estas dos unidades coordinadoras.

De decidir que el caso no cumple con los requisitos establecidos será necesario que se le presente a la familia otra posibilidad de atención, lo que hace útil que el albergue cuente con un directorio de instituciones. Es relevante que la opción presentada

tenga como prioridad detener el abuso y ofrecer una asistencia positiva e integral al niño y su familia. Esta derivación será responsabilidad del trabajador social de la Unidad de Admisión.

Si se considera necesario tomar el caso en el centro el Consejo Técnico deberá contar con las constancias legales de que el Estado cuenta con la autoridad de retirar al niño del hogar, de solicitar a la Unidad de Admisión que elija el equipo de atención que atenderá el caso y que el trabajador social de la Unidad de Admisión lleve a cabo una reunión con la familia donde se les comunique la decisión legal y se acuerde con ellos y las autoridades el momento en que el niño ingresará al centro.

A partir de aquí es esencial que todo el trabajo realizado sea *enmarcado dentro de la Intervención Primaria Terapéutica* definida por Tilman Furniss y expuesta anteriormente, donde se enfocan los esfuerzos e intervenciones en acciones que beneficien tanto al niño como a sus familiares. Igualmente, es necesario que se retomen las cinco interrogantes básicas que a lo largo de todo el tiempo que trabajemos con el niño deben siempre estar presentes:

1. ¿Qué deseamos lograr con este niño y su familia?
2. ¿Qué se puede realmente lograr con ellos?
3. ¿Qué y cómo haré para lograrlo?
4. ¿Cómo afectarán mis intervenciones al contexto multiprofesional?
5. ¿Cómo afectan estas intervenciones al niño y a su familia?

Entramos entonces en lo que está designado en nuestro diagrama como Etapa I, la cual consiste de dos fases, el Proceso de Inducción que se refiere a la incorporación del niño en el albergue, y el otro, la *Evaluación Integral* llevada a cabo por el Equipo de Atención designado y en la cual se investigarán con más profundidad los variados aspectos presentados en el informe de la Unidad de Admisión. Este equipo deberá elegir a un encargado de la coordinación de las reuniones y a otro miembro que registre un informe de lo sucedido quien además será el responsable de convocar al equipo de forma

periódica cada semana. Además se acordará sobre los puntos que deberán informarse a la familia y será el terapeuta familiar el responsable de presentar a la familia lo discutido por los profesionales.

De esta forma podemos decir que el Proceso Terapéutico inicia con el Proceso de Inducción del niño, llevado a cabo tanto por el trabajador social que atenderá el caso como por los orientadores, psicólogos y paraprofesionales que estarán en contacto constante con el chico. Primeramente lo más importante es explicarle al niño y a su familia antes de ingresar al centro por qué, para qué y cuánto tiempo estará allí, dejándole saber que su separación del hogar no es una medida de castigo sino una medida para protegerlo y ayudar a su familia a aprender otras formas de tratarse. Al momento de incorporarse al centro deben presentársele a sus compañeros, enseñársele las instalaciones y darle a conocer las personas que estarán a su cargo. Se le deberá describir las actividades que realizará y las finalidades de ellas. Gradualmente se le enseñarán las reglas, que al igual que en una casa deben de existir, se conversará abiertamente de todas las formas y los momentos en que podrá tener contacto con su familia. Finalmente el Departamento de Administración será el encargado de abrir la ficha de documentación pertinente al caso con su expediente correspondiente.

La Etapa de Integración será un proceso progresivo que podrá tomar las primeras semanas de la estadía. Al mismo tiempo se efectuará la Evaluación Integral que darán más luz sobre la problemática familiar del abuso, las herramientas personales del niño, sus debilidades y áreas más afectadas que deberán ser trabajadas. En este punto debemos aclararle a la familia lo que supone el trabajo interdisciplinario y la comunicación abierta que existe entre sus miembros en todo momento, reflejando así al grupo familiar un sistema funcional.

La Evaluación Integral será realizada por el Equipo de Atención, que de ahora hasta el momento del egreso, se encargará del caso de una forma interdisciplinaria. Recordemos que los integrantes de cada uno de los equipos de atención serán

seleccionados por la Unidad de Admisión. Los profesionales de este equipo analizarán e implementarán estrategias de acuerdo a la información recopilada de la siguiente exploración:

- **Psicólogo:** se llevarán a cabo las evaluaciones que permitan conocer con mayor profundidad las consecuencias emocionales del abuso en el niño, la percepción que tiene el mismo, su relación con el abusador y las relaciones que mantiene con sus familiares. A la vez, se analizará su funcionamiento psíquico, sus mecanismos defensivos, aspectos identificatorios, tipos de vínculos con cada progenitor, formación de procesos de individuación-separación, constitución del *self*, expresiones emocionales a través de su comportamiento y actitudes, comportamientos sexuales inadecuados, conocimientos sexuales de acuerdo a su etapa de desarrollo, expresiones inconscientes (eneuresis, etc.), sentimientos de culpabilidad, conocimiento sobre el abuso que ha ocurrido, emociones relacionadas con su separación del abusador, emociones relacionadas con su separación del hogar, percepción de su familia, temores, imagen corporal, percepción de cómo lo ven sus familiares y cronología y circunstancias del abuso. Todo esto sobre la base de un ambiente seguro y una relación que fortalezca la confianza y las interacciones positivas, delineando límites sanos y adecuados. Los instrumentos que se utilizarán para explorar estos factores serán las entrevistas con el niño y las pruebas psicológicas. Dentro de las entrevistas podemos contar con juegos simbólicos que realiza el niño, dibujos, juguetes, plastilina y muñecos explícitamente anatómicos. Como parte de las pruebas psicológicas que pueden ser de utilidad están el *Children's Apperception Test (C.A.T.)*, la prueba Casa-Árbol-Persona (H.T.P.) y el Test de la Familia.
- **Trabajo Social:** deberá realizar una entrevista con los familiares o responsables para recopilar información sobre la composición familiar, estabilidad del hogar, niveles de educación, relaciones de pareja, problemas de adicción, problemas médicos y psiquiátricos, redes sociales y culturales, características físicas del hogar, situación de empleo de los padres, métodos de disciplina, cronología y

circunstancias del abuso. Periódicamente el trabajador social deberá visitar a la familia para reevaluar cada uno de estos aspectos.

- **Terapeuta Familiar:** realizará evaluaciones por medio de entrevistas que *determinen la percepción de los familiares sobre el abuso, percepciones sobre la separación del niño del hogar, las medidas legales, la responsabilidad que siente cada miembro sobre el abuso y construirá hipótesis sobre la dinámica familiar que produce el maltrato.*
- **Pedagogo:** analizará el nivel académico de los niños para desarrollar programas de escolarización acordes a aquellos avalados por la Secretaría de Educación Pública (SEP), el potencial de aprendizaje de los niños, sus intereses y aptitudes y las áreas de aprendizaje que han sido afectadas. Como instrumentos de trabajo podrán contar con registros de observación y pruebas pedagógicas estandarizadas.
- **Abogado:** *su función consistirá en interpretar y explicar las acciones judiciales que envuelven el caso, ofrecerá explicaciones jurídicas a los familiares y delineará las posibles acciones legales futuras. A su vez, tendrá la responsabilidad de iniciar contacto con las autoridades legales encargadas del caso para que las medidas legales que se tomen entren dentro del contexto de Intervención Primaria Terapéutica. De igual forma, proveerá a los integrantes del equipo interdisciplinario de un informe legal que especifique todas las medidas jurídicas que podrán afectar a la familia y con el cual se trabajará dentro del proceso terapéutico.*
- **Paidopsiquiatra:** *estudiará mediante entrevistas cada caso para determinar la presencia de trastornos emocionales tratables durante la estadía como las depresiones, intentos suicidas, recuerdos persistentes sobre el abuso, sentimientos paranoides, contacto con la realidad y altos niveles de ansiedad. Puede solicitar exámenes neurológicos y de laboratorio cuando lo considere pertinente y será el responsable de la medicación de los chicos, en caso de ser necesario.*
- **Orientador:** *se encargará de programar esta serie de evaluaciones y entrevistas delineadas anteriormente con los profesionales y reportará sobre las actividades,*

conductas y actitudes que le parezcan relevantes dentro de las rutinas diarias y manejo cotidiano del chico.

Hay que aclarar aquí el papel de la Persona de Confianza elegida por el niño y revisado anteriormente en nuestro apartado sobre la Intervención Interdisciplinaria. Si bien, a veces se logra de forma ideal que sea el psicólogo la persona con quien el niño se sienta más cómodo para abrirse y hablar sobre su abuso es imprescindible aceptar que esto no es siempre posible y que muchas veces el chico encuentra en cualquier persona del centro un apego particular y es con ello con quien se abre. Esta persona puede ser desde el pediatra, el abogado hasta alguna persona encargada de la limpieza o alguien que acompañe al niño en sus momentos de esparcimiento. Por ello, es importante que cuando se realice la entrevista psicológica, donde se intenta conocer un poco más sobre el abuso sufrido, esté presente junto con el niño esta Persona de Confianza elegida por él. Solamente una vez que el niño ha podido a través de su apoyo revelar sus sentimientos al psicólogo será cuando la Persona de Confianza se retirará de las sesiones, más no por ello dejará de tener un papel terapéutico en la estadía del niño en el centro. Deberá por ello, participar en todas las reuniones interdisciplinarias y obtener asesoría del equipo sobre cómo puede aportar al proceso terapéutico.

Una vez concluida la fase de evaluación integral del niño y su familia será posible convocar una reunión para integrar estos datos y los presentados anteriormente por la Unidad de Admisión y realizar un informe profundo del caso. En este momento se llevará a cabo otra reunión posterior con todos los profesionales mencionados junto con el pediatra, la enfermera, el nutricionista y los maestros de actividades extracurriculares para presentar formalmente a todos los miembros las características del caso recopiladas en este informe integral, establecer los objetivos que se pretenden alcanzar y las estrategias de tratamiento que se implementarán. Esta fase es la referida en nuestro diagrama como Etapa II.

Recordemos que dentro de nuestro enfoque debemos estimar a cada caso como particular y no podremos asegurar aún en esta etapa de forma concluyente todos los pasos que debemos seguir, sino más bien construir de forma responsable hipótesis de trabajo que se irán confirmando o no a lo largo del tratamiento. *De forma global el equipo interdisciplinario deberá trabajar en objetivos comunes los cuales deberán ser:*

1. *Detener el abuso.*
2. *Construir y comprobar o descartar hipótesis que den explicación a las causas y factores que mantengan el abuso dentro del sistema familiar.*
3. *Conjugar toda la información evaluada para crear un panorama general sobre la situación familiar a la vez que se conozca y se comprenda mejor integralmente al niño.*
4. *Desarrollar estrategias que pretendan modificar los patrones que sostienen el abuso, ofrecer al niño un grado de recuperación emocional saludable y nuevos patrones de relaciones interpersonales positivos entre la familia.*
5. *Revincular al niño a un ambiente familiar más estable donde sea poco probable la recurrencia del abuso o facilitar y trabajar su inserción en otro círculo familiar más positivo.*

A la vez cada profesional contará con objetivos específicos e intervenciones particulares enfocadas desde su área. Debemos aclarar que en este trabajo sólo presentaremos las funciones de cada profesional y paraprofesional (ver Anexo N° D), pero sólo podremos limitarnos a desarrollar las particularidades del tratamiento psicológico dejando la presentación de las demás metodologías de intervenciones médicas, legales, sociales, etc., a otros proyectos especializados respectivamente a dichas áreas. Psicológicamente, se ofrecerán tres tipos de intervenciones a nivel individual, a nivel grupal y a nivel familiar, (Ver Anexo C).

Debemos señalar que dentro del equipo de atención interdisciplinaria la función del pediatra y la enfermera será de ofrecerle atención y seguimiento a las lesiones o enfermedades que se presenten, el nutricionista atenderá las necesidades alimenticias

especiales que presenten algunos casos y los maestros de actividades extracurriculares reforzarán a través de talleres ocupacionales y artísticos la recuperación y socialización de los chicos.

Es importante destacar que en la medida en que el área legal logre recoger información sobre la situación judicial y procedimientos pendientes de acuerdo al caso y a la vez que pueda reconocerse en la corte y considerarse dentro de las decisiones judiciales los avances de tratamiento obtenidos en el centro, podrá utilizarse este informe legal, tal como lo propone Cirillo, para trabajar más fácilmente con las familias maltratadoras. Esto lo aclaramos debido a que todavía el sistema judicial mexicano no cuenta con esta apertura dentro de sus procedimientos, pero es una labor que debemos comenzar a realizar. Por otro lado, de no contar el equipo de atención con plena consideración de sus opiniones por parte de las cortes la presentación de un informe legal a las familias con la promesa de trabajar para poder modificar las decisiones legales sería falsa y por ende catastrófica. Por ello, de no contar con esta comunicación deberá realizarse la terapia sin utilización del informe como instrumento de trabajo.

Por último destacamos la participación de los paraprofesionales, es decir, cocineras, recepcionistas, secretarias, personal de mantenimiento, etc. La función de estos paraprofesionales deberá ser la de ayudar tanto a los niños como a los profesionales a lograr los objetivos de tratamiento a través de la presencia de relaciones interpersonales positivas. Estas personas generalmente tienen contacto con el niño en situaciones cotidianas de vida y por ello pueden aportar información valiosa sobre ciertos patrones de conducta y comportamientos en los chicos que una forma u otra pueden alertar sobre problemas o dificultades. Este personal participa en el desarrollo de relaciones e interacciones sanas con el niño y pueden detectar las necesidades emocionales más sobresalientes. La función de este personal está basada en la noción de la Comunidad Terapéutica en la que también se apoya este proyecto.

