

En *Miradas y Experiencias Interdisciplinarias. Produciendo nuevas vinculaciones y conocimientos sobre el Maltrato a la Niñez y Adolescencia desde un ámbito público de la Provincia de Mendoza*. Buenos Aires (Argentina): Cauquen.

Prevalencias disciplinarias e interdisciplinarias sobre los criterios de alta o cierre de abordaje en el ámbito del maltrato infantil desde la perspectiva del análisis de redes sociales.

José María Vitaliti.

Cita:

José María Vitaliti (2014). *Prevalencias disciplinarias e interdisciplinarias sobre los criterios de alta o cierre de abordaje en el ámbito del maltrato infantil desde la perspectiva del análisis de redes sociales*. En *Miradas y Experiencias Interdisciplinarias. Produciendo nuevas vinculaciones y conocimientos sobre el Maltrato a la Niñez y Adolescencia desde un ámbito público de la Provincia de Mendoza*. Buenos Aires (Argentina): Cauquen.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/jose.maria.vitaliti/38>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pruC/oCT>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**Cauquén Editora
Obras**

Menores y adultos en conflicto con la ley.
Colombo, R.; Breuer, C. (2010).

Juego de Interrelaciones familiares. (2 ed.)
Colombo, R. (2009).

Abuso y Maltrato infantil. Indicadores en
Persona Bajo la lluvia. (4 ed.)
Colombo, R.; Agosta, C.; Barilari, Z. (2012).

Abuso y Maltrato infantil. Inventario de Frases
revisado (IFR) (3 ed.)
Colombo, R.; Agosta, C.; Barilari, Z. (2013).

Abuso y Maltrato infantil. Hora de juego
diagnóstica. (3 ed.)
Colombo, R.; Agosta, C. (2012).

Mi cuerpo me pertenece.
Colombo, R.; Agosta, C. (2005).

Abuso y Maltrato infantil. Tratamiento
Psicológico. (1 ed.)
Colombo, R.; Agosta, C & Barilari, Z. (2008).

Evaluación psicológica. Actualización de la
prueba gráfica HTP.
Colombo, R; Gurvich, M. (2012).

Maltrato y abuso sexual infantil. Pericia
Psicológica.
Colombo, R.; Alonso, G. (2014)

Con el ánimo de mirarse a sí mismo y tomar clara conciencia del camino recorrido, de los recursos adquiridos, de lo que falta por recorrer y de la experiencia tomada, los/as profesionales del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez y Adolescencia ofrecen la presente publicación que representa la posibilidad de abrir un espacio para reunir, sistematizar y socializar experiencias y desarrollos teóricos trabajados a lo largo de estos años. La posibilidad de sociabilizar la tarea es promotora del pensar y repensar las distintas modalidades de intervención en maltrato infanto-juvenil y a su vez, promueve espacios de reflexión y resignificación de las prácticas profesionales.

Produciendo nuevas vinculaciones y conocimientos
sobre el Maltrato a la Niñez y Adolescencia
desde un Ámbito Público de la Provincia de Mendoza

Miradas y Experiencias Interdisciplinarias

Cauquén Editora



CAUQUEN
Editora

Miradas y Experiencias Interdisciplinarias

Produciendo nuevas
vinculaciones y conocimientos sobre el
Maltrato a la Niñez y Adolescencia
desde un Ámbito Público
de la Provincia de Mendoza

Compiladores

María Belén Marsonet

José María Vitaliti

Mariela Verónica Quintero

CAUQUEN
Editora

EL PORQUÉ DE CAUQUÉN

La leyenda mapuche "El terrible Cherufe" se encuentra la historia de una joven quien por decisión de sus padres fue entregada a un viejo brujo como esposa. Su suerte iba a ser mucho más cruel ya que este brujo la ofrecería como sacrificio a cambio de poderes, al Gran Cherufe. El hermano de la joven enterado de esto le brinda 18 plumas blancas de Cauquén para que sirvan de nexo entre ambos.

Las plumas blancas de Cauquén sirvieron así de señal, de aviso, mostraron el peligro que corría esta mujer mapuche al igual que otras tantas. Las plumas blancas de Cauquén comunicaron, conectaron al que sufría con el que lo podía ayudar.

EL PORQUÉ DE CAUQUÉN EDITORA

Cauquén Editora surge al igual que las "técnicas de evaluación psicológica en maltrato infantil" de una necesidad.

Esta vez de la necesidad de compartir, la de difundir trabajos que surgen de pequeños pero a la vez, grandes emprendimientos. Pequeños desde lo económico, grandes desde el deseo de hacer conocer aquello que hemos podido observar.

Cauquén está abierta para la publicación de trabajos de investigación teórico prácticos relacionados con la niñez, la educación, la familia, la salud y la sociedad.

Cauquén desea ser transmisora de saber.

**Cauquén Editora
Obras**

Menores y adultos en conflicto con la ley.
Colombo, R.; Breuer, C. (2010).

Juego de Interrelaciones familiares. (2 ed.)
Colombo, R. (2009).

Abuso y Maltrato infantil. Indicadores en
Persona Bajo la lluvia. (4 ed.)
Colombo, R.; Agosta, C.; Barilari, Z. (2012).

Abuso y Maltrato infantil. Inventario de Frases
revisado (IFR) (3 ed.)
Colombo, R.; Agosta, C.; Barilari, Z. (2013).

Abuso y Maltrato infantil. Hora de juego
diagnóstica. (3 ed.)
Colombo, R.; Agosta, C. (2012).

Mi cuerpo me pertenece.
Colombo, R.; Agosta, C. (2005).

Abuso y Maltrato infantil. Tratamiento
Psicológico. (1 ed.)
Colombo, R.; Agosta, C & Barilari, Z. (2008).

Evaluación psicológica. Actualización de la
prueba gráfica HTP.
Colombo, R; Gurvich, M. (2012).

Maltrato y abuso sexual infantil. Pericia
Psicológica.
Colombo, R.; Alonso, G. (2014)

Con el ánimo de mirarse a sí mismo y tomar clara conciencia del camino recorrido, de los recursos adquiridos, de lo que falta por recorrer y de la experiencia tomada, los/as profesionales del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez y Adolescencia ofrecen la presente publicación que representa la posibilidad de abrir un espacio para reunir, sistematizar y socializar experiencias y desarrollos teóricos trabajados a lo largo de estos años. La posibilidad de sociabilizar la tarea es promotora del pensar y repensar las distintas modalidades de intervención en maltrato infanto-juvenil y a su vez, promueve espacios de reflexión y resignificación de las prácticas profesionales.