Dada la información tan valiosa que los paraprofesionales pueden ofrecer, ellos también deben formar parte de las reuniones interdisciplinarias cuando así se amerite. Es decir, un orientador, encargado de los cuidados del niño, debe estar presente en todas las reuniones de equipo y de haber alguna persona, como una cocinera o secretaria, que pueda aportar o tenga una relación cercana con el chico o chica puede ser invitado también a participar y conocer las formas en que puede ayudar dentro de los avances terapéuticos indirectos. Instrumentos como una libreta de reportes diarios sobre el comportamiento o expresiones del niño y conocimientos sobre técnicas de modificación de conducta a través de refuerzos, realización de consecuencias y evitación de castigos, son todas herramientas muy valiosas para manejar a los niños dentro de un contexto cotidiano.

Una vez establecidas las estrategias de tratamiento se dará inicio a su implementación por parte del equipo de atención interdisciplinaria. A partir de entonces, es preciso que se realicen reuniones de seguimiento donde se discutan y confirmen o no las hipótesis previamente construidas y se adapten o continúen las estrategias delineadas. Cada reunión deberá constar de un informe que reúna lo discutido. De la misma forma, se llevará a cabo, según lo expuesto en nuestra sección teórica, reuniones donde se discuta la dinámica grupal específica de cada equipo.

Finalmente, debemos considerar que nuestras estrategias no deben ser ilimitadas en tiempo y que el trabajo con familias maltratadoras puede ser prolongado y nunca totalmente resuelto. Por ello, los objetivos que se tracen en un principio deben ser claros y realistas para poder verse alcanzados. No debemos olvidar que los estudios estadísticos presentados en este trabajo reflejan que un año es un tiempo aproximado para que las intervenciones y los procesos terapéuticos sean efectivos y evitemos infligir un abuso institucional al hacer la estadía de los chicos demasiado extensa. Por ello, no debemos perder de vista los objetivos de nuestro trabajo y evaluar la efectividad de las estrategias de tratamiento de forma que podamos decidir si dar de alta el caso atendido a través de las preguntas propuestas por Baglow:

1. ¿Ha disminuido, hasta donde se pueda valorar, el riesgo de mayor abuso a un nivel aceptable?
2. ¿Se han logrado las metas de tratamiento delineadas en un principio y puede algún tipo de tratamiento aisladamente continuar trabajando con éxito?
3. ¿Está de acuerdo la familia con la decisión clínica de dejar el tratamiento conjunto que se ha estado siguiendo?

De poder contestarse satisfactoriamente a estas interrogantes debemos iniciar la Etapa III, en la cual debemos primeramente contestar por escrito las razones de forma justificadas por las cuales consideramos que se dé terminación al caso. Estos fundamentos serán presentados a la Unidad de Admisión y al Consejo Técnico para que sean aprobados, de ser rechazados deberá retornarse a la Etapa II de Atención Interdisciplinaria y cumplir con los requisitos de atención para el egreso.

De ser aceptada la salida del chico debemos presentar nuestras recomendaciones y consideraciones sobre el caso a las autoridades o agencias respectivas en un informe formal que delimite las posibles estructuras familiares que pueden componerse, se analice cada opción presentada en términos positivos y negativos y se sugiera la opción más adecuada que cumpla con los seguimientos de la Intervención Primaria Terapéutica y beneficie al niño a su familia. A partir de que se conozca la dirección que tomará el caso se preparará al chico para el egreso elaborando los duelos pertinentes, dando cierre a las terapias y preparando la reintegración del niño a su hogar. Esta Decisión de Egreso debe estar acorde, hasta donde se haya realizado, con la resolución de las cortes de revincular al niño con sus familiares. De haberse decidido en el transcurso del proceso que el niño debe permanecer con otra familia, el tratamiento interdisciplinario de la Etapa II debe considerar ésta decisión y elaborar esta situación con la familia de origen así como preparar al niño y al otro sistema familiar para su convivencia.

Paralelamente a todo este proceso que recorrerá la atención del niño y sus familiares en el centro, se contará con investigaciones llevadas a cabo con la población atendida, se ofrecerán programas de capacitación externa especializada, así como se entrenará a nuevos profesionales sobre los conocimientos y procedimientos manejados en el centro. De igual forma, se evaluará el impacto y la efectividad que tiene este modelo en la problemática del maltrato, en el niño, en la dinámica familiar, y en el equipo interdisciplinario. Por último se traerán terapeutas externos que ofrezcan apoyo terapéutico a los profesionales del centro y que supervisarán los casos manejados desde las diferentes perspectivas de trabajo.

12. Manejo Interdisciplinario dentro de las Reuniones de Trabajo.

Además de lo expuesto dentro del Marco Teórico de este trabajo, es pertinente aclarar algunas características exclusivas de la dinámica grupal y manejo de los equipos interdisciplinarios.

Si bien, el flujograma de trabajo y el procedimiento que se sigue en cada caso se consideran como multidisciplinarios debido a que agrupan a diversos profesionales quienes hacen aportaciones desde sus disciplinas, el manejo particular de éstos profesionales dentro de las reuniones de trabajo a todos los niveles debe ser dirigido y guiado en este proyecto por una metodología interdisciplinaria.

Para el óptimo funcionamiento de nuestros equipos interdisciplinarios de trabajo debemos, como hemos dicho, enmarcar en todo momento la dirección de nuestros esfuerzos bajo la Intervención Primario Terapéutica y los señalamientos básicos, concluidos por Furniss:

1. ¿Qué quiero lograr con este niño y su familia?
2. ¿Qué se puede realmente lograr con ellos?
3. ¿Qué y cómo voy a hacer para lograrlo?

4. ¿Cómo influyen mis intervenciones en las líneas de tratamiento de los demás profesionales?
5. ¿Cómo influyen mis intervenciones en el niño y su familia?

Todos los equipos de atención deberán llevar a cabo actividades y delinear objetivos específicos de tratamiento desde cada disciplina, y a la vez deberán desarrollar objetivos globales que guíen todos los esfuerzos individuales. Dentro de las actividades para el funcionamiento del equipo podemos mencionar: compartir información, promover la coordinación, planear acciones y definir responsabilidades, proteger a los profesionales y al centro, formalizar el proceso de toma de decisiones, conocer la problemática del maltrato, conocer el funcionamiento interdisciplinario del equipo, comprender los aspectos éticos del trabajo, acordar un marco conceptual de tratamiento, definir la metodología de la exposición y reporte de los casos, considerar los aspectos personales que influyen en el trabajo cotidiano y registrar adecuadamente el desenvolvimiento de las reuniones.

Sobre los objetivos más generales que guían el tratamiento del niño y la familia, el equipo debe tener presente los siguientes puntos:

1. Detención y prevención del abuso.
2. Evaluación del funcionamiento integral del niño.
3. Evaluación de la dinámica familiar en torno al abuso.
4. Prevención de las consecuencias negativas para el niño y su familia debido a la separación del chico de su hogar.
5. Definición de estrategias de atenciones terapéuticas individuales y grupales, psiquiátricas, médicas, escolares y familiares a partir de las hipótesis de trabajo establecidas.
6. Implementación y seguimiento de los objetivos terapéuticos trazados.
7. Elaboración de la revinculación del niño con sus familiares y del egreso del niño del centro.

Habiendo establecido los objetivos por los que debe reunirse y para lo que deberá funcionar el equipo interdisciplinario pasemos a estructurar el orden de las reuniones de trabajo para más adelante adentrarnos en su contenido.

- Previo a la reunión se escogerá un líder que dirigirá la reunión, este puede ser o no el encargado del caso y será rotado de acuerdo a las necesidades y efectividad del grupo de trabajo.
- Previo a la reunión se invitará a todo el funcionario o personal que cuente con información relevante para que participe.
- La sesión contará de antemano con un Orden del Día (asuntos a discutir en orden).
- Se iniciará la sesión presentando a las personas nuevas para el equipo o que no hayan trabajado para el equipo con anterioridad.
- Se identificará a los miembros de la familia y al menor por su nombre y parentesco.
- Se dará inicio a la discusión por la cual se han reunido. Los relatos sobre el caso deben exponerse en orden cronológico.
- Se revisará la historia del niño y la familia, sus relaciones, dinámicas y circunstancias actuales.
- Cada profesional tendrá el deber de llegar por sí mismo a una conclusión respecto a los asuntos pertinentes de su área de trabajo y delinearé y modificaré estrategias de trabajo intentando lograr un consenso de esfuerzos con los demás profesionales.
- Se expondrán las líneas de tratamiento sugeridas o realizadas y se analizará la duplicación de tareas, los conflictos del trabajo terapéutico, la necesidad de apoyo, la definición de roles, etc.
- Se utilizarán técnicas para la solución de los aspectos conflictivos o que necesiten ser aclarados hasta llegar a un acuerdo grupal satisfactorio para el equipo.
- Se analizará la dinámica grupal profesional como reflejo del grupo familiar atendido.

- Se delinearán los aspectos que deberán ser revelados e informados a los familiares.
- Todo lo anterior debe quedar por escrito.

Habrá un coordinador que estará encargado de informar sobre las fechas y horarios de las reuniones periódicas y será el responsable, en el caso de los Equipos de Atención, de obtener el informe con la información recopilada por la Unidad de Admisión, así como de presentarla en la primera sesión conjunta.

Considerando todo lo anterior, el éxito del trabajo del equipo interdisciplinario dependerá de:

- El compromiso profesional y del centro con el sistema de manejo del maltrato infantil.
- La cooperación y comprensión entre los organismos.
- Los conocimientos compartidos acerca del problema.
- Los conocimientos compartidos acerca de las estructuras de toma de decisión en el centro.
- El acuerdo de ideas sobre la naturaleza del problema.
- El manejo ético de los profesionales.
- El marco conceptual convenido y aceptado por el equipo.
- La organización de la presentación de los casos.
- El nivel de asistencia a las presentaciones de los casos.
- La sensibilidad para el uso de lenguaje técnico/jerga.
- La apreciación de la influencia de los sentimientos individuales sobre la toma de decisiones.
- La demarcación clara y convenida de las diferentes responsabilidades.
- El registro adecuado de discusiones y reuniones.

Para organizar debidamente la reunión de trabajo el encargado de coordinar la sesión deberá elaborar, como mencionamos anteriormente, un reporte sobre los aspectos

discutidos. Este informe guiará la sesión posterior y dará estructura al trabajo interdisciplinario verificando que las acciones no se dupliquen o excluyan mutuamente. La forma de recabar la información puede ser mejor hecha de la siguiente forma.

| FECHA | PACIENTE | DISCUSIÓN | DECISIÓN | QUIÉN |
|-------|---|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Nombre del Chico. | <ul style="list-style-type: none"> Percepciones subjetivas. Datos objetivos y evaluados. Análisis e hipótesis. | <ul style="list-style-type: none"> Plan y estrategias de tratamiento y atención. | <ul style="list-style-type: none"> Profesionales encargados (área). |

El otro tipo de informe que será necesario elaborar es aquel que el grupo presentará a las agencias judiciales al finalizar su trabajo con la familia y el niño para expresar las recomendaciones que proponen luego del trabajo terapéutico e interacciones en el caso intentando así poder aportar elementos valiosos que ayuden a tomar las decisiones legales pertinentes. Este reporte debe contener:

- Un listado de todas las posibilidades de cómo puede permanecer la estructura familiar.
- Cada opción necesita ser examinada en términos de sus consecuencias familiares e individuales.
- La opción que se considere la más adecuada deberá seguir los lineamientos de la Intervención Primaria Terapéutica y dirigir sus esfuerzos al bienestar tanto del niño como de su familia.

La idea de que el proceso de interacción para realizar todas estas tareas se dará libre de conflicto es improbable, los aspectos personales e identificaciones con los familiares, de jerarquía y poder, los conflictos entre roles y objetivos estarán siempre presentes. Pues así como un equipo de fútbol practica largas horas para desempeñarse en un breve partido, la mayoría de los grupos de profesionales en las instituciones desempeñan largas horas de trabajo conjunto dedicando muy poco o nada de tiempo a practicar su funcionamiento como equipo.

Por ello, debemos desarrollar espacios en que los grupos de trabajo aprendan a interactuar y donde puedan reunirse con la exclusiva función de desarrollar sus capacidades y habilidades para trabajar como una unidad. Por lo general, entre las problemáticas que entorpecen pero que a la vez potencialmente pueden enriquecer a los equipos de trabajo dedicados a dar ayuda a niños maltratados están:

- Las jerarquías dentro de las especialidades pueden crear la percepción de límites sobre la libertad de acción y decisión de otros profesionales y el rechazo de opiniones.
- Los participantes de mayor jerarquía generalmente participan más en una decisión de grupo que otros miembros y parecen a veces tener más influencia sobre los resultados. Aquellos de menor jerarquía parecen tener un más bajo compromiso de implementar el resultado convenido.
- Los profesionales tienen diferentes perspectivas, filosofías y objetivos de trabajo.
- Los miembros del equipo tienen diferentes estilos y métodos para tomar decisiones.
- Cada uno de los integrantes perciben de forma diferente lo que consideran como niveles aceptables de "un objetivo realizado".
- Los profesionales que trabajan la problemática del maltrato pueden ser sumamente afectados por la naturaleza del problema que se discute lo que puede provocar reacciones fuertes e impredecibles.
- Los miembros de la familia que se atienden buscan aliados y a veces los profesionales desarrollan una fuerte identificación con alguno de los integrantes del

grupo familiar. El grupo de profesionales puede reflejar la dinámica familiar, lo cual se convierte en un proceso destructivo para todos los involucrados y acarrea decisiones erradas, si no es adecuadamente analizado.

- Los integrantes pueden preocuparse tanto por otro profesional al que ven abatido, que empiezan a perder la objetividad al planear las intervenciones para dar tratamiento al menor. También es posible que el profesional se convierta en el núcleo de la ira y la desesperación del grupo al ver frustrados sus avances.
- Las ansiedades creadas entre la familia y los profesionales promueven que el profesional haga reafirmaciones de confianza de que no todo es tan malo como parece, de que todo "saldrá bien al final" y se nieguen los aspectos dolorosos que necesitan ser trabajados. En este caso, la compasión es entendible pero el falso consuelo es deshonesto y perjudicial. Debemos enfrentar a la familia con la realidad si es que deseamos ayudarla y comprenderla.
- Los profesionales que trabajan esta problemática suelen experimentar reacciones. Las respuestas individuales antes las crisis varían pero son pautas peligrosas para serenar el juicio y fortalecer la acción. Deben buscarse oportunidades adecuadas y estructuradas para superar y elaborar estas situaciones. Entre las posibles reacciones individuales que los analistas de grupo advierten que podemos encontrar están:

Negación: de que algo está mal.

Ira: contra la familia o hacia otro profesional.

Temor: de las críticas personales y profesionales, o de sentir toda la responsabilidad de un caso sobre sí y no como parte de un manejo grupal.

Culpa: de sentir que debió o se pudo hacer más.

Desesperación: cuando nada parece una solución.

Horror: de poder infringir daño.

Celos: de otro profesional que reciban la oportunidad de formar una relación más estrecha con el menor o su familia.

Resentimientos: de que alguien más parezca estar interviniendo en la relación que con esmero hemos construido con el niño o su familia a través de algunas decisiones.

Omnipotencia: al creer que sabemos más que otros miembros del equipo, al pensar que tenemos la mejor relación con el niño o la familia y de que somos capaces de manejar cualquier caso. Con esta actitud se pone en riesgo al chico debido a los heroicos intentos individuales de los profesionales.

Una de las formas en que podemos resolver los conflictos interdisciplinarios que se presentan requieren de que:

1. Se aclaren los aspectos que están en conflicto, los cuales generalmente existen por confusión, asignación desigual de tareas y trabajo excesivo.
2. Las partes en desacuerdo escriban detalladamente:
 - lo que desean lograr,
 - las formas como pretenden hacerlo,
 - las razones por las cuales consideran importantes y necesario actuar como lo han previsto,
 - los aspectos en que el otro profesional les está afectando o influyendo de forma contraria o adversa y,
 - las posibles alternativas que proponen para conjugar sus acciones con el otro profesional.
3. Un tercer miembro funja como mediador y facilitador de las soluciones siempre enmarcando al conflicto dentro de nuestras preguntas con que iniciamos este apartado: qué quiero lograr con este niño y su familia; qué se puede realmente lograr con ello; qué y cómo voy a hacer para lograrlo; cómo influyen mis intervenciones en las líneas de tratamiento de los demás profesionales; cómo influyen mis intervenciones en el niño y su familia?

Otra forma de resolver los problemas entre los miembros del equipo o de analizar alternativas opuestas consiste en realizar el siguiente proceso:

1. El profesional describe al menos cinco razones por las cuales considera que la acción que tomará uno de los miembros del equipo no trabajará en beneficio del niño, de su familia o de los demás profesionales.
2. El otro profesional define al menos cinco razones por las cuales considera necesario actuar de una forma en particular.
3. La persona que está refutando la intervención o acción ofrece opciones que estén de acuerdo con los esfuerzos multidisciplinarios del equipo.
4. La discusión debe centrarse en los conflictos de las actividades y en el bienestar del niño y la familia y no en los aspectos personales.
5. El grupo analiza las opciones y considerará más productivas aquellas alternativas en donde bajo una óptica amplia y una acción específica se sigan los parámetros y objetivos generales que el contexto multidisciplinario ha trazado.

Para que el equipo multidisciplinario logre un trabajo integral libre de confrontaciones ineficientes debe desarrollarse un sistema de tareas bien diferenciadas donde se comprenda la relación entre las diferentes acciones profesionales. Esto puede lograrse a través de:

1. El análisis formal de responsabilidades: deben identificarse las tareas y responsabilidades de cada una de las disciplinas y sus profesionales.
2. La definición del éxito o fracaso de las metas del tratamiento: con el delineamiento anterior de las tareas y metas de cada profesional es posible evaluar el éxito o fracaso de los objetivos.
3. Un examen de los efectos del tratamiento desde un contexto amplio: necesitamos relacionar y dar sentido a cada tarea de cada profesional dentro de un contexto multidisciplinario de intervención, por ejemplo, debemos preguntar si una acción legal a tomar ayudará a la protección y evitará el abuso dentro del contexto del tratamiento clínico.

4. La predicción de fracaso en términos de responsabilidades específicas: cuando observamos que las tareas de una disciplina están en oposición a los objetivos planificados dentro del contexto multidisciplinario podremos predecir un “fracaso en términos de responsabilidades”.
5. El respeto de los límites profesionales: deben respetarse las acciones y tareas llevadas a cabo por cada profesional en su campo. No debemos encargarnos de cambiar las acciones tomadas por un colega, a pesar de que resulten en un fracaso, pues pueden resultar en problemas interprofesionales que transgreden los límites y minen las relaciones de los miembros del equipo. Sin embargo, no debemos suspender nuestro juicio profesional sobre la predicción del fracaso de la intervención. De acuerdo a Furniss hay tres pasos apropiados a seguir en estas situaciones para expresar nuestro desacuerdo con otro colega:
 - a. Hacer un análisis profesional de las tareas y juicios inapropiados.
 - b. Dar a entender el respeto de la opinión y responsabilidad que tenemos del otro profesional.
 - c. Finalmente, señalar las formas en que las tareas y acciones afectarán a los demás profesionales.
6. La predicción del éxito de los resultados: como profesionales debemos aclarar y facilitarles a los demás profesionales los puntos que desde nuestra perspectiva puedan ayudar a realizar nuestro trabajo y de igual forma, cómo las tareas profesionales del área que nos atañe a nosotros pueden complementar las acciones de los demás. Por ello, al emitir una “predicción de fracaso” de una intervención debemos incluir un análisis complementario de las tareas que podrían facilitar el éxito de la intervención. Es a través de las predicciones del fracaso o éxito de las intervenciones basadas en un análisis profesional que las diferentes disciplinas se relacionan dentro de un contexto interdisciplinario. El respetar la capacidad y la responsabilidad de otro profesional al hacer una predicción de un fracaso de intervención irá creando una complementación profesional y una diferenciación de tareas y responsabilidades sin crear distanciamiento.

Este tipo de análisis es la base para la Intervención Terapéutica Primaria y es lo que la caracteriza y diferencia de otros enfoques que sólo toman en cuenta las tareas y responsabilidades separadas de cada profesional las cuales conllevan muchas veces a problemas institucionales que terminan paralizando o contradiciendo toda acción

Por todo esto es importante que existan, como dijimos, dos tipos de reuniones interdisciplinarias por cada unidad grupal de trabajo, la primera que consistirá de las sesiones interdisciplinarias donde se manejarán los casos clínicos atendidos, la segunda serán las reuniones interdisciplinarias donde se analizará específicamente la dinámica de trabajo del equipo profesional. Si bien, la resolución de conflictos puede darse dentro de la misma sesión en que se discute el caso, puede también decidirse que se resuelva en las reuniones pertinentes a la discusión de la dinámica grupal. Sugerimos también para lograr un mejor manejo interdisciplinario, el contar con un profesional independiente y externo al centro que analice la dinámica grupal de los equipos.

En estas reuniones sobre la dinámica grupal deberán analizarse: el papel del coordinador, la recopilación de la data, la participación, la comunicación, la dinámica de *toma de decisiones y los conflictos interpersonales* que deban ser expuestos en el grupo. Los miembros del equipo deberán identificar al menos una característica positiva de la reunión previamente realizada (sobre el caso), y finalmente deberán identificar las áreas que deben reforzarse. Este último aspecto debe estar claramente definido y deberá ser vuelto a evaluar en la siguiente sesión de *dinámica de grupo*.

Otro aspecto relevante que surge dentro del manejo interdisciplinario es el factor de la confidencialidad. Muchas veces los profesionales contarán con información que puede compartirse con los demás miembros del equipo, pero a veces esta comunicación abierta puede dañar la confianza que el niño o la familia ha depositado en nosotros.

Por ello, es necesario diferenciar entre aquellos aspectos privados que pertenecen a cada individuo de aquellos que contribuyen de forma dañina a mantener y crear el secretismo dentro de la familia y entre los profesionales perpetuando la dinámica del maltrato. Los aspectos privados son aquellos que estructuralmente establecen autonomía e individuación en el sujeto. A la vez, recordemos en este punto la importancia que tiene aclararle a la familia desde un principio la perspectiva terapéutica utilizada aquí, donde se trabaja conjuntamente entre los profesionales evitando tomar posiciones opuestas de trabajo a través de los continuos canales de comunicación e interacción.

Finalmente, debemos considerar la participación del personal paraprofesional, que incluye a las secretarías, las cocineras, la recepcionista, los encargados de la limpieza, y todos aquellos que no necesariamente trabajan de forma directa con los niños pero que igualmente están en contacto con ellos. Su papel cobra relevancia considerando que muchas veces es a estas personas a quien el niño se acerca de forma espontánea y con quienes los familiares tienen un primer contacto. Por ello, como mencionamos anteriormente, una adecuada selección de este personal es también importante. De la misma forma, estas personas deben compartir también los objetivos del centro, deben tener conocimientos sobre el abuso y ser capacitados.

Algunas de las acciones saludables para el grupo de trabajo que podemos tomar en cuenta previamente a la realización de las reuniones son:

- El acuerdo previo entre el grupo sobre los objetivos y lo que será definido como realización de los mismos.
- La capacidad de utilizar como herramienta las diferentes metodologías y estilos de trabajo.
- El reconocer previamente y discutir los aspectos que potencialmente pueden convertirse en conflicto.
- El compromiso de los profesionales de reunirse de forma periódica y no esporádica aunque hay poco que discutir.

- El establecer protocolos de informes tanto del orden de las reuniones y de los aspectos que se discuten en éstas, como reportes sobre los datos del caso.
- El llevar a cabo una adecuada selección del personal.
- El ofrecer una capacitación conjunta a todo el que labora en los centros.
- El desarrollar y practicar estrategias de trabajo en grupo.
- El compartir literatura profesional y continuar con capacitación especializada.
- El educarse sobre las responsabilidades de las demás disciplinas.
- El contar con supervisores del trabajo de grupo.

13. Supervisión Externa de Casos y Apoyo Terapéutico al Personal.

Dado que el trabajo con niños y familias abusadas es una tarea muy compleja y ardua, es común que los profesionales involucrados con esta problemática presenten agobios. A su vez la naturaleza de los problemas llevan muchas veces a los profesionales a perder su imparcialidad y tomar lados frente a la familia o hacer identificaciones con alguno de sus miembros. Todas estas son variables de esperarse aún en el más entrenado de los profesionales y por ello debemos estar preparados para traer asesoría externa que pueda hacer observaciones para ofrecer conocimientos sobre el manejo de los casos y proporcionar espacios terapéuticos que permitan al personal elaborar y analizar sus sentimientos y conflictos con respecto a su trabajo. Igualmente, se podrá dar supervisión externa sobre los conocimientos interdisciplinarios, las herramientas y líneas de trabajo en todas las áreas, sean éstas médicas, psiquiátricas, psicológicas, pedagógica, etc., con expertos que puedan aportar a nivel académico y práctico sus conocimientos.

14. Capacitación Especializada e Investigación.

El concepto del albergue permitirá llevar a cabo investigaciones sobre el campo del maltrato sobre una muestra de familias y niños que favorablemente se encuentran bajo nuestra observación por un tiempo aproximadamente prolongado. Esta situación facilita el realizar investigaciones que permitan brindar mayor luz sobre las causantes del maltrato, las hipótesis de trabajo, las líneas de tratamiento individual grupal y familiar así

como la evaluación integral sobre el funcionamiento del modelo propuesto en este proyecto.

A su vez, los profesionales que laboran en esta área de asistencia social deberán contar con una constante capacitación que amplíe y actualice los conocimientos que desde su área pueden aplicarse a la problemática del maltrato, así como se recomienda participar en seminarios sobre trabajo en equipo. A su vez, los profesionales que laboran en el centro ofrecerán al personal externo no capacitado sus conocimientos adquiridos y herramientas y procedimientos de trabajo del centro.

CONCLUSIONES

Este proyecto ha pretendido desarrollar un modelo de trabajo interdisciplinario que pueda ser utilizado en albergues que atiendan a niños maltratados entre seis y doce años. Para ello, primeramente ha sido importante aclarar la responsabilidad institucional adscrita de forma legal al DIF de darle atención a los niños maltratados y segundo el analizar las legislaciones nacionales e internacionales que avalan a las instituciones gubernamentales a retirar la patria potestad de las figuras parentales maltratadoras cuando *así amerite y hacerse cargo de atender a estos niños de forma integral.*

Una vez establecido este marco de la realidad nacional mexicana ha sido necesario definir y fundamentar nuestras directrices metodológicas en los conceptos teóricos clínicos que guiarán nuestro análisis terapéutico y en los esquemas interdisciplinarios que conjugaremos para crear un nuevo modelo.

Así, hemos considerado la importancia que tiene destacar la supremacía del vínculo entre el niño y sus figuras significativas para analizar el sostenimiento de las relaciones de abuso. Para ello, encontramos útil la explicación de Sigmund Freud sobre la compulsión a la repetición, sobre el principio del placer y la reproducción de algo anterior a través de la pulsión de muerte. También se hace valioso el análisis de Fairbairn, que considera que no es la libido la buscadora de placer sino el objeto, el cual intenta vincularse por encima de todo aunque sea de manera dolorosa. Existe también la posición de Tilman Furniss que propone que durante el abuso, específicamente el abuso sexual, se libera tensión perturbando las funciones del yo, creando sensaciones egosintónicas que excitan y causan dependencia.

Podemos ver al analizar las investigaciones realizadas que es importante que el chico cuente con figuras estables a lo largo de su vida pues de esto dependerá su capacidad de formar nuevas relaciones vinculares posteriores. De igual forma, el impacto de la separación del niño de su hogar dependerá de la calidad y el tipo de atención asistencial que se le brinde en donde haya la posibilidad de formar relaciones significativas positivas. De no darse estas situaciones podemos observar perturbación de

conductas, déficit cognoscitivos y disturbios emocionales. Es también por esto que debemos intentar mantener al chico en su hogar hasta donde sea posible, separarlo sólo de forma temporal limitada, ubicándolo sólo en un lugar y por último, debemos permitirle seguir teniendo contacto con sus familiares e impulsar la reconstrucción y revinculación familiar.