CAUQUEN
Editora

Produciendo nuevas vinculaciones y conocimientos
sobre el Maltrato a la Niñez y Adolescencia
desde un Ámbito Público de la Provincia de Mendoza

Miradas y Experiencias Interdisciplinarias

Cauquén Editora

Miradas y Experiencias Interdisciplinarias

Produciendo nuevas
vinculaciones y conocimientos sobre el
Maltrato a la Niñez y Adolescencia
desde un Ámbito Público
de la Provincia de Mendoza

Compiladores
María Belén Marsonet
José María Vitaliti
Mariela Verónica Quintero

CAUQUEN
Editora

EL PORQUÉ DE CAUQUÉN

La leyenda mapuche "El terrible Cherufe" se encuentra la historia de una joven quien por decisión de sus padres fue entregada a un viejo brujo como esposa. Su suerte iba a ser mucho más cruel ya que este brujo la ofrecería como sacrificio a cambio de poderes, al Gran Cherufe. El hermano de la joven enterado de esto le brinda 18 plumas blancas de Cauquén para que sirvan de nexo entre ambos.

Las plumas blancas de Cauquén sirvieron así de señal, de aviso, mostraron el peligro que corría esta mujer mapuche al igual que otras tantas. Las plumas blancas de Cauquén comunicaron, conectaron al que sufría con el que lo podía ayudar.

EL PORQUÉ DE CAUQUÉN EDITORA

Cauquén Editora surge al igual que las "técnicas de evaluación psicológica en maltrato infantil" de una necesidad.

Esta vez de la necesidad de compartir, la de difundir trabajos que surgen de pequeños pero a la vez, grandes emprendimientos. Pequeños desde lo económico, grandes desde el deseo de hacer conocer aquello que hemos podido observar.

Cauquén está abierta para la publicación de trabajos de investigación teórico prácticos relacionados con la niñez, la educación, la familia, la salud y la sociedad.

Cauquén desea ser transmisora de saber.





Miradas y Experiencias Interdisciplinarias

Produciendo nuevas vinculaciones y conocimientos
sobre el Maltrato a la Niñez y Adolescencia
desde un ámbito público
de la Provincia de Mendoza



Miradas y Experiencias Interdisciplinarias

Produciendo nuevas vinculaciones y conocimientos
sobre el Maltrato a la Niñez y Adolescencia
desde un ámbito público
de la Provincia de Mendoza

Compiladores

María Belén Marsonet
José María Vitaliti
Mariela Quintero



Colombo, Rosa Inés
Maltrato y abuso sexual infantil. Pericia psicológica / Rosa Inés Colombo y
Gisela Mariana Alonso. - 1a ed. - Florida: Cauquen Editora, 2014.
96 p. ; 17x24 cm.

ISBN 978-987-1624-06-5

1. Maltrato Infantil. 2. Abuso Sexual Infantil. I. Alonso, Gisela Mariana II. Título
CDD 362.76

Fecha de catalogación: 28/08/2014

Diseño de cubierta: Lisandro Ziperovich

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Todos los derechos reservados

© 2014, Cauquen Editora,

Estanislao del Campo 1159 1° A - Florida

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, por cualquier medio, sea éste electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o fotocopia no autorizada por los editores, viola derechos reservados.

Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

Los artículos que constituyen esta obra han sido elaborados por profesionales pertenecientes al Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia de la provincia de Mendoza; contando con el valioso trabajo de
Rosa Inés Colombo como editora.

El libro contó con la valiosa participación de los siguientes profesionales, quienes realizaron la supervisión técnica de alguno de los artículos desarrollados:

Jorge Barandica

Liliana Barg

Mónica Coronado

Gloria García

Cristina Gioia

Paula Ligori

Laura Asid

Gabriela Morelato

Agradecemos a la actual gestión de gobierno de la Provincia de Mendoza el haber hecho posible la publicación de este libro que ha sido elaborado por los profesionales del Programa de Prevención de Maltrato a la Niñez y Adolescencia, y enriquecido por sus experiencias en la temática durante 16 años.

Autoridades

Gobernador de la Provincia de Mendoza

Francisco Perez

Ministro de Salud

Matías E. Roby

Subsecretario Gestión de salud

Oscar E. Renna

Director de Salud Mental y Adicciones

Alberto C. Navarro

Jefa Programa Provincial de Prevención y Atención del
Maltrato a la Niñez y Adolescencia

Marta Elena Cadelago de Stagni



Autores

Marta Elena Cadelago de Stagni

Jefa del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez,
Adolescencia y Familia de Mendoza.
mst_60@yahoo.com.ar

Melisa Romano

Licenciada en Trabajo Social
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil N° 8, Guaymallén.
melisa_mrd@hotmail.com

Daniela Gacitúa

Licenciada en Psicología
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil N° 8, Guaymallén.
daniloregacitua@hotmail.com

Gustavo Tascheret

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil N° 8, Guaymallén.
gtascheret@hotmail.com

Gabriela Morelato

Doctora en Psicología
Investigadora asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet).
Ex profesional del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez,
Adolescencia y Familia de Mendoza.
gmorelato@mendoza-conicet.gov.ar

María Belén Marsonet

Licenciada y Profesora en Psicopedagogía
Área de Prevención y Capacitación del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral
del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia de Mendoza.
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil N° 2 "Hosp. Dr. Carlos Pereyra".
belenmarso@hotmail.com

José María Vitaliti

Licenciado en Minoridad y Familia
Área de Prevención y Capacitación del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral
del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia de Mendoza.
jmvitaliti@gmail.com

María Lorena Matellón

Licenciada y Profesora en Psicología
Área de Prevención y Capacitación del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral
del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia de Mendoza. Centro de Salud N°39.
lorematellon@hotmail.com