A su vez, hemos analizado el valor que tiene en nuestro marco clínico de trabajo la instauración de la prohibición del incesto como resultado no sólo de patrones genéticos, exogámicos y jerárquicos sino como elemento esencial en la estructuración psíquica del sujeto a través del Complejo de Edipo, en la formación del inconsciente, la formación de identificaciones y la constitución del *superyo* del niño. Todos estos conceptos dan luz a los disturbios de la dinámica intrapsíquica y las consecuencias de la sobrecarga erótica experimentada por niños abusados sexualmente. Las secuelas de esta transgresión pueden regir en la formación de estructuras neuróticas perversas o psicóticas y definirá el levantamiento de mecanismos de defensa que lleven a las disociaciones leves o severas de la conciencia. Finalmente, aludiendo a la teoría lacaniana, el quebrantamiento de esta ley produce el *goce* en el cual está abolido por completo el límite entre el cuerpo erógeno y el cuerpo biológico llevando al chico a intentar reconstruir estas separaciones a lo largo de su vida para volver sólo a transgredirlas. Los efectos de esta transgresión se ven plasmados en estudios que demuestran a niños ansiosos, deprimidos, fóbicos, con comportamientos sexuales inadecuados, síntomas histéricos, aislamiento afectivo, relaciones objetales distorsionadas y hasta estructuración de personalidad limitrofe.

De igual forma, consideramos de gran utilidad embarcar nuestro análisis del maltrato bajo el concepto de las identificaciones. De mayor concordancia con nuestra problemática está la identificación parcial con un rasgo distintivo del objeto o identificación regresiva, descrita por Freud, pues ésta permite entender cómo las identificaciones del padre con aspectos del objeto amado que ha sido perdido podrían ser depositados en el niño y crear fuertes ligazones entre ambos dando pie a la falta de

individuación y separación que caracteriza a las relaciones donde existe el abuso. Este mismo concepto desde la teoría lacaniana es conocido como identificación simbólica, el cual nos permite entender cómo cualquier hecho que se reproduce a lo largo de la vida, actos, palabras, gestos, características y hasta emociones o circunstancias, representan a cualquier otro acontecimiento pasado o por venir. Estas fuertes simbolizaciones evocan *reacciones negativas o positivas desencadenando eventos que podrían llevar al maltrato.*

De gran provecho es también el estudio que hace René Käs donde concluye que la relación de objeto entre padres e hijos puede darse desde el narcisismo atribuyendo todo lo placentero como perteneciente al padre y todo lo displacentero como del niño. A su vez, el aporte de las concepciones de identificación proyectiva e introyectiva hecho por Melanie Klein permite entender mejor la dinámica que engancha la relación objeto que sostiene al abuso. El proceso de *reverie*, propuesto por Bion, denota la capacidad de la madre de contener y devolver al bebé sus ansiedades resulta también básico para investigar las fallas y procesos que dan camino hacia el maltrato. Por último, el concepto de identificación con el agresor acuñado por Anna Freud nos describe específicamente el proceso mediante el cual el sujeto adquiere características del objeto que le produce angustia y ejecuta el papel del agresor para manejar su ansiedad, aludiendo así a las *identificaciones de los padres abusadores con sus propias figuras parentales.*

Considerando estos conceptos clínicos, es necesario que enmarquemos nuestro proyecto también dentro de un enfoque sistémico que analice el contexto y elementos familiares que rodean al niño, así como el sistema en el cual está inmerso. Este análisis nos permite abordar al niño conjuntamente con su familia y considerar el maltrato como un síntoma creado y mantenido a través de las interacciones, lo que lo hace un aspecto no del todo individual y sin embargo modificable si se dan las alteraciones de los patrones correspondientes. Esta metodología es utilizada con éxito en el Centro del Niño y la Familia en España y en Centro de Ayuda al Niño Maltratado y a la Familia, en Italia.

Tomando estos aspectos clínicos se pueden entonces analizar los esquemas de trabajos institucionales que dan paso a nuestro modelo interdisciplinario. Pero antes debemos mencionar un punto relevante: el trabajo terapéutico que proponemos realizar se encuentra ausente de una demanda por parte de las familias que trataremos por proceder generalmente de denuncias presentadas a las autoridades. Por ello, un elemento vital de nuestro trabajo consiste en mantener una estrecha relación entre nuestro centro y las agencias judiciales para permitir que se utilice el trabajo terapéutico como instrumento capaz de modificar y definir las decisiones legales que afectarán a la familia lo cual se podrá lograr a través de la confección e intercambio de informes legales y terapéuticos conocidos por los familiares y los profesionales involucrados. Aún en México estos canales de comunicación no se encuentran del todo abiertos y es necesario que se vayan construyendo para hacer más eficaces las estrategias para evitar y detener el abuso.

Adentrándonos ahora a los modelos que dan paso a las intervenciones interdisciplinarias hemos podido hacer un recorrido histórico que rescata elementos provechosos para nuestro trabajo, entre ellos encontramos los conceptos introducidos por Jones sobre Comunicad Terapéutica que propone integrar al personal en general con los pacientes y así promover las interacciones personales. Esta ideología de trabajo también da relevancia al manejo cotidiano del paciente ofreciendo herramientas para las intervenciones de los paraprofesionales y exalta el trabajo en equipo de los profesionales. Por otro lado, hallamos la noción de Terapia Institucional, la cual también estima importante la coordinación del personal y llega a sugerir la ausencia de toda dimensión jerárquica.

Encontramos posteriormente aplicaciones concretas del trabajo multidisciplinario a la problemática del maltrato por parte del Centro de Kempe en Colorado y en el trabajo con niños abusados realizados por Osmond y sus colaboradores. Más adelante, topamos con modelos interdisciplinarios como el confeccionado por John Baglow, el cual encontramos de suma utilidad, pues esquematiza y describe el procedimiento que recorre el caso atendido dentro de un centro, define la información más importante que debe ser

recogida dentro de una evaluación conjunta, exige que se definan y deleguen las responsabilidades de tratamiento, propone que se ofrezca un tratamiento simultáneo y que se lleven a cabo reuniones periódicas de reevaluación. Por último, delinea los requisitos que se deben reunir para considerar el egreso del caso.

Por otro lado, el modelo interdisciplinario de trabajo de Tilman Furniss es uno de los más valiosos para nuestro proyecto. En él se presentan tres tipos de intervenciones, la punitiva, la protectora del niño y la primaria terapéutica, esta última considerada como la más adecuada en el manejo de casos pues juzga necesario que todas las intervenciones estén dirigidas al niño y a su familia. En ella se resalta la consideración de los vínculos de los niños con sus figuras parentales, se propone el abordaje multiprofesional, se estiman terapéuticas todas las intervenciones que afecten al niño y su familia (legales, médicas, psicológicas, sociales, etc.), y se incluye la utilización de diferentes enfoques terapéuticos individuales, grupales y familiares. Este enfoque se hace también provechoso pues ofrece una atención multiprofesional a un problema multifactorial.

*Finalmente rigiéndose por las estructuras de personalidad de los progenitores Kathleen Coulborn presente un esquema que toma en cuenta las características de dependencia, vínculo y grado de protección por parte de la madre y de funcionamiento general, funcionamiento del *superyo* y nivel de abuso cometido por el padre, los cuales producen una matriz que ayuda en la selección de las estrategias terapéuticas. Por su lado, Barbagelata y sus colaboradores estiman productivo evaluar la existencia de culpa, la aceptación del maltrato, el deseo de recibir ayuda, el interés por el bienestar del niño y las circunstancias que envuelven el abuso para definir nuestros esfuerzos de revinculación del chico con la figura maltratadora.*

Conjugando todas estas ideas y elementos que cada uno de estos aspectos nos brindan contamos con la capacidad de construir un proyecto que delinea paso a paso la implementación de nuestro modelo. El mismo deberá regir todas sus intervenciones dentro de las cinco preguntas expuestas por Furniss:

1. ¿Qué quiero lograr con este niño y su familia?
2. ¿Qué se puede realmente lograr con ellos?
3. ¿Qué y cómo voy a hacer para lograrlo?
4. ¿Cómo afectan estas estrategias al contexto multiprofesional de trabajo?
5. ¿Cómo afectan estas intervenciones al niño y su familia?

Partimos de las necesidades físicas del establecimiento y acondicionamiento del centro; tomamos en cuenta la naturaleza del problema del abuso y la propensión a formar identificaciones para la selección adecuada de todo el personal detallando evaluaciones, entrevistas y cuestionarios que deberán utilizarse para este proceso; determinamos el perfil del niño a quien le podremos ofrecer ayuda; desglosamos los objetivos del centro para enfocar nuestros esfuerzos; aclaramos la necesidad de establecer estructuras, rutinas y reglas; y presentamos un organigrama que jerarquiza y da estructura a la institución. Seguidamente, para el manejo adecuado de los centros hemos desarrollado tres unidades coordinadoras: el Consejo Técnico, la Unidad de Admisión y los Equipos de Atención detallando sus funciones, actividades e integrantes.

Una vez expuestos estos aspectos iniciamos la implementación del proyecto a través de un programa de integración en el que se incluye a todo el personal, siguiendo así los parámetros de interdisciplinariedad y Comunidad Terapéutica. Proseguimos con la capacitación, que de igual forma debe ser conjunta, considerando que cualquier miembro del personal del centro puede llegar a formar fuertes vínculos con los chicos y participar en los equipos profesionales. Todos los profesionales y paraprofesionales necesitan tener noción de los conceptos que rigen el centro, las características del abuso y las herramientas utilizadas en las interacciones cotidianas con los niños. En este apartado se aprovecha para exponer los objetivos de la terapia individual, grupal y familiar, así como se sugieren herramientas de trabajo.

Seguidamente, se desglosan las actividades de cada departamento y se pasa a describir el procedimiento que se le debe dar a cada caso extrayendo y conjugando todas

las ideas de los modelos estudiados y los conceptos analizados. Por último, se dan las herramientas para el manejo interdisciplinario dentro de las reuniones de trabajo, aclarando las actividades que se deben realizar de forma grupal, la estructura de las reuniones para el adecuado funcionamiento interdisciplinario, la confección de los informes grupales de trabajo que se utilizarán para participar en las decisiones judiciales y para dar seguimiento a las decisiones tomadas, los aspectos de confidencialidad, los posibles conflictos que pueden surgir entre sus participantes, y las estrategias para resolver estas dificultades logrando un consenso y beneficiando al niño y su familia. Luego de esta elaboración cabe detallar la necesidad de las reuniones de equipos realizadas sólo con la exclusividad de mejorar y practicar las estrategias grupales interdisciplinarias.

Después de presentar este recorrido sobre nuestro proyecto podemos concluir algunos aspectos que consideramos meritorios de recibir más atención. Entre ellos, está el hecho de que se hace necesario elaborar y puntualizar nuevos códigos legales que aborden los conflictos familiares más relevantes para así prestarles protección y ofrecerles repuestas desde el ámbito legal. Por otro lado, consideramos necesario comenzar a crear espacios de comunicación donde los aspectos de estrategias y resultados terapéuticos sean tomados en cuenta dentro del marco de las decisiones legales.

Como último punto, podemos resumir todos los esfuerzos de este proyecto bajo un aspecto común y esencial: para poder obtener resultados efectivos dentro de la problemática del maltrato debemos reunir los esfuerzos de varias disciplinas de forma sincronizada y sostener siempre como fin común la detención del abuso a través de la recuperación y mejor funcionamiento del niño y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Anthony, E. J., y Benedek, T. (1996). *Parenthood*, Editorial Arosen, Nueva Jersey, Estados Unidos.
- Baglow, Leonard J. (1990). *A Multidimensional Model for Treatment of Child Abuse: A Framework for Cooperation*. *Child Abuse and Neglect*, 14, n:3. Editorial Pergamon, Estados Unidos.
- Barbagelata, Norberto y Rodríguez, Alfonsa (1993). El Tratamiento Ecológico en Contextos Maltratantes. Cuadernos de Trabajo Social, N° 6. Madrid, España.
- Barbagelata, N., Rodríguez, A., Ruano, M.J., Vicente, C., Quintana, A., Gastañaga, J.L. (1993). El Modelo Sistemico y el Abuso Sexual. III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Madrid, España.
- Bleichmar, H. (1984). Introducción al Estudio de las Perversiones: La Teoría del Edipo en Freud y Lacan. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
- Bokcoven, J.S. (1956). *Moral Treatment in American Psychiatry*. En Zax y Specter (Editores). Introducción a la Psicología de la Comunidad. Editorial El Manual Moderno, S.A. Madrid, España.
- Bowlby, J. (1978). *Attachment and Loss*. Vol. 1. Editorial Basic Books,. Nueva York, N.Y.
- Chazaud, Jacques (1978). Introducción a la Terapia Institucional. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Child Welfare League of America (1959). *Child Welfare as a Field of Social Work Practice*. En Untalan, F. y Mills, C. (Editores). Interdisciplinary Perspectives in Child Abuse and Neglect. Editorial Praeger. Nueva York, N.Y.
- Cirillo, Stefano y Di Blasio, Paola (1989). Niños Maltratados: Diagnóstico y Terapia Familiar. Editorial Paidós. Argentina.
- Coulborn, Kathleen (1988). *Child Sexual Abuse: An Interdisciplinary Manual for Diagnosis, Case Management, and Treatment*. Columbia University Press. New York, N.Y.
- DIF-Numeralia-(Dic. 1997). México, D.F.
- Dor, Joél (1989). El Padre y su Función en Psicoanálisis. Editorial Nueva Visión, Argentina.

- EFE. (9 de abril de 2000). En México se Vive Ambiente de Violencia. La Prensa, Panamá, República de Panamá.
- Fairweather, G.W. (1964). *Social Psychology in Treating Mental Illness: an Experimental Approach*. En Zax, Melvin y Specter, Gerald. (Editores). Introducción a la Psicología de la Comunidad. Editorial El Manual Moderno, S.A. México, D.F.
- Fontana, V. y Robison, E. (1976). *A Multidisciplinary Approach to the Treatment of Child Abuse*. En Untalan, F. y Mills, C. (Editores). Interdisciplinary Perspectives in Child Abuse and Neglect. Editorial Praeger. Nueva York, N.Y.
- Freud, Anna (1993) El Yo y los Mecanismos de Defensa. Editorial Paidós. México.
- Freud, Sigmund (1896). La Herencia y la Etiología de las Neurosis. S.F. Obras Completas. Volumen III. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- Freud, Sigmund (1905). Tres Ensayos de Teoría Sexual. S.F. Obras Completas. Volumen VII. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- Freud, Sigmund (1913). Totem y Tabú. S.F. Obras Completas. Tomo II. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España.
- Freud, Sigmund (1915). Duelo y Melancolía. S.F. Obras Completas. Volumen XIV. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- Freud, Sigmund (1920). Más Allá del Principio del Placer. S.F. Obras Completas. Volumen XVIII. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- Freud, Sigmund (1921). Psicología de las Masas y Análisis del Yo. S.F. Obras Completas. Volumen XVIII. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- Frothingham, Thomas (enero, 1994). *The British Case Conference in Child Sexual Abuse: Another Model for America*. Child Abuse and Neglected. 18 n:1 Editorial Pergamon, Estados Unidos.
- Furniss, Tilman (1995). The Multiprofessional Handbook of Child Sexual Abuse: Integrated Management, Therapy and Legal Intervention. Editorial Routledge. Nueva York, N.Y.
- Gastañaga, J.L., Ruano, M.J., Vicente, C. (octubre, 1995). Intervención con Familias Maltratantes: La Experiencia del Centro del Niño y la Familia. Trabajo no publicado. Madrid, España.

- Giannareas, Jorge. Comisión de Estudio para la Elaboración de una Legislación de Niñez y Adolescencia. Decreto Ejecutivo Panameño N° 26 del 15 de abril de 1997. Panamá, República de Panamá.
- Gilgun, J. (1988). *Decision Making in Interdisciplinary Treatment Teams*. En Untalan, F. y Mills, C. (Editores). *Interdisciplinary Perspectives in Child Abuse and Neglect*. Editorial Praeger. Nueva York, N.Y.
- González, G., Azaola, H., Duarte, M.P. & Lemus, J.R. (1993). El Maltrato y el Abuso Sexual a Menores: Una Aproximación a estos Fenómenos en México. En UNICEF/COVAC (1994-1995). Manual sobre Maltrato y Abuso Sexual a los Niños: Aspectos Psicológicos, Sociales y Legales. México, D.F.
- Green, Arthur (1993). *Child Sexual Abuse: Immediate and Long Term Effects and Interventions*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Volumen 32:n5. Estados Unidos.
- Gutton, P. (1983). *El Bebé del Psicoanalista: Perspectivas Clínicas*. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- Hallet, C. y Stevenson, O. (1980). *Child Abuse: Aspects of Interprofessional Cooperation*. En Baglow, L. (Editor). *A Multidimensional Model for Treatment of Child Abuse: A Framework for Cooperation*. *Child Abuse and Neglect*. 14 n:3. Editorial Pergamon, Estados Unidos.
- Hochstadt, N. y Harwicke, N. (1985). *How Effective is the Multidisciplinary Approach? A Follow Up Study*. En Untalan, F. y Mills, C. (Editores). *Interdisciplinary Perspective in Child Abuse and Neglect*. Editorial Praeger. Nueva York, N.Y.
- Immerman, R.S., & Mackey, W.C. (1997). *An Additional Facet of the Incest Taboo: A Protection of the Mating-Strategy Template*. *Journal of Genetic Psychology*. Volumen 158 n:2 Estados Unidos.
- Jones, M. (1968). *Beyond the Therapeutic Community*. En Zax, M. y Specter, G. (Editores). *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. Editorial El Manual Moderno, S.A. México, D.F.
- Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M., J.J., Baranes (1996). *Trasmisión de la Vida Psíquica entre Generaciones*. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- Kaufman, Ch. (1996). *Biologic Considerations of Parenthood*. En Anthony, E.J., y Benedek, T. (Editores). *Parenthood*. Editorial Aronson, New Jersey.
- Laplanche, Jean y Pontalis, Jean Bertrand (1993). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor. Barcelona, España.

- Lebovici, S. (1995). Los Vínculos Intergeneracionales (Transmisión y Conflictos). Las Interacciones Fantasmáticas. En Lebovici, S., y Weil-Halpern, F. (Editores). La Psicopatología del Bebé. Editorial Siglo XXI. Madrid, España.
- Lebovici, S., y Weil-Halpern, F. (1998). La Psicopatología del Bebé. Editorial Siglo XXI. Madrid, España.
- Leclair, Serge (1978). Para una Teoría del Complejo de Edipo: Seminarios de Vincennes, 1969. Editorial Nueva Visión. Argentina.
- Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Asamblea de Representantes del D.F. aprobada el 26 de abril de 1996 y publicada en la Gaceta Oficial del D.F. el 8 de julio de 1997. México, D.F.
- Lima Malvido, María de la Luz (abril 1997). Modelo de Atención a Víctimas en México. Impreso en los talleres gráficos de la Cámara de Diputados. México, D.F.
- Mitchell, S. (1988). Relational Concepts in Psychoanalysis. Editorial Harvard University Press. Boston.
- Nasio, Juan David (1988). Enseñanza de Siete Conceptos Cruciales del Psicoanálisis. Editorial Gedisa, España.
- Neubauer, P. (1989). *Father as Single Parents: Object Relations Beyond Mother*. En Cath, S., Gurwit, L. y Ginsburg, L. (Editores). Fathers and Their Families. Analytic Press, New Jersey.
- Nichols, William y Everett, Craig (1986). Systemic Family Therapy: An Integrative Approach. Editorial Guilford Press. Nueva York, N.Y.
- ONU. Convención Sobre los Derechos del Niño – Aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.
- Osmond, M., Durham, D., Leggett, A., Keating, J. (1998). Treating the Aftermath of Sexual Abuse: A Handbook for Working with Children in Care. Editorial CWLA, Washington, D.C.
- Pence, D. y Wilson, Ch. (1994). Team Investigation of Child Sexual Abuse: The Uneasy Alliance. Editorial Sage. California, Estados Unidos.
- Prigogine, I. y Stengers, I. (1979). La Nuova Alleanza. En Cirillo, S. y Di Blasio, P. (Editores). Niños Maltratados: Diagnóstico y Terapia Familiar. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

- Rodríguez Ajenjo, C. (Sept. 1997). Conferencia: La Asistencia Social y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. Trabajo no publicado. México, D.F.
- Rodríguez, A., Barbagelata, N., Brun, T., Gastañega, J.L., Ruano, M. y Vicente, C. (noviembre, 1995). El Vínculo Paterno-Filial: Prevención del Maltrato y el Abuso Sexual. XVI Congreso Nacional de Terapia Familiar. Valencia, España.
- Rutter, M. (1990). La Deprivación Materna. Editorial Morata. Madrid, España.
- Scharff, David (1992). Refinding the Object and Reclaiming the Self. Editorial Jason Aronson. Northvale, Nueva Jersey.
- Selvini Palazzoli, M., et al. (1991). Los juegos Psicóticos en la Familia. En Gastañaga, J.L., Ruano, M y Vicente, C. (Editores). Intervención con Familias Maltratantes. Manuscrito no publicado. España.
- Shemmings y Thoburn (1990). *Parental Participation in Child Protection Conferences: Report of a Pilot Project in Hackney Social Services Department*. En Frothingham, T. (Editor). *The British Case Conference in Child Sexual Abuse: Another Model for America*. Child Abuse and Neglect. Volumen 18, n:1. Editorial Pergamon. Estados Unidos.
- Starbuck, G. (1977). *Collaborative Team Approach to Non-Accidental Injury and Neglect in Children*. En Untalan, F. y Mills, C. (Editores). Interdisciplinary Perspectives in Child Abuse and Neglect. Editorial Praeger. Nueva York, N.Y.
- Sullivan, H.S. (1931). *Socio-Psychiatric Research: Its Implications for the Schizophrenia Problem and for Mental Hygiene*. En Zax, Melvin y Specter, Gerald. (Editores). Introducción a la Psicología de la Comunidad. Editorial El Manual Moderno, S.A., México, D.F.
- UNICEF/COVAC (1994-1995). Manual sobre Maltrato y Abuso Sexual a los Niños: Aspectos Psicológicos, Sociales y Legales. México, D.F.
- Untalan, F., Mills, C. (1992). Interdisciplinary Perspectives in Child Abuse and Neglect. Editorial Praeger. Nueva York, N.Y.
- Zax, Melvin y Specter, Gerald (1979). Introducción a la Psicología de la Comunidad. Editorial El Manual Moderno, S.A. México, D.F.

ANEXOS

ANEXO N° A
ENCUESTA DE ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS
FRENTE AL MALTRATO

Edad:

Área de Trabajo:

Sexo:

1. ¿Qué considera usted como maltrato?
2. ¿Qué tipos de maltrato conoce usted y qué definición conoce de cada uno?
3. ¿Por qué considera usted que se produce el maltrato?
4. ¿Considera usted que las causas son diferentes entre niños y niñas?
5. ¿Por qué cree usted que algunos niños son maltratados y otros no?
6. ¿Cuáles cree usted que son las características de una familia donde se da el maltrato?
7. ¿Qué consecuencias conoce o considera usted que produce el maltrato?
8. ¿Cómo cree usted que se comporta un niño abusado?
9. ¿Qué cree usted que sienten los niños cuando son maltratados?
10. ¿Qué siente usted cuando conoce sobre algún niño maltrato?
11. ¿Quiénes cree usted maltratan con más frecuencia a los niños?
12. ¿Considera usted que la persona que maltrata puede recibir algún tipo de ayuda?
13. ¿Qué cree usted que se debe hacer con un niño maltratado? y ¿con sus familiares?
14. ¿Qué cree usted que se debe hacer con el maltratador?
15. ¿Conoce usted a alguien que sea maltratado? ¿Cómo se siente respecto a esa persona?
16. ¿Conoce usted a alguien que maltrate? ¿Cómo se siente usted respecto a esa persona?
17. ¿Tiene experiencia trabajando con niños maltratados? ¿De qué tipo?
18. ¿Ha tomado algún tipo de entrenamiento sobre el tema?
19. ¿Qué lecturas a hecho sobre el maltrato?
20. ¿Cómo cree usted que puede ayudar a los niños maltratados y sus familias?

ANEXO N° B
PROGRAMA DE INTEGRACIÓN

Primera Sesión:

- Se hará la presentación de los monitores del programa y el programa del día.
- Cada uno de los participantes expondrá información sobre sus datos generales, su profesión, su experiencia previa con niños maltratados y una breve reseña sobre su historia personal.
- Se visitarán las instalaciones del centro para conocerlas. Pueden conformarse varios grupos para este recorrido.

Segunda Sesión:

- Los monitores facilitarán los objetivos de atención del centro los cuales deberán ser discutidos y analizados por todo el grupo.
- Se agrupará el personal (con igual número de participantes en cada grupo pero con miembros de diferentes profesiones) para la discusión de sus temores, expectativas y necesidades. Posteriormente un exponente de cada grupo expresará lo conversado. *Las ideas serán documentadas y presentadas a la Dirección General del INSAME para su debida devolución durante la siguiente reunión donde deberán presentarse las autoridades responsables. Los participantes deben desconocer que sus ideas serán presentadas a la dirección hasta finalizar la exposición.*

Tercera Sesión:

- Reunión con las autoridades del INSAME para la devolución sobre los aspectos que producen temor y expectativa. Se intentará dar respuesta a las necesidades expresadas al igual que se aclarará lo que se espera de su trabajo con este tipo de problemática.

Cuarta Sesión:

Esta reunión debe darse al finalizar el programa de capacitación, luego de que se hayan obtenido los conceptos básicos sobre el maltrato y el manejo de casos de forma interdisciplinaria. Probablemente esta sesión requiera de varias reuniones.

- Los participantes se reunirán según su área de profesión para elaborar los programas departamentales, los cuales deberán incluir los objetivos de su departamento, las actividades necesarias para realizar estos objetivos, la respectiva descripción de estas actividades y los instrumentos para evaluar los rendimientos.
- Presentación formal de cada programa departamental frente a todos los participantes.

Quinta Sesión:

- Los participantes se agruparán de forma heterogénea y cada uno expondrá dentro de su grupo una fortaleza que crea poseer con respecto a sus posibles aportaciones futuras al centro, una limitación sobre sí que considera debe mantener presente al manejar a niños abusados o trabajar en grupo.
- Se expondrán estas ideas a todo el grupo.
- Se acordará sobre algún símbolo o frase corta que identifique a las personas que laboran en el centro.
- Se dará a conocer por parte de los monitores los canales de supervisión y los grupos de apoyo terapéutico con que contarán todos los participantes.