Silvina Gimenez

Licenciada en Psicología.
Área de Docencia e Investigación del Programa Provincial de Atención y Prevención
al Maltrato de la Niñez Adolescencia y Familia de Mendoza.
silvinagimenezpsi@hotmail.com

Silvina Caballero

Licenciada en Psicología
Hospital Sícoli, Lavalle, Mendoza.
silvinacaballero@yahoo.com.ar

Cecilia Vatzlav

Licenciada y Profesora en Psicopedagogía
Área de Prevención y Capacitación del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral
del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia de Mendoza.
pspecilia@gmail.com

Verónica Vatzlav

Licenciada en Psicología
Área de Prevención y Capacitación del Programa Provincial de Prevención y
Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia de Mendoza.
verovatzlav73@gmail.com

Natalia Arce

Licenciada en Trabajo Social
Hospital Dr. Humberto Notti
natyolmedo2003@yahoo.com.ar

Verónica Giunchi

Licenciada en Trabajo Social
Hospital Dr. Humberto Notti
verogiunchi@gmail.com

Martín García

Licenciado en Trabajo Social
Hospital Dr. Humberto Notti
magmartin44@yahoo.com.ar

Analía Sánchez

Licenciada en Trabajo Social
Hospital A. Metraux, Fray Luis Beltrán, Maipú, Mendoza
analiasanchez.08@gmail.com

Lorena Hernández

Licenciada en Psicología
Centro de Salud N° 31, Luján de Cuyo.
Área de Prevención y Capacitación del Programa Provincial de Prevención y
Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia de Mendoza.
lori_hmza@yahoo.com.ar

Jimena Villalón

Licenciada y Profesora en Psicología
Centro de Salud N° 168, Godoy Cruz.
jimena_villalon@yahoo.com.ar

Melania Delgado

Licenciada en Psicología
melydelgado@gmail.com

Paula Noeli Domínguez

Licenciada en Psicología
Hospital Carlos Saporiti, Rivadavia, Mendoza.
lic.noelidominguez@hotmail.com

Víctor Guzmán Leyton

Licenciado en Psicología
Hospital Gral. Las Heras, Tupungato, Mendoza.
franguz17@hotmail.com

Norma Natalia Lucero

Licenciada en Sociología
Área de Estadísticas y Epidemiología del Programa Provincial de Prevención y
Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia de Mendoza.
luceronnatalia@gmail.com

Etelvina Núñez

Licenciada en Psicología
Hospital Tagarelli, San Carlos, Mendoza.
etelvinanunez@hotmail.com



Liliana Luconi

Licenciada en Trabajo Social
Hospital Gral. Las Heras, Tupungato, Mendoza.
luconililiana@gmail.com

Johanna Baidal

Licenciada en Psicología.
johabaid@yahoo.com.ar
Área de Prevención y Capacitación del PPMI, Mendoza.

Miriam Rovere

Técnica PsicoSocial
linuka123@hotmail.com
Área de Prevención y Capacitación del PPMI, Mendoza.

María Virginia Rodríguez

Licenciada en Psicología
Hospital Dr. Luis Lagomaggiore.
Área de Prevención del PPMI, Mendoza.
mvrodriguez78@yahoo.com.ar

Graciela Ochoa

Licenciada en Minoridad y Familia.
Hospital Dr. Luis Lagomaggiore.
Área de Prevención del PPMI, Mendoza.
gracebetti07@gmail.com

Cecilia Capizzi

Licenciada en Minoridad y Familia.
Área de Prevención y Capacitación del PPMI, Mendoza.
cecicapizzi@yahoo.com.ar

Luciana Pescarmona

Área de Prevención y Capacitación del PPMI, Mendoza.
lucipescarmona@hotmail.com

Leandro Casari

Licenciado en Psicología
Becario del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet).
Miembro colaborador del proyecto "Criterios de alta clínica en el ámbito del maltrato infantil:
un enfoque exploratorio", subsidiado por el Consejo de Investigaciones
de la Universidad del Aconcagua (CIUDA).
lmcasari@mendoza-conicet.gob.ar

Georgina Soria

Licenciada en Trabajo Social
Centro de Salud N° 30 Godoy Cruz
soriayoryina@yahoo.com.ar

Sandra Guillot

Profesora de Matemática. Administrativa del Programa Provincial de Prevención y
Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia de Mendoza.
s.guillot@hotmail.com

María Magdalena Moscuén

Becaria del proyecto "Criterios de alta clínica en el ámbito del maltrato infantil:
un enfoque exploratorio", subsidiado por el Consejo de Investigaciones
de la Universidad del Aconcagua (CIUDA).
mmoscuen@gmail.com

Mariela Verónica Quintero

Licenciada y Profesora en Psicología
Centro de Salud N°1 y Centro de Salud N° 300 Capital Mendoza
marielaquintero@hotmail.com





Prólogo

La problemática del maltrato infantil no es ajena a ningún medio social, sabemos que todo niño por su indefensión primaria se convierte en presa fácil de cualquier tipo de atentado o agresión contra su incipiente vida. Se hace visible por lo tanto en diferentes culturas y resulta lamentable que la mayoría de las veces su evidencia es tal cuando ya ha provocado en los que lo padecen enfermedades físicas o mentales.

Es así que observamos cómo este fenómeno llama a las puertas de diferentes profesionales dedicados a la salud o a la educación o simplemente a aquellos que se dedican al acompañamiento de las familias.

La respuesta de las personas que se abocan al trabajo con niños es grandiosa, atraviesa fronteras, límites naturales y mandatos sociales. Se investiga, se estudia, se instrumenta, se sostiene. Se pone en juego la mente, los saberes, la empatía y en tantas ocasiones se llega a sentir que el propio cuerpo del que asiste se compromete en la tarea.

Existen diversas formas de plantarse frente a este flagelo mundial sin embargo los que trabajamos en esto sabemos que la diferencia en este tipo de abordajes se pone de manifiesto cuando aparece en escena un grupo de pertenencia.

El trabajo interdisciplinario en la atención de niños víctima de maltrato infantil, el equipo que estudia el caso, aquel que propone estrategias, el que aborda la situación y muchas veces las personas que sostienen al profesional que debe actuar en forma más directa, son en definitiva, los que hacen que el trabajo propuesto pueda convertirse en exitoso.