ANEXO N° C
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Dentro de este programa se intentará capacitar a los profesionales en las siguientes áreas:

1. Aspectos generales del abuso.
 - clasificación y definiciones
 - causas
 - consecuencias
2. Aspectos evolutivos de niños entre los 6 y 12 años.
3. Definición del perfil del niño que se atenderá.
4. Objetivos del centro.
5. Estructura, rutinas y reglas del centro.
6. Organigrama institucional.
7. Formación, objetivos y actividades de las unidades coordinadoras.
 - Consejo Técnico
 - Unidad de Admisión
 - Equipo de Atención Interdisciplinaria
8. Flujograma de trabajo.
9. Procedimiento de casos.
10. Manejo interdisciplinario dentro de las reuniones de trabajo.
11. Intervenciones a nivel psicológico:
 - terapia individual
 - terapia grupal
 - terapia familiar
 - técnicas utilizables por todos los profesionales

1. ASPECTOS GENERALES DEL ABUSO:

- Clasificación y definiciones:

Maltrato:

Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o por la sociedad, que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo. *(Tomado de la Ley de Asistencia Social Título I, Capítulo Único, Artículo 3).*

Maltrato Físico:

Todo acto de agresión intencional repetitivo, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o substancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control. *(Tomado de la Ley de Asistencia Social Título I, Capítulo Único, Artículo 3).*

Maltrato Psicoemocional:

Al patrón de conducta consistente en acto u omisión repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias y abandono que provoquen, en quien las reciba, deterioro, disminución o afectación a la estructura de su personalidad. *(Tomado de la Ley de Asistencia Social Título I, Capítulo Único, Artículo 3).*

Abuso Sexual:

Es todo acto ejecutado por un adulto o adolescente sobre un niño para estimularse y gratificarse sexualmente pudiendo realizarse con o sin el consentimiento, pues son actos para los que el infante carece de la madurez y desarrollo cognitivo necesario para evaluar su contenido y consecuencia. *(Tomado de la definición ofrecida por el Dr. Gerardo González en 1993).*

- **Causas** (no son únicas ni determinantes):

• **Niño:**

- Que no sea del sexo esperado por los padres.
- Que tenga alguna discapacidad.
- Que sufra algún daño neurológico.
- Que sea el “patito feo”.
- Que corresponda a cierto orden de crecimiento.
- Que se parezca en algunas características a algún miembro de la familia (subjétivamente u objetivamente)
- Que sea un niño con problemas de conducta.
- Que sea un niño berrinchudo e irritante.
- Que sea un niño que no obedezca.
- Que sea un niño no deseado.

• **Familia:**

- Alcoholismo y drogas.
- Madres adolescentes.
- Enfermedad mental.
- Falta de apoyo de redes sociales y familiares.
- Antecedentes de maltrato.
- Aislamiento.
- Problemas maritales.
- Los padres se sienten agredidos o desprotegidos por sus hijos.
- Los padres se sienten tensionados y no saben enfrentar su frustración.
- Los padres creen que es la única forma de ejercer su autoridad.

• **Factores Externos (Factores correlacionados pero no en sí causantes):**

- Migración en situación marginal.
- Crisis de pérdida de trabajo u otras dificultades de dinero.
- Crisis dentro de la familia (por ej. muerte).
- Pobreza.

- **Consecuencias:**

El niño siente la necesidad de hacer un esfuerzo por entender los eventos traumáticos que le ocurren en su vida. Ellos perciben, interpretan y derivan conclusiones basados en su nivel de desarrollo. Como resultado, buscan encontrar relaciones de causa y efecto del mundo que les rodea. De esta forma, infieren que las cosas malas son causadas por razones inherentes dentro de sí mismos. Fácilmente se sienten en constante peligro, persecución e hipervigilancia y buscan situaciones de riesgo pues así actúan inconscientemente de la misma forma en que perciben que su entorno les trata. Igualmente al haber sido heridos buscan controlar las situaciones para evitar volver a ser victimizados y fácilmente interpretan de forma negativa las intenciones de los demás. Consideran que no vale la pena intentar nuevos proyectos pues sienten que no funcionarán. Otras de las variadas características que pueden presentar estos chicos son:

Distorsión de pensamientos y creencias.

Depresión.

Eneuresis.

Encopresis.

Pesadillas.

Insomnio.

Ansiedad.

Somatizaciones.

Dificultad regulando emociones.

Disociación.

Desconfianza.

Agresividad.

Reacciones abruptas.

Sexualidad alterada.

Manipulaciones.

Intentos de suicidio.

Auto mutilaciones.

Intentos de huida.

Abuso de sustancias ilegales.

Bajo rendimiento escolar.

Dificultades de aprendizaje.

Pobre imagen corporal.

Baja autoestima.

Escaso sentido de identidad.

Aislamiento.

Inhibición.

Sexualización de las relaciones.

Comportamientos sexuales precoces.

Necesidad excesiva de poseer control.

Desobediencia y rebeldía frente a las autoridades.

Fuerte dependencia emocional.

Conductas regresivas.

Actitudes del niño frente al maltrato:

- No discuten, ni se resisten frente al maltrato y acceden a la petición del abuso.
- Creen que los demás adultos saben lo que esta pasando.
- Aceptan guardar secretos.
- Se sienten confundidos.
- Se sienten culpables.
- Se sienten solos, desvalidos, abandonados, sin posibilidades de enfrentar al adulto agresor.
- No entienden lo ocurrido.
- Tienen dificultad para distinguir sus sentimientos.
- No saben cómo comportarse.

- No cuentan lo que ocurre ya que están siendo amenazados, chantajeados o sienten que no les creerán.
- Desconocen la manera adecuada para describir lo que les pasa.
- Callan lo que están viviendo porque en caso de comentar y no ser escuchados temen que se les regañe o no se les crea.
- Resistencia a ir a ciertos lugares o quedarse solos con cierta persona.

2. ASPECTOS EVOLUTIVOS DE NIÑOS ENTRE LOS 6 Y LOS 12 AÑOS:

Las etapas evolutivas del desarrollo de los niños han sido estudiadas por diversos investigadores. Muchos de ellos coinciden en agrupar a los niños entre los seis y los doce años dentro de una misma etapa de desarrollo donde se dan ciertos cambios tal como lo exponemos aquí. Tratemos entonces de derivar las distorsiones evolutivas psicológicas que pueden darse dentro de estas características evolutivas normales debido al maltrato.

Piaget/ 6-12 años Operaciones concretas:

El niño desarrolla regulaciones intuitivas, comprende algunas abstracciones, tiene un manejo de los conceptos de pasado y futuro, es capaz de planear y anticipar, no comprende conceptos muy complejos y por ello la información que se le imparte debe ser directa. Por todo esto, podemos deducir que el tema de la sexualidad debe ser abordado a través de un método indirecto como el juego de forma que se despersonalice la descripción en caso del abuso sexual.

Erik Erikson/ Edad Escolar-Laboriosidad versus la Inferioridad (Competencia):

En esta etapa el chico sede el paso a las fantasías e ideas mágicas de la infancia para prepararse a la tarea de adquirir habilidades y conocimientos. Se esperan labores productivas dentro del juego y logros reales. En esta etapa inician también la vida social independiente y los comienzos de la responsabilidad personal. Se aprenden las formas

apropiadas y eficaces de hacer cosas (rituales), las habilidades para la solución de problemas y las estrategias que promueven un sentido de laboriosidad y competencia. Por el otro lado, al sentirse inferiores pueden evitar la competencia y los esfuerzos activos para superar sus limitaciones. Al darse el abuso se sienten incompetentes y rechazados y tienen dificultades para desarrollar su identidad personal.

Sigmund Freud/ Etapa de Latencia:

Tienen lugar gradualmente los preparativos para la etapa genital posterior. Este período implica la consolidación y la elaboración de los rasgos y habilidades previamente implicados y la consolidación y la elaboración de los rasgos y habilidades previamente adquiridos y la preparación para una sexualidad activa posterior. Su alteración tendría efectos dentro de las estructuras psíquicas que se consoliden.

Gordon Allport / Auto Imagen:

La auto-imagen se refiere a la imagen de la personalidad total, que incluye al *yo* corporal desarrollado previamente y al sentido de identidad. La auto-imagen es en gran parte producto de los papeles que se le han asignado al niño. En esta etapa la persona empieza a tener nociones vagas de lo que es, quiere ser o debería ser. El fracaso del desarrollo de la auto-imagen puede resultar en una prolongación de la conciencia de la niñez hasta la edad adulta.

3. PERFIL DEL NIÑO MALTRATADO A ATENDER:

Ver página 109.

4. OBJETIVOS DEL CENTRO:

Ver página 110.

5. ESTRUCTURAS, RUTINAS Y REGLAS DEL CENTRO:

Ver página 111.

6. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL DEL CENTRO:

Ver página 113.

7. FORMACIÓN, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE LAS UNIDADES COORDINADORAS:

- Consejo Técnico:
Ver página 115.
- Unidad de Admisión:
Ver página 117.
- Equipos de Atención Interdisciplinaria:
Ver página 119.

8. FLUJOGRAMA DE TRABAJO:

Ver página 126.

9. PROCEDIMIENTO DE CASOS:

Ver página 127.

10. MANEJO INTERDISCIPLINARIO DE LAS REUNIONES DE TRABAJO:

Ver página 138 .

11. INTERVENCIONES A NIVEL PSICOLÓGICO.

- **Terapia Individual:**

Debemos describir primeramente que para cualquiera, especialmente para un niño que ha sufrido algún tipo de abuso, es difícil poder elaborar los dolorosos sentimientos y momentos vividos. Debido a ello se construyen mecanismos que defienden el mundo interno a través de la negación, la disociación y la autculpabilidad. Ante el conocimiento de que otros tienen noción de lo que ha sucedido se presentan reacciones varias, algunos casos pueden presentar comportamientos regresivos y se agudizan los síntomas que enmascaran el trauma.

Aspectos que considerar antes de iniciar las entrevistas psicológicas:

- ¿De ser posible saber, quién reportó el abuso?
- ¿Existe alguna persona del centro a quien el niño le ha confiado sus sentimientos?
- ¿Se conocen las actitudes que ha tomado el niño frente a la revelación institucional y familiar del maltrato ocurrido? (agresividad, no habla sobre ello).
- ¿Hace cuánto tiempo ocurrió el abuso? (importante en la consideración de los cambios en la estructura psíquica).
- ¿Qué ha ocurrido desde que se detuvo el abuso?
- ¿En qué edad, sexo y momento del estadio evolutivo se encuentra el niño?
- ¿Qué relación (parentesco) tiene el abusador con el niño?
- ¿Qué tipo de abuso ocurrió, frecuencia y duración del mismo?
- ¿Qué circunstancias externas conocemos que rodean el abuso?

Inicia de las primeras entrevistas. Estableciendo rapport con el chico/a:

- Conocer qué se le ha dicho al niño sobre la entrevista que estamos por realizar y sobre su estadía en el centro.

- Lograr que el niño sienta confianza en nosotros, iniciando nuestro acercamiento a través de juegos como naipes, domino, o juegos de mesa.
- Explorar cómo se siente el niño sobre el hecho de hablar del abuso.

Objetivos de la terapia individual:

1. Conocer las características y síntomas presentes (*Ver Aspectos Generales del Abuso, Consecuencias, página 170*).
2. Investigar los mecanismos de defensa presentes en el niño.
3. Elaborar en los pensamientos y situaciones reales o fantaseadas que impiden al niño expresar el abuso.
4. Explorar las elaboraciones que ha hecho el niño sobre el maltrato y las estrategias emocionales desarrolladas para protegerse.
5. Ayudar al niño a nombrar el abuso y expresar cómo se siente frente a lo que le ha sucedido.
6. Analizar las asociaciones de imágenes, lugares, y circunstancias que desencadenan los recuerdos del abuso.
7. Conocer los vínculos familiares que tiene el niño.
8. Investigar la relación (emocional) del niño con el agresor.
9. Analizar las percepciones que sostiene el niño sobre sus familiares y los familiares sobre él.
10. Elaborar la percepción que sostiene el niño sobre cómo cree que lo ven las demás personas.
11. Ayudar al niño a historizarse.
12. Permitir al niño que exprese sus sentimientos positivos y negativos hacia el agresor.
13. Desculpabilizar al niño por haber estado involucrado en el abuso.
14. Trabajar la percepción del niño sobre su autoimagen.
15. Ofrecerle apoyo al niño para aceptar y conocer su propia sexualidad y conocer los aspectos sanos de la sexualidad.
16. Ayudarle al niño a establecer nuevos canales de comunicación y protección.

17. Trabajar duelos.
18. Averiguar directamente con el niño cómo desea ser ayudado.
19. Averiguar directamente con el niño qué desea que hagamos por él.

Las bases de este trabajo pueden ser desarrolladas desde diferentes perspectivas clínicas como el enfoque conductual, el cognitivo-racional, etc. Sin embargo, nosotros particularmente hemos considerado los elementos psicoanalíticos que nos permitan entender la complejidad del psiquismo del niño que atendemos. Los mismos nos permitirán analizar la estructuración psíquica en formación del sujeto, el interjuego de las relaciones que se dan desde el Complejo de Edipo, la imagen devuelta al niño por la madre, la contención ofrecida, el proceso de individuación del chico, la estructuración del *superyo*, las identificaciones que se han construido, el tipo de vínculo que ha experimentado y su función dentro del sistema familiar.

Debemos tomar en cuenta que los niños más jóvenes no tienen la capacidad de comprender conceptos abstractos y debemos ser cautelosos del tipo de interpretaciones que hagamos, las mismas deben ser sencillas, claras y directas.

Herramientas de Trabajo:

Dependiendo de las preferencias y capacidades del niño para expresarse podremos introducir a la terapia ciertos instrumentos que nos ayuden a explorar y trabajar los aspectos emocionales. Algunos de estos pueden ser.

| | | |
|------------|--------------------|--------------------|
| Dibujos | Plastilina | Muecos |
| Marionetas | Juguetes de bloque | Juguetes de acción |

Puede también utilizarse la historia del "otro niño" en la que contamos lo que le ha sucedido a otro chico y relatamos cómo se sintió y luego tratamos de hacer participar al

paciente en que nos dé sus impresiones sobre la historia y averiguamos si alguna vez se ha sentido igual.

Asistencia a las cortes judiciales:

En caso de que el niño sea citado para participar en el proceso judicial es importante que se le prepare siguiendo estos lineamientos:

- Capacidad de formar y mantener una relación.
- Descartar la posibilidad de reaccionar frente a la frustración con comportamientos auto-destructivos y *acting out* regresivos.
- Explicar lo que ocurrirá y para qué se presentará en las cortes.
- Visitar el lugar donde ocurrirá el juicio.
- Proveer objetos durante el juicio que le ofrezcan seguridad o lo entretenga, en caso de que el proceso sea extenso.
- Permitir que le acompañe una persona cercana.
- Practicar la posible situación a la que será expuesto.

- Terapia Grupal:

La terapia de grupo consiste en reunir a un grupo de niños, en este caso, que comparten un problema similar y un mismo nivel evolutivo. Deberá llevarse a cabo una evaluación que determine el nivel de crisis del niño, la capacidad del niño de hablar sobre el abuso y las fortalezas y habilidades para trabajar en grupo.

Criterios de evaluación para participar en terapia de grupo:

- Habilidad para hablar sobre el abuso.
- Capacidad de formar y mantener una relación.
- Descartar la posibilidad de reaccionar frente a la frustración con comportamientos auto-destructivos y *actings out* regresivos.
- Posee nivel apropiado de desarrollo cognoscitivo de acuerdo al grupo que se formará y de poder mantener *confidenciales* los aspectos hablados por otros miembros.

- Debe hacer estado o estar previamente en terapia individual donde ha de haber expresado y enfrentado el abuso hasta cierto grado y elaborado algunos de sus elementos.

Objetivos de la terapia de grupo:

- Comprender que otros comparten los mismos sentimientos y han experimentado otras experiencias difíciles.
- Comprender mejor cómo sus actitudes y comportamientos se asocian con la experiencia del maltrato.
- Conocer que algunos de sus sentimientos y reacciones frente al abuso son normales y aceptables.
- Tomar actitudes y realizar cambios internos que le ayuden a recuperarse.
- La aceptación de los hechos puede lograr un mejor funcionamiento.
- Desarrollar la capacidad de experimentar relaciones cercanas saludables en donde exista confianza e intimidad emocional.
- Aprender a expresar sus sentimientos de una forma honesta y segura.
- Comprender que no es responsable por el abuso.
- Aprender técnicas de protección (puede hacerse a través de *role playing*).
- Facilitar la discusión sobre una sexualidad sana.
- Destruir la creencia de que todos saben lo que le ha ocurrido.
- Construir la capacidad de decisión que poseen.

Herramientas de trabajo:

Pueden dirigirse tareas para realizar en el transcurso de la semana de forma individual o grupal, se pueden presentar documentales sobre el abuso que faciliten la discusión sobre diferentes aspectos del maltrato. También llevar a cabo actividades grupales, como comidas, y juegos los cuales pueden aportar a la dinámica grupal.

- Terapia Familiar:

Conocimientos previos al trabajo con la familia:

- Composición familiar.
- Características socioeconómicas.
- Tipo de abuso que ha ocurrido.
- Quién es el ofensor.
- Problemas de salud mental de sus miembros.
- Anticipar como profesionales la posibilidad de recibir datos incompletos, confusiones e interrupciones por parte de la familia, al igual que actitudes defensivas y contenidos operatorios.

Objetivos de la terapia familiar:

- Detener el abuso.
- Abrir el secreto del abuso y hablar francamente sobre éste, donde cada miembro hable de lo que sepa en torno al tema.
- Trabajar las reacciones de cada miembro frente al abuso, el abusado y el abusador.
- Establecer el abuso como un problema de toda la familia e investigar los factores en torno al mismo.
- Mostrar a la familia las consecuencias del abuso en el menor.
- Confrontar a los familiares con su responsabilidad ante el hecho.
- Concientizar a cada miembro sobre su responsabilidad, recayendo la mayor parte de ésta en los padres.
- Investigar la función del abuso dentro del sistema familiar.
- Mostrar a la familia la desprotección sufrida por el niño o niña.
- Analizar los roles, límites, canales de comunicación, patrones de interacción y métodos de disciplina dentro de la familia.

- Estudiar los patrones sexuales inadecuados dentro de la familia y dar información sobre la sexualidad adecuada y saludable.
- Analizar las actitudes hacia las instituciones encargadas del caso.
- Lograr que el abusador, de estar presente, reconozca sus actos.
- Verbalizar por qué fue negativo aquello que el abusador hizo por parte de cada uno de los miembros.
- Mostrar a la familia el dolor de la víctima, el dolor del agresor, y el dolor que se ha causado en el sistema familiar.
- Trabajar en la elaboración de un acto de arrepentimiento por parte del agresor.
- Analizar con la familia las consecuencias de un acto futuro similar.
- Discutir el impacto de las decisiones legales tomadas o por tomar.
- Regular la relación entre la víctima y el agresor a través de los otros miembros familiares y ofrecer mecanismos de protección.
- Confrontar y verificar los canales de comunicación dentro de la familia.
- Rejerarquizar a los padres frente a los hijos en sus funciones ejecutivas y normativas.
- Trabajar en las revinculaciones posibles.
- Trabajar los duelos respectivos.
- Trabajar las diadas más relevantes.

Debemos recordar que de ser accesible un informe de las acciones legales que están pendientes al tratamiento que se impartirá, es necesario antes de iniciar la terapia familiar presentarle a la familia todos los datos legales que corroboran el abuso y las acciones judiciales que podrían tomarse de forma tal que trabajemos conjuntamente con la familia para poder construir una situación deseada por todos y donde no se presente el abuso.

Entrevista con la figura parental no maltratadora:

- Historia de su familia de origen.
- Relación de pareja.
- Relación con todos los miembros de la familia.

- Sentimientos frente al ofensor.
- Indicadores que puede recordar que dan pista sobre el abuso.
- Ocasiones donde se pudo dar oportunidad para el abuso.
- Tiempo que sospecha que se ha dado el abuso.
- Forma en que se enteró sobre el abuso.
- Sentimientos hacia el niño.
- Patrones de comportamiento del niño.
- Métodos de castigo.
- Actitudes hacia la separación del ofensor del hogar.
- Situaciones de crisis familiares.
- Formas de manejar la frustración.
- Posibilidades de sostenerse económicamente de no contar con su pareja.
- Información sobre características de personalidad y comportamiento del ofensor.

Entrevista con el ofensor:

Recordemos siempre la posibilidad de trabajar en la reestructuración de la relación del niño con el padre abusador siempre que los patrones y características del abuso así lo permitan. Por ello, debemos ser cuidadosos de evitar confrontar al ofensor con acusaciones hechas por el niño si no tenemos un plan efectivo para proteger al niño de posibles represalias.

- Historia personal.
- Historia de familia de origen.
- Historia sexual.
- Uso de drogas.
- Relación de pareja.
- Reacciones ante el abuso cometido.
- Actitudes frente al niño maltratado.
- Sentido de responsabilidad.

- Sentimientos de culpa.
- Abusos vividos por el maltratador.
- Redes sociales.
- Situación socioeconómica.
- Niveles educativos y capacidades mentales.
- Manejo de la frustración.
- Métodos de castigo.

Técnicas utilizables por todos los profesionales:

Entre las técnicas utilizadas para ofrecerle un ambiente terapéutico al chico dentro de su espacio cotidiano están:

- Hacer hincapié sobre el evento ocurrido más que en los sentimientos que llevaron al niño a conducirse de cierta forma.
- Clarificar y racionalizar lo ocurrido desde la perspectiva del chico para que se calme y pueda poner en palabras sus sentimientos e ideas.
- Interpretar el comportamiento del niño para el entendimiento y elaboración de sus reacciones. Debe tratarse de que el niño vea la realidad de una manera más objetiva, de que su comportamiento destructivo le sea desagradable y haya deseo de cambio por parte del niño, de no abrumarlo con sentimientos vergonzosos, de reconocer sus calidades positivas y aumentar su confianza en sí mismo, y de enseñar al niño actitudes y valores más correctos.
- Buscar alternativas y otras posibles soluciones de respuestas, analizando sus consecuencias para escoger la más adecuada.
- Practicar en forma de *role playing* la solución escogida para que el niño experimente la posibilidad de comportarse en una forma diferente.
- Hacer de esta situación lo más natural posible eliminando la artificialidad del momento con humor y continuando con las actividades del día.

La Persona de Confianza:

Es la persona a quien el niño revela sus sentimientos y relatos sobre el abuso o con quien despliega de forma inconsciente los síntomas. Con él o ella el niño se siente *suficientemente seguro como para comunicarse*. Este profesional o paraprofesional (enfermera, cocinera, pedagogo, secretaria, etc.), se convierte en la persona más importante para el chico durante todo el período inicial de apertura emocional. La Persona de confianza necesita ser asesorada por los expertos en cómo manejar estos sentimientos y comportamientos que despliega el niño. Al momento de ser entrevistado sobre el abuso esta persona debe acompañar al niño a la sesión, no significa esto que conducirá la reunión sino que le ofrecerá apoyo con su presencia y de cierta forma le dará la seguridad de poder relatar su historia a otra persona hasta que se han revelado todos los hechos del abuso y el profesional también ha ganado la confianza del niño. A lo largo del proceso terapéutico la Persona de Confianza podrá seguir siendo la persona más cercana al chico y por ello debe trabajar junto con el equipo interdisciplinario. La Persona de Confianza debe:

- Escuchar.
- No emitir juicios.
- Empatizar con los sentimientos del niño.
- Aceptar todas las emociones experimentadas por el niño.
- Señalar y limitar patrones inadecuados de relacionarse.
- Ayudarle a elaborar su historia personal.

Esta elaboración de la historia personal del niño ocurre en tres etapas: el período anterior al recuento de su historia, luego la fase en donde el niño relata lo sucedido junto con el dolor y el miedo que acompaña a su historia y por último, el momento posterior donde el chico intenta continuar con su vida.

En la primera etapa el niño no ha comenzado a manejar el impacto de su abuso y comienza nuestro largo proceso de ganar su confianza y hacerle sentir seguro. A pesar de

esto, su historia es contada de muchas formas a través de su comportamiento y su manera de relacionarse.

En la segunda fase el niño toma el riesgo de decirnos su historia poniéndonos en constante prueba, haciendo regresiones y lleno de dudas, constantemente preocupado de cómo es visto y si será rechazado una vez que conozcamos sus secretos. El niño puede llegar a sentirse enojado con la persona a quien le confía su historia por haberle hecho contar lo que guarda dentro de sí.

En la fase posterior al recuento, el niño y quien le atiende necesitan comprender el impacto del abuso y su conexión con su comportamiento e ideas. De esta forma el niño empieza a ver los patrones que ha utilizado para protegerse y aquellos otros que ya no le son funcionales; empiezan a surgir en él decisiones conscientes y propias. Una vez conocida la historia de la vida del chico los eventos diarios ofrecerán oportunidades para seguir explorando, resolviendo y aprendiendo de sí mismos.

Otros instrumentos útiles para el manejo cotidiano de todos los profesionales frente a las situaciones conflictivas con los niños son las técnicas conductuales como:

- *Desaprobación social leve:* advertimos al niño que su mal comportamiento debe terminar, o habrá consecuencias más serias. Debe ser aplicada de forma constante y firme. Debemos atraer la atención del niño mediante contacto visual. La expresión oral de la desaprobación debe hacerse en tono tranquilo acompañado de una expresión facial de desaprobación. Debe presentarse la orden de la forma más simple posible y deben evitarse las discusiones y el contacto físico.
- *Extinción:* identificamos el comportamiento inaceptable y nos abstenemos a hacer caso de estas conductas. Debe utilizarse con comportamientos levemente indeseables y esperar que la conducta aumente antes de que disminuya.
- *Tiempo fuera:* escogemos una zona neutral en donde colocamos al niño y no le ofrecemos refuerzo de ningún tipo. Luego de que se le ha advertido al niño que

obedezca y no lo hace se le envía a la zona neutral por no más de quince minutos. El niño debe dirigirse solo a este lugar sin fuerza física de nuestra parte.

- *Costo de respuesta:* eliminamos un refuerzo positivo del niño inmediatamente después de que se comporta mal. Debe anteriormente advertirsele de estas consecuencias para luego implementarlas.
- *Corrección y sobrecorrección:* explicamos al chico inmediatamente después de su mal comportamiento por qué está mal lo que hace y se le instruye en cómo debe corregir la situación. No debe elogiarse al niño al comportarse como le hemos indicado, sino sólo reconocerlo. La sobre corrección consiste en practicar repetidamente el nuevo comportamiento que se le ofrece como alternativa.

ANEXO N° D
PROGRAMAS DEPARTAMENTALES

TRABAJO SOCIAL:

1. Un representante de trabajo social formará parte de la Unidad de Admisión en la evaluación inicial de los casos.
2. Aplicará entrevistas para detectar composición familiar, estabilidad del hogar, relaciones de pareja, niveles de educación, problemas de adicción, problemas médicos y psiquiátricos, características del hogar, redes sociales y culturales de la familia, situación de empleo, historial policial, situación socioeconómica, métodos de disciplina, cronología y circunstancias del abuso, relación del abusador con el niño maltratado, actitudes de la familia con respecto al maltrato, actitudes de la familia con respecto a la demanda o solicitud de ayuda hacia el maltrato.
3. Integrará un directorio institucional al que se puedan derivar los casos que no cumplan con los requisitos para ser admitidos.
4. Llevará registro sobre los casos analizados, sus datos generales y las alternativas ofrecidas de no ser admitidos.
5. Un representante de trabajo social formará parte del Consejo Técnico para evaluar la información presentada por la Unidad de Admisión y decidir sobre el ingreso o no de los casos.
6. Elaborará programa de visitas domiciliarias y actuará como enlace entre la familia y los profesionales, reportándoles sobre el seguimiento del caso.
7. Realizará entrevistas con la familia y el niño para explicarles la decisión tomada por el Comité Técnico y explicarles el programa del albergue.
8. De ser admitido el niño al centro, trabajará conjuntamente con los orientadores en la integración del menor a través del apoyo que se le brinde al chico para entender por qué está en el centro, cuánto tiempo estará, el contacto con su familia, el reglamento del centro, presentación de los otros niños y de los demás profesionales así como de las instalaciones.