Cómo pensar entonces en un mejor modelo que aquel que comprometa a toda una provincia a proporcionar un programa que desde la atención primaria, lo interdisciplinario, el debate, la búsqueda de nuevos saberes e intervenciones logre detectar el problema y trabajar en ello.

Mi paso por el PPMI fue una de las experiencias más ricas de mi desarrollo profesional. Me he encontrado con profesionales comprometidos con la tarea, ávidos de saber, de intercambiar opiniones, de ir creando sus propios cuerpos teóricos que enriquecen las teorías hasta ahora desarrolladas.

Este libro es el reflejo de toda la dedicación, el esfuerzo y por qué no la pasión de muchos colegas puesta al servicio de los niños y de sus familias.

Nos muestra un compromiso institucional y a la vez grupal e individual de las personas que siguen pensando que es posible mejorar las condiciones de vida de muchos niños protegiendo sobre todas las cosas su crecimiento y desarrollo.

Mis más sinceras felicitaciones a todos y a cada uno.

Rosa Inés Colombo



Introducción

En el año 1997 se sancionó en la provincia de Mendoza la Ley N° 6551, que creó el Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez y Adolescencia (PPMI). Desde dicha sanción a la actualidad, los equipos interdisciplinarios del Programa se han enfrentado ante esta realidad compleja a través de un abordaje dinámico, desde diferentes posicionamientos y atravesados por cambios sociales, políticos, legales, ideológicos, culturales, tecnológicos, económicos, entre otros. Tales cambios interactúan con la problemática del maltrato a la niñez y la adolescencia, requiriendo de competencias y habilidades personales y profesionales a la hora de dar cumplimiento a los objetivos originarios que se plantearon en la Ley N° 6551, y que en mayor o menor medida se han ido transformando y/o ampliando con posterioridad, de acuerdo a la normativa legal vigente. Muchos de esos objetivos han representado y aún lo siguen haciendo, grandes desafíos en el intento de optimizar los recursos personales, profesionales, interdisciplinarios e interinstitucionales.

Con el ánimo de mirarse a sí mismo y tomar clara conciencia del camino recorrido, de los recursos adquiridos, de lo que falta por recorrer y de la experiencia tomada, los/as profesionales del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez y Adolescencia ofrecen la presente publicación que representa la posibilidad de abrir un espacio para reunir, sistematizar y socializar experiencias y desarrollos teóricos trabajados a lo largo de estos años. La posibilidad de sociabilizar la tarea es promotora del pensar y repensar las distintas modalidades de intervención en maltrato infanto-juvenil y a su vez, promueve espacios de reflexión y resignificación de las prácticas profesionales.

Con la finalidad de organizar el contenido y optimizar así dicha sociabilización, se establecieron cuatro ejes que dan estructura a esta obra: "Contexto sociohistórico y legal del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia, desde los inicios a la actualidad", "Aportes en relación a la problemática del maltrato infantil", "Prevención del maltrato infantil", y por último, "Construyendo propuestas de abordaje terapéutico".

Este recorrido permite al lector en el primer eje, transitar un camino que comienza con el nacimiento del Programa y continúa con su desarrollo y su interrelación con los marcos legales vigentes.

En el segundo eje, el maltrato infantil como temática amplia y dinámica ha invitado a los profesionales a pensarlo desde sus diferentes disciplinas y miradas, así como a vincularlo a aspectos relacionados a la resiliencia, el aprendizaje, la perspectiva de género, el análisis existencial y la psicoterapia psicoanalítica focalizada.

El trabajo desde la prevención dentro del PPMI, se ve plasmado en el tercer eje, a través del proceso llevado a cabo desde sus inicios, estableciendo un recorrido histórico sobre su desarrollo, los fundamentos teóricos y las experiencias en relación a la práctica.

En el cuarto eje encontramos diferentes propuestas de abordaje del maltrato a la niñez y adolescencia a partir de la sistematización de experiencias de intervención vinculadas a marcos teóricos conceptuales, así como el tema de la finalización del abordaje.

Esta obra representa la concreción de un proyecto surgido con la idea de hacer visible el fruto del trabajo realizado en una larga trayectoria, en la cual, como todo camino, es mucho lo brindado, lo aprendido, y lo que queda por recorrer a partir de nutrirse de las experiencias y saberes profesionales, estableciendo así posturas que impliquen reflexión, resignificación, ampliación de miradas y superación de la práctica profesional.

Mariela Quintero
María Belén Marsonet
José María Vitaliti

I.

**CONTEXTO SOCIOHISTÓRICO Y LEGAL
DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
DEL MALTRATO A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
DESDE LOS INICIOS A LA ACTUALIDAD**

1.

Historia del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia

Marta Elena Cadelago de Stagni

Estas páginas están dedicadas a la memoria de Yoryi Godoy y a todos los niños que padecen maltrato intrafamiliar.

"Ayrton Brian Godoy, conocido como Yoryi, de 3 años, vivía con sus padres y tres hermanos en una humilde vivienda de la calle Bombal de Guaymallén. Según el expediente de la causa, el 10 de mayo de 1996, Jorge Godoy se enojó con su hijo porque no lo saludó cuando se iba a trabajar y comenzó a golpearlo salvajemente, provocándole fracturas de 3 costillas, hematomas en nuca y mentón y estallidos del bazo y un testículo. Las constancias acumuladas durante el juicio oral determinaron que Yoryi agonizó hasta las 20.30 y que la mujer, quien hoy goza de salidas transitorias, presencié la paliza y estuvo junto con la criatura durante su agonía y en ningún momento pidió ayuda. Pero no todo terminó allí. El matrimonio decidió ocultar el crimen y el padre trasladó el cuerpo hasta un baldío ubicado a 3 kilómetros de su casa y lo enterró. En ese momento fraguaron toda una historia, aduciendo que su hijo había sido secuestrado en el estacionamiento de un supermercado. Los vecinos y la comunidad religiosa (Testigos de Jehová) en la que militaban los homicidas organizaron marchas públicas en reclamo del esclarecimiento del caso. No pasó mucho tiempo hasta que los dos confesaron el crimen y, finalmente, el 7 de julio de 1997 fueron condenados a la máxima pena que estipula el Código Penal." Diario Uno, 2011.



Yoryi Godoy de 3 años fue golpeado por su padre, Jorge Godoy, porque no lo saludó cuando se iba a trabajar, provocándole fracturas de tres costillas, hematomas en la nuca y mentón y estallido del bazo y un testículo.

El desafío de elaborar la Ley

La muerte de Yoryi y su repercusión en los medios locales, nacionales e internacionales y la respuesta de la sociedad mendocina, que se convulsionó ante este hecho aberrante, logró insertar en la agenda política legislativa la necesidad de elaborar una ley que contemplara la creación de Centros Especializados en Maltrato Infantil en toda la provincia, para atender esta problemática, en forma continua y sistemática. Simultáneamente, se convocó a un reconocido pediatra mendocino, el Eduardo Jorge Chahla, que había creado dentro del Hospital "Dr. Humberto Notti", un servicio que se llamó G.A.R. (Grupo de Alto Riesgo). El equipo estaba compuesto por 2 médicos, 1 psicóloga y 1 trabajadora social. Estos profesionales tenían una mirada diferente, cuyo soporte fue la observación de las internaciones recurrentes de los niños en el hospital y sus posibles causas. Cabe destacar que, hasta ese momento, todos los diagnósticos clínicos eran iguales: siempre por la consecuencia, nunca por las causas que podrían generarlas. Por otra parte prevalecía el modelo médico hegemónico. Sólo la intervención interdisciplinaria podría traer un poco de luz a la invisibilidad de los malos tratos y la indiferencia de los padres y profesionales.

1. Historia del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia

"Sin duda, desde esta perspectiva, se hace imposible pensar el trabajo en equipo y mucho menos, el trabajo intersectorial, ya que estos conceptos privilegian la participación en la definición y abordaje de las problemáticas de salud/enfermedad, de otros profesionales de la salud ajenos a la medicina y de referentes de la misma comunidad. Poder poner en práctica estos conceptos supone un cambio desde la visión unicausal de la salud y de la forma de trabajar con ella, hacia una visión multicausal o pluricausal en donde todos los actores (profesionales y no profesionales) tienen algo que decir sobre la salud y sobre su salud. Por otra parte, la integración no se realiza exclusivamente a nivel de las disciplinas, sino a través de los miembros del equipo de trabajo, que en grupos heterogéneos aportan prácticas convergentes. Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos y técnicas. Está claro que para que haya interdisciplina, los intercambios deben ocurrir durante la construcción conjunta del conocimiento y a partir de la formulación precisa de los problemas evaluados en su complejidad. Pese a todas las bondades del trabajo interdisciplinario, el mismo no está exento de dificultades." Resumen del trabajo realizado en el XLI Curso de Administración de Servicios de Salud." (2007)

Desde su vasta experiencia, Eduardo Jorge Chahla, se sumó a colaborar en el texto dispositivo del Proyecto de Ley. Gracias a su protagonismo y a su continua aparición en los medios masivos de comunicación, se conoció esta iniciativa rápidamente. Sin embargo, la futura ley debía contar con el consenso de todos. Esto es, el acuerdo con los bloques de todos los partidos políticos con representación parlamentaria. Y así fue. Después de mucha investigación, discusión y trabajo, se sancionó la Ley Provincial N° 6551 de creación del Programa de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia, en diciembre de 1997, un año y medio después de la muerte de Yori. Esto pone en evidencia que los tiempos políticos no tienen nada que ver con los tiempos de las personas.

Marco Epistemológico

Luego de buscar infructuosamente en la legislación provincial, nacional e internacional sobre la posibilidad de encontrar una ley que contemplara esta problemática, se comenzó con la búsqueda de la bibliografía existente. Las librerías especializadas mendocinas, no contaban con el material específico. Por esta razón, se contactó con la Editorial Universidad de Buenos Aires quienes informaron sobre la investigación realizada por dos becarias del CONICET. El libro se titula "Maltrato al menor. El lado oculto de la escena familiar", cuyas autoras son la Dra. Cecilia Grosman y la Lic. Silvia Mesterman. Cecilia Grosman es Doctora en Ciencias Jurídicas y Sociales y se ocupó de dirigir la investigación, responsabilizándose del enfoque jurídico. Silvia Mesterman, Socióloga y Psicóloga, Terapeuta Familiar, abordó en su carácter de investigadora adjunta los aspectos psicosociales. Conjuntamente concibieron la articulación interdisciplinaria de los diferentes aspectos teóricos y empíricos del trabajo. Asimismo, coordinaron el quehacer de los diferentes equipos de profesionales que intervinieron en esta investigación.

Según las autoras mencionadas, la violencia que se produce en el seno familiar ha sido objeto de especial preocupación en las últimas décadas. Esta mayor visibilidad del problema obedece esencialmente a un cambio en las relaciones de poder dentro de la estructura familiar y a un reconocimiento mayor de los derechos de los componentes de la misma. Estos cambios comenzaron en el siglo XIX por las posiciones e intereses originados y, son consecuencia de transformaciones conectadas al desarrollo de la sociedad industrial y a

las ideas políticas, filosóficas y religiosas que acompañaron a la evolución social. En este marco, mujeres y niños comenzaron a existir como categorías sociales válidas.

Durante la primera mitad del siglo XX, las instituciones de protección se centraron en el tema de la niñez. En la década del 70, a partir de los movimientos femeninos, la mirada comienza a dirigirse hacia el maltrato a la mujer dentro de la familia. El maltrato a los niños dentro de la familia, adquiere un significado especial ya que la familia es un agente socializador básico pero, en muchos casos, se transforma en un generador de violencia donde el niño aprende conductas agresivas como un modo eficaz de controlar a los demás y realizar sus propios deseos. Si las condiciones del ámbito familiar son favorables, el niño puede alcanzar un desarrollo físico y psíquico pleno. Esto le permitiría llegar a ser un adulto con una buena adecuación al medio, es decir a una interacción social productiva.

La violencia intrafamiliar se caracteriza por su invisibilidad, salvo que ésta tome estado público a través de una denuncia, de un pedido de ayuda o lamentablemente por sus dolorosas consecuencias. Surge la pregunta, ¿qué hacemos frente a una situación de maltrato infantil? Las autoras destacan que cualquier ciudadano tiene el deber y la obligación tanto personalmente, como por escrito o verbalmente a través de los medios disponibles, de denunciar el hecho, según el Art. 157 del Código Procesal Penal. Por ello, toda persona está habilitada para recurrir al juez, al fiscal o bien a la policía. La denuncia es vista como un acto de colaboración de la comunidad y facilita el acceso a la justicia civil o penal. Asimismo, consideran que los profesionales de la salud que han atendido casos de maltrato infantil, tienen la obligación de denunciar el hecho. En caso de delito, están protegidos legalmente en cuanto al secreto profesional.

En los lineamientos de acción proponen:

- a) La creación de un Órgano Centralizador para la toma de denuncias de malos tratos y un registro para proporcionar a los profesionales antecedentes del caso, como por ejemplo, la reiteración de estas situaciones.
- b) La creación de Centros Especializados Interdisciplinarios para el tratamiento del niño y su familia.

Este material, fue la piedra fundamental sobre la cual se construyó el Proyecto de Ley. Por otra parte, la reciente aprobación de la Ley Provincial N° 6354 de Niñez y Adolescencia en el año 1995, brindó el marco legal específico. Esta Ley, junto con la Provincial N° 6551, que abrió el campo a la posibilidad de tratamiento en la especificidad del maltrato infanto-juvenil, fueron pioneras a nivel nacional. Ambas fueron sancionadas en concordancia con la legislación internacional, teniendo en cuenta el nuevo Paradigma: la Protección Integral y el Interés Superior del niño y en un todo de acuerdo con lo dispuesto por la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN). Por primera vez en la historia, se consideraría al niño como sujeto de derechos y no como objeto de protección. Cabe destacar que la Ley Provincial N° 6354 vino a reemplazar, después de 50 años, a la Ley Provincial N° 1304 que se refería a los Patronatos de Menores, en el marco del antiguo sistema imperante en esa época.

Informe sobre Violencia y Salud elaborado por la Organización Mundial de la Salud

“El siglo XX se recordará como un siglo marcado por la violencia. Nos abruma con su legado de destrucción masiva, de violencia infligida a una escala nunca vista y nunca antes posible en la historia de la Humanidad. Pero este legado, fruto de las nuevas tecnologías al servicio de ideologías de odio, no es el único que soportamos ni que debemos arrostrar. Menos visible, pero aún más difundido, es el legado del sufrimiento individual y cotidiano: el dolor de los niños maltratados por las personas que deberían protegerlos, de las mujeres heridas o humilladas por parejas violentas, de los ancianos maltratados por sus cuidadores, de los jóvenes intimidados por otros jóvenes y de personas de todas las edades que actúan violentamente contra sí mismas. Ningún país, ninguna ciudad, ninguna comunidad es inmune a la violencia, pero tampoco estamos inermes ante ella. Este sufrimiento, del que podría dar muchos más ejemplos, es un legado que se reproduce a sí mismo a medida que las nuevas generaciones aprenden de la violencia de las anteriores, las víctimas aprenden de sus agresores y se permite que perduren las condiciones sociales que favorecen la violencia...” fragmento de Nelson Mandela Prólogo del “Informe mundial sobre la Violencia y la Salud.” (1996)

La O.M.S. (2001) ha documentado que el desarrollo humano depende de la salud positiva de las comunidades, principalmente en lo que atañe a cuestiones asociadas con la salud mental. Las poblaciones en condiciones sociales y económicas adversas son las que están expuestas a mayores riesgos. Precisamente, los niños constituyen un grupo poblacional particularmente vulnerable a los cambios en el contexto socioeconómico y al impacto de acontecimientos significativos sobre la calidad y los estilos de vida de su entorno familiar y comunitario.

Los servicios dedicados a trabajar con las problemáticas de salud mental -especialmente la salud mental infantil- suelen tener bajas coberturas y presentan barreras físicas, temporales y psico-socio-culturales que impiden a numerosos sectores de la población acceder a la atención.

La situación con respecto a la prevención -considerada como un organizador fundamental del sistema de salud- y la promoción de salud mental se agudiza en función de la escasez de estudios de carácter epidemiológico sobre la salud mental de los niños, sobre las situaciones de riesgo a las que están expuestos y sobre los factores de protección disponibles. Se hace necesario discriminar dimensiones sociales, culturales y familiares que operan sobre la población infantil. En este sentido, estas dimensiones no pueden ser consideradas aisladamente, hay que establecer distintos niveles de análisis: socioeconómicos, educativos, familiares e individuales; y sus respectivas interrelaciones y/o correlaciones.

Vulnerabilidad psicosocial

“En el contexto del debate actual acerca de la génesis de los problemáticas en la niñez, es ineludible incluir el concepto de vulnerabilidad. La vulnerabilidad es un concepto dinámico y relacional que trasciende la condición de situación presente, proyectando a futuro la posibilidad de padecerla a partir de ciertas debilidades que se constatan en la misma. En su sentido amplio, la noción de vulnerabilidad psicosocial incluye dos situaciones: la de los “vulnerados”, que se asimila a las condiciones de pobreza, marginalidad y exclusión, es decir la de aquellos que ya padecen una carencia efectiva que implica la imposibilidad actual de sostenimiento y desarrollo, y una debilidad a futuro a partir de esta incapacidad y la de los “vulnerables”, para quienes el deterioro de sus condiciones de vida, la precariedad de estrategias internas y el descuido no están definitivamente materializados, sino que aparecen como situaciones de alta probabilidad en un futuro cercano a partir de las condiciones de

fragilidad que los afecta. La vulnerabilidad psicosocial puede tener múltiples formas de expresión, y en tal sentido puede aparecer como fragilidad o indefensión ante cambios y dificultades en el entorno; como desamparo institucional, y también como debilidad interna o inseguridad, por estructura personal y escaso desarrollo de los recursos internos generados por situaciones de desfavorabilidad. La generación de escenarios de vulnerabilidad psicosocial, está dada por el interjuego e interacción de una serie de factores internos y externos que aparecen en individuos, grupos o sectores sociales de la comunidad en un tiempo y espacio determinados." (Gavilán, Quiles & Cha, 2006)

Por consiguiente, vulnerabilidad psicosocial es un concepto sustantivo frente al tratamiento de problemáticas de salud mental en la infancia, dado que la población infantil es la más afectada tanto por las condiciones del entorno, como por el momento que atraviesa su constitución subjetiva. Los autores antes mencionados coinciden en la necesidad de abordajes disciplinarios e interdisciplinarios que den lugar a una puesta en común de marcos teóricos y metodologías, que permitan la indagación sobre la subjetividad y la intersubjetividad en el marco de una realidad social compleja y cambiante.

En 1996, la 49.a. Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. En esta resolución, la Asamblea hizo resaltar las graves consecuencias de la violencia, tanto a corto como a largo plazo, para los individuos, las familias, las comunidades y los países, y recalcó los efectos perjudiciales de la violencia en los servicios de atención de salud. Según este informe, la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.

"La violencia cercena anualmente la vida de millones de personas en todo el mundo y daña la de muchos millones más. No conoce fronteras geográficas, raciales, de edad ni de ingresos. Golpea a niños, jóvenes, mujeres y ancianos. Llega a los hogares, las escuelas y los lugares de trabajo. Los hombres y las mujeres de todas partes tienen el derecho de vivir su vida y criar a sus hijos sin miedo a la violencia. Tenemos que ayudarles a gozar de ese derecho, dejando bien claro que la violencia puede prevenirse, y aunando esfuerzos para determinar sus causas subyacentes y hacerles frente." Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, Premio Nobel de la Paz en 2001.

Los costos de la violencia se expresan en los miles de millones de dólares que cada año se gastan en asistencia sanitaria en todo el mundo, además de los miles de millones de los días laborables perdidos. Las medidas para hacer cumplir las leyes y las inversiones malogradas por esta causa, restan a la economía de cada país.

"Al igual que los efectos, algunas causas de la violencia se pueden ver con facilidad. Otras se arraigan profundamente en el entramado social, cultural y económico de la vida humana. Investigaciones recientes indican que aunque determinados factores biológicos y otros elementos individuales explican parte de la predisposición a la agresión, más a menudo interactúan con factores familiares, comunitarios, culturales y otros agentes externos para crear una situación que favorece el surgimiento de la violencia." Informe mundial sobre Violencia y Salud." (1996)

Otros estudios la ubican como connatural a la intersubjetividad, es decir que estará presente en tanto condición de posibilidad en todo vínculo humano.

Violencia social

La violencia está presente en todos los escenarios de la vida cotidiana. Está estrechamente vinculada a la relación de poder. Foucault (1966) señala que existen redes sociales en las cuales el poder circula y que el ejercicio del poder se fue modificando a lo largo de la historia. Antiguamente, se ejercía el poder sobre la totalidad de la sociedad, pero al complejizarse la red de relaciones hay elementos que se escapan a su control; se hace necesario, un nuevo mecanismo que controle las cosas y las personas en cada detalle, de esta forma el poder se ejerce sobre el individuo y no sobre el cuerpo social en su totalidad. Se establecen relaciones de poder entre dominadores y dominados, donde aparece la opresión, el autoritarismo y la discriminación.

Existen distintas formas de violencia en el mundo: guerras, asesinatos, torturas, desapariciones y diferentes modos de combatirla. La agresión física, los atentados contra la propiedad, las agresiones en los estadios de fútbol o espectáculos, entre tantas otras, son puestas en evidencia a través de los medios de comunicación. Igual que los efectos, algunas causas de la violencia se pueden ver con facilidad. Otras se arraigan profundamente en el entramado social, cultural y económico de la vida humana. La violencia colectiva se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. Las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado. La violencia colectiva infligida para promover intereses sociales sectoriales incluye, por ejemplo, los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas. La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más importantes de poder. La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos o países, motivados por el lucro económico, tales como los que se realizan con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación. Se incluyen los factores que crean un clima de aceptación o naturalización de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra esta, y los que crean y mantienen las desigualdades entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países; la violencia institucional hacia los ciudadanos; la gran brecha económica entre ricos y pobres; el avasallamiento de los derechos civiles, laborales y humanos; la incidencia de los medios de comunicación y las publicidades orientadas al consumo. Esto genera situaciones de crisis que se manifiestan en la familia y la escuela.

Violencia intrafamiliar. Maltrato a la niñez, adolescencia y familia

Considerada la familia como un sistema social, los modelos de dominación se basan en las categorías de sexo y edad. El poder del hombre sobre la mujer y del adulto sobre al niño, cuando este no cumple con las expectativas de los adultos. La corrección mediante la violencia, es un recurso para obtener el fin propuesto respecto de los hijos. La justificación cultural para el maltrato infantil, deriva de la concepción del niño

como propiedad de sus padres. La imposibilidad de controlar la situación, es un factor decisivo para que se produzca el maltrato.

Cuando se habla de violencia en el ámbito familiar o violencia intrafamiliar se hace referencia a una ruptura de los vínculos dentro de la familia. Los integrantes de la familia vivencian una situación que, por la repetición en el tiempo y por sus manifestaciones, se transforma en violencia.

La Organización Panamericana de la Salud define a la violencia como: “una acción intencional del uso de la fuerza o del poder, por la cual una o más personas producen daño físico, mental, (psicológico), sexual o en la libertad de movimiento o la muerte a otra o más personas, o a sí mismas, con un fin que bien puede haber sido predeterminado o no”.

Los factores que causan y originan la violencia en el ámbito familiar son múltiples y sus consecuencias, complejas. Si bien este tipo de violencia ocurre dentro del ámbito privado, sus causas y consecuencias hacen de este un problema social.

“Los estudiosos del tema del maltrato infantil han tratado de explicar su aparición y mantenimiento utilizando diversos modelos, así tenemos: el modelo sociológico, que considera que el abandono físico es consecuencia de situaciones de carencia económica o de situaciones de aislamiento social”, (Wolock y Horowitz, 1984); el modelo cognitivo, que lo entiende como una situación de desprotección que se produce como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas de los progenitores o cuidadores en relación a los menores a su cargo, (Larrance 1983); el modelo psiquiátrico, que considera que el maltrato infantil es consecuencia de la existencia de psicopatología en los padres (Polansky, 1985); el modelo del procesamiento de la información, que plantea la existencia de un estilo peculiar de procesamiento en las familias con menores en situación de abandono físico o negligencia infantil, (Crittender 1993); y por último el modelo de afrontamiento del estrés, que hace referencia a la forma de evaluar y percibir las situaciones y/o sucesos estresantes por parte de estas familias, (Hilson y Kuiper 1994).

“En la actualidad el modelo etiopatogénico que mejor explica el maltrato infantil, es el modelo integral del maltrato infantil. Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal. Existen en este modelo, factores compensatorios que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores estresores que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. (Hernández González)

La Ley Provincial N° 6551, define, en su Art. 2º, al maltrato a la niñez y adolescencia como: “todo acto intencional realizado en contra de un niño o un adolescente y que ponga en riesgo su integridad física y emocional”. En la misma, se consignan todas las modalidades que configuran el maltrato y que son objeto de atención por parte del mencionado Programa: maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia o abandono.

La violencia y el maltrato en la familia no es un fenómeno aislado, acotado a la privacidad de la misma. Se da en todos los niveles socioeducativos y adopta distintas tipologías. Diversos estudios psicológicos, sociales, antropológicos e históricos relacionados a esta problemática plantean que la violencia familiar tiene profundas raíces culturales destacando que el “actuar violento” es una conducta aprendida y transmitida generacionalmente a través de los canales de socialización del sujeto, familia, juegos, instituciones, medios de comunicación, y otros.

El individuo se enfrenta cotidianamente a situaciones críticas, estresantes, conflictivas, y/o violentas, en términos generales; sin embargo, no todos los individuos se enfrentan a situaciones de violencia intrafamiliar. Por ello es importante señalar que

1. Historia del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia

esta última adquiere particularidades muy específicas en cuanto a su manifestación, pero también, en cuanto a los distintos factores ambientales que se encuentran en su origen y más específicamente, el juego de relaciones que se da entre ellos. La importancia que reviste la violencia intrafamiliar y el maltrato infanto-juvenil radica, no sólo en el sufrimiento de los niños y adolescentes que padecen este flagelo, sino en las consecuencias que el fenómeno conlleva. Causas y consecuencias conforman un círculo de acciones recurrentes, ya que el maltrato es tan antiguo como el hombre.

Diversos factores inciden en la aparición del maltrato infanto-juvenil:

- La naturalización de la violencia en la sociedad, como forma cotidiana de comunicación.
- La aceptación del castigo como modo legitimado de corrección y educación.
- Frecuente repetición del modelo aprehendido desde la cuna.
- Pérdida de la dignidad y autogestión familiar por la incidencia de las crisis económicas en la pérdida del empleo.
- La pérdida sistemática de valores, que se gestan en el seno de la familia y se proyectan en la escuela y en todos los escenarios de la vida. Este es un factor que excede la mirada desde la salud para convertirse en un problema socio-cultural.
- Las pautas heredadas de culturas diferentes que coexisten en nuestra provincia.
- La invisibilidad de las acciones de la clase media y alta, que ocultan sus consecuencias en el ámbito privado de la salud, sin dejar lugar a la intervención oportuna.

Como ya se ha manifestado, el maltrato no elige un nivel socio-económico determinado, sino que se produce en todos los estratos sociales y no es más que el reflejo de la violencia que se vive en los diferentes escenarios de la vida. La multicausalidad y complejidad del maltrato tornan dificultoso su abordaje y resolución. No se limita solamente a la existencia de “desórdenes mentales”, como causa principal del maltrato, y aunque si bien puede ser uno de los componentes, es tan importante como las pautas culturales en los modos de interacción vincular de cualquier nivel social.

Por lo expuesto precedentemente, se considera -en total acuerdo con la Organización Mundial de la Salud- que el equipo de salud interdisciplinario es el que está mejor posicionado para la intervención en esta problemática. Por ello, se considera como último recurso la judicialización y la institucionalización.

Rosa Colombo (2013), en su presentación reciente ante profesionales mendocinos sobre el tema “Resiliencia y Maltrato Infantil” dice: “El maltrato infantil es considerado como una de las causas más halladas en las sintomatologías traumáticas actuales. Los estudios e investigaciones coinciden en la devastación psíquica que este síndrome trae aparejado en el desarrollo infantil.”

Un problema prevenible

A pesar de que la violencia siempre ha estado presente, el mundo no tiene que aceptarla como una parte inevitable de la condición humana. Siempre ha habido violencia, pero también siempre han surgido sistemas religiosos, filosóficos, jurídicos y comu-

nales para prevenirla o limitar su aparición. Ninguno ha sido completamente exitoso, pero todos han efectuado un aporte a la disminución de este rasgo distintivo de la civilización. Desde principios de los años ochenta, el campo de la salud pública ha pasado a ser un recurso valioso en la respuesta a la violencia. Profesionales, investigadores y sistemas de salud pública han procurado comprender las raíces de la violencia y evitar que surja. Lo evitable es que la violencia pase al acto como consecuencia necesaria de su existencia. Es posible prevenir la violencia y disminuir sus efectos. Es posible cambiar los factores que contribuyen a producir respuestas violentas, ya sea los dependientes de la actitud y el comportamiento o los relacionados con situaciones sociales, económicas, políticas y culturales más amplias.

¿Qué puede aportar el enfoque de Salud Pública?

Por definición, la salud pública no se ocupa de los pacientes a título individual. Su interés se centra en tratar las enfermedades y problemas que afectan a la salud, y pretende proporcionar el máximo beneficio para el mayor número posible de personas. Esto no significa que la salud pública deje de lado la atención de los individuos. La inquietud estriba en prevenir los problemas de salud y ampliar y mejorar la atención y la seguridad de todas las poblaciones.

El enfoque de salud pública a cualquier problema es interdisciplinario y se basa en datos científicos. Además, extrae conocimientos de muchas disciplinas, entre ellas la medicina, la epidemiología, la sociología, la psicología, la criminología, la pedagogía y la economía. Esto le ha permitido al campo de la salud pública ser innovador y receptivo con respecto a una amplia variedad de enfermedades, padecimientos y lesiones en todo el mundo. Cada sector tiene un papel importante a desempeñar al abordar el problema de la violencia. Por otra parte, al actuar en forma conjunta y coordinada, las estrategias adoptadas