9. Explicará al niño, junto con el orientador, el procedimiento y razón de las evaluaciones.
10. Participará en las reuniones interdisciplinarias de los equipos de trabajo correspondientes.
11. Valorizará la adaptación del niño al centro y la evolución del caso.
12. Dará seguimiento al caso a través de entrevistas abiertas para evaluar la adaptación y evolución del niño dentro del centro y con sus familiares.
13. Realizará visitas domiciliarias para reevaluar los factores familiares.
14. Propiciará el establecimiento de redes de coordinación extra e inter institucional para la adecuada atención de los menores.
15. Reevaluará la situación familiar al momento de regresar al niño a su casa o valorizará el nuevo ambiente familiar.
16. Colaborará a través de entrevistas con la familia y el chico en la reintegración del niño al hogar.
17. Formará parte del Consejo Técnico y la Unidad de Admisión en la decisión del egreso del niño del centro.
18. Dará seguimiento sobre la reintegración del niño a su hogar.
19. Registrará en el expediente información sobre los datos recabados después de cada entrevista y visita.

PSICOLOGÍA.

1. Un representante de psicología formará parte de la Unidad de Admisión en la evaluación inicial, para llevar a cabo entrevistas y pruebas psicológicas que definan el nivel de inteligencia, desórdenes mentales y grado de afectación provocado por el abuso.
2. Un representante de psicología formará parte del Consejo Técnico para evaluar la información presentada por la Unidad de Admisión y decidir sobre el ingreso o no de los casos.

3. Asistirá en la integración del niño una vez se haya decidido su incorporación al centro.
4. Los psicólogos de terapia individual formarán parte de los equipos de atención interdisciplinaria evaluando con mayor detenimiento los procesos cognoscitivos del niño, constitución y funcionamiento psíquico, mecanismos de defensa elaborados a raíz del abuso, conductas, actitudes, *acting out*, conocimientos sobre la sexualidad, imagen corporal, temores, emociones relacionadas con la separación del abusador del hogar, emociones relacionadas con la separación del niño del hogar, percepciones y sentimientos relacionados con el abuso y el abusador y exploración sobre las características del abuso.
5. Los terapeutas familiares formarán parte de los grupos interdisciplinarios investigando la dinámica familiar, percepción del niño respecto a los demás miembros familiares, percepciones de la familia sobre el niño, percepciones de la familia sobre el abusador, sentimientos de responsabilidad, identificaciones familiares, tipos de vinculaciones, límites familiares, métodos de disciplina, exploración sobre las características del abuso, relación de pareja y perfil psicológico del abusador.
6. Explicará en todo momento al niño y a su familia los resultados de las evaluaciones y apreciaciones obtenidas.
7. Establecerá hipótesis, estrategias de intervención e implementará el tratamiento psicoterapéutico individual.
8. Establecerá hipótesis, estrategias de intervención e implementará el tratamiento psicoterapéutico familiar.
9. Establecerá hipótesis y estrategias de intervención e implementará el tratamiento psicoterapéutico grupal.
10. Los terapeutas familiares funcionarán como los encargados de los equipos de atención de presentar a la familia cualquier tipo de información pertinente.
11. Observará a los niños en el desempeño y comportamiento de diferentes actividades que realice.

12. Ofrecerá herramientas de trabajo sobre el manejo psicológico de los niños a otros miembros del personal.
13. Ofrecerá charlas a los chicos sobre los cambios sexuales esperados dentro de la etapa de crecimiento a la que pertenecen y los conocimientos sobre una sexualidad sana.
14. Evaluará al niño y sus familiares conjuntamente con alcances logrados en las diferentes terapias para evaluar la reintegración del niño a su familia.
15. Participará en el Consejo Técnico y la Unidad de Admisión en la decisión de egreso del caso.
16. Registrará en el expediente del caso los resultados de las pruebas, síntesis de entrevistas, observaciones profesionales, hipótesis y estrategias de trabajo.

PEDAGOGÍA Y MAESTROS DE ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES.

1. Formará parte de los equipos de atención llevando a cabo valorizaciones sobre las capacidades intelectuales por áreas, posibles dificultades de aprendizaje, intereses, aptitudes y procedimiento cognoscitivo.
2. Detectará alteraciones de aprendizaje en los menores a través de la aplicación de pruebas de lectura, escritura y matemáticas.
3. Elaborará y aplicar planes específicos de tratamiento con base en los diagnósticos establecidos en las áreas de aprendizaje en forma individual.
4. Diseñará planes de tratamiento grupal con grupos de características homogéneas.
5. Realizará las valorizaciones académicas según las edades para obtener los niveles de conocimiento y rezago a través de pruebas de diagnóstico expedidas por la SEP de acuerdo con el nivel académico del menor.
6. Ubicará al menor en el nivel escolar que le corresponda a partir de los resultados obtenidos en la valorización.
7. Promoverá el desarrollo académico de la población atendida a través de estrategias, actividades y materiales didácticos que favorezcan la adecuada vinculación del menor al ámbito escolar.

8. Elaborará los planes de atención grupal, acordes con los programas escolares de la SEP.
9. Realizará revalorizaciones periódicas para analizar los avances obtenidos y analizar las estrategias delineadas.
10. Presentará al niño y a su familia los resultados obtenidos de las pruebas y las áreas que serán reforzadas, así como los avances que se logren.
11. Los maestros de las actividades extracurriculares trabajarán conjuntamente con el resto del equipo interdisciplinario realizando actividades ocupacionales, recreativas y culturales que promuevan el proceso de socialización, funciones como instrumento terapéutico y promuevan la libre expresión y la creatividad en los niños, según las estrategias de tratamiento y necesidades de cada caso.
12. Los maestros de actividades extracurriculares conjuntamente con los pedagogos programarán la planeación de eventos especiales dentro y fuera del albergue.
13. Detectará si es necesario apoyar el proceso de aprendizaje impartido en el centro con algún tipo de apoyo externo.
14. Pedagogos y maestros extracurriculares registrarán en el expediente el resultado de sus evaluaciones, impresiones y logros a lo largo del trabajo con cada niño.

PEDIATRÍA/ENFERMERÍA.

Pediatría:

1. Un pediatra formará parte de la Unidad de Admisión en la evaluación inicial que considerará el ingreso de los chicos al centro investigando el estado físico general del niño, la presencia de enfermedades contagiosas graves, la necesidad de atención hospitalaria e interpretará y explicará los datos médicos presentados.
2. Un pediatra formará parte del Consejo Técnico para evaluar la información presentada por la Unidad de Admisión y decidir sobre el ingreso o no de los casos.
3. Proporcionará atención médica integral, vigilará el crecimiento físico normal y la aplicación de vacunas adecuadas a la etapa de desarrollo de los menores asistidos.

4. Derivará de forma oportuna los casos cuando requieran de otra intervención especializada, como tratamiento odontológico o áreas especializadas de padecimiento físico.
5. Reportará a los familiares los resultados de la evaluación médica obtenida.
6. Registrará en el expediente la información sobre la valorización realizada al menor.
7. Tendrá la responsabilidad y autoridad de solicitar estudios médicos necesarios y darles seguimiento.
8. Establecerá tratamientos médicos pertinentes para cada caso, a partir de la revisión de los estudios solicitados, precisión diagnóstica y definición de prioridades, si los mismos son tratables dentro del centro y por la especialidad de pediatría.
9. Participará en las reuniones de equipo de trabajo interpretando los conocimientos médicos obtenidos, reportando los resultados de sus exploraciones médicas, informando sobre los datos físicos descritos a través de entrevistas con el familiar responsable del niño e integrando las necesidades de cuidados alimenticios y médicos en las tareas de los demás profesionales, como nutrición y orientación.
10. Promoverá programas de prevención, promoción y educación para la salud que favorezcan el sano crecimiento y desarrollo de los menores asistidos.
11. Elaborará el listado de necesidades educativas en materia de salud integral del personal del centro.
12. Formará parte de la Unidad de Admisión y el Consejo Técnico en la decisión de egreso del caso.
13. Reportará la valorización realizada al expediente del menor.
14. Explicará al niño y a su familia los resultados de la valorización.

Enfermería:

1. Acompañará al menor en la valorización realizada por el área médicas.
2. Ofrecerá atención diaria a los padecimientos leves que presenten los niños y hará referencia y llamados médicos cuando sea necesario.
3. Participará en las reuniones de equipo de trabajo cuando se le solicite o tenga información relevante sobre el caso.

4. Registrará en el expediente los padecimientos atendidas y las observaciones necesarias.

PAIDOPSIQUIATRÍA.

1. Formará parte de la Unidad de Admisión evaluando la presencia de trastornos psicóticos y dependencias farmacológicas.
2. Formará parte de Consejo Técnico para evaluar la información presentada por la Unidad de Admisión y decidir sobre el ingreso o no de los casos.
3. Como parte del equipo de atención realizará la historia clínica psiquiátrica del niño y sus familiares a través de entrevistas con la familia y llevando a cabo exámenes mentales. A su vez brindará medicamentos al niño en caso de que sea necesario.
4. De ser pertinente solicitará estudios neurológicos necesarios.
5. Orientará al resto del personal sobre el manejo de los chicos y las familias con padecimientos especiales.
6. Registrará resultados de las evaluaciones, diagnóstico y tratamientos prescritos.
7. Formará parte de la Unidad de Admisión y el Consejo Técnico en la decisión de egreso del caso.

ASISTENCIA JURÍDICA.

1. Formará parte de la Unidad de Admisión presentando los antecedentes judiciales del caso, los historiales policíacos existentes tanto del menor como de los familiares y dando a conocer los instrumentos legales aplicados y posibles procedimientos.
2. Formará parte de Consejo Técnico para evaluar la información presentada por la Unidad de Admisión y decidir sobre el ingreso o no de los casos.
3. Formará parte del equipo de atención interpretando la información jurídica del caso y reportando sobre los avances legales que se vayan llevando a cabo. Fungirá también como instrumento vocero por parte del grupo interdisciplinario frente a las cortes para

reportar y coordinar la presentación del trabajo realizado, los avances logrados y las recomendaciones por parte del albergue.

4. Dará a conocer y explicará a los familiares sobre los procedimientos y opciones legales y les proporcionará asesoría jurídica.
5. Velará legalmente por el bienestar del chico y su familia.
6. Registrará en el expediente los datos legales y acciones jurídicas propuestas.
7. Formará parte de la Unidad de Admisión y el Consejo Técnico en la decisión de egreso del caso.

ORIENTACIÓN, FORMACIÓN Y DISCIPLINA.

1. Asistirá en la integración de niño al centro, apoyándolo emocionalmente, mostrándole las instalaciones, explicándole el funcionamiento del albergue, dándole a conocer las normas, asistiéndole en su higiene y cuidado personal, presentándole a compañeros y profesionales y explicando las razones para su estadía y duración de la misma.
2. Como parte del equipo de atención será responsable de la programación y supervisión del horario de cada uno de los chicos.
3. Llevará registro de las actividades diarias, conductas, actitudes y necesidades socioafectivas de los niños las cuales compartirá en las reuniones interdisciplinarias.
4. Planeará actividades cotidianas en torno a los objetivos de tratamiento y necesidades del menor junto con el equipo de atención.
5. Vigilará que se cumplan las normas dentro del centro.
6. Proveerá al niño asistencia en sus necesidades cotidianas de aseo e higiene, limpieza de ropa, estimulará la convivencia con otros niños y el trabajo en grupo.
7. Procurará un ambiente de comunicación abierta, reforzará las normas del centro, valorará los logros obtenidos en sus actividades diarias y compartirá con los niños en las horas de las comidas y los espacios libres.
8. Informará al departamento pertinente de las necesidades de artículos de cuidado básico para reponerlos.
9. Reportará en el expediente las observaciones e impresiones relevantes.

10. Formará parte del Equipo de Atención reportando sobre las conductas, dificultades y avances cotidianas del niño.

NUTRICIÓN.

1. Proporcionará alimentación adecuada a la población albergada y al personal que labora en los centros.
2. Revisará los expedientes para conocer las necesidades individuales como alergias y particularidades médicas, tarea que se realizará conjuntamente con el área médica.
3. Elaborará la requisición mensual de alimentos.
4. Elaborará solicitud de alimentos para eventos especiales.
5. Almacenará los alimentos recibidos.
6. Elaborará el presupuesto de costo per cápita.
7. Promoverá el desarrollo de hábitos alimenticios en los menores asistidos.
8. Regulará las condiciones higiénicas del personal, el comedor y la cocina.
9. Participará en las reuniones interdisciplinarias en las que se les solicite.
10. Evaluará junto con el área médica periódicamente el avance de los menores que presenten necesidades nutricionales especiales.
11. Elaborará documento de registro con las observaciones pertinentes a la alimentación del chico.

ADMINISTRACIÓN.

1. Establecerá registros administrativos de los niños que ingresan al centro y de aquellos que son canalizados.
2. Estará encargado de la contratación del personal de seguridad, cocina y limpieza.
3. Elaborará el presupuesto anual de necesidades y materiales para el centro.
4. Resolverá las necesidades del inmueble para la conservación del mismo.

5. Garantizará la existencia de recursos humanos, materiales y financieros para la operación adecuada del centro y elaborará programas de presupuesto anual para cada área.
6. Elaborará las reglamentaciones y normas del centro y divulgará las mismas al personal. De igual forma publicará y entregará a cada uno los objetivos del centro y el procedimiento del manejo de casos.
7. Realizará los pagos por los servicios ofrecidos a cada uno de los profesionales y paraprofesionales que laboran en el centro.

MANTENIMIENTO.

1. Revisará y supervisará la energía eléctrica, bomba de agua cisterna, calentadores y lavatrastes, tanque y tubería de gas y reabastecerá el material de aseo con apoyo del departamento de administración.
2. Revisará y mantendrá las condiciones físicas del inmueble.
3. Limpiará todas las áreas del albergue, baños, áreas comunes, consultorios, lavandería, almacenes y dormitorios.
4. Participará en las reuniones de atención interdisciplinaria cuando se le solicite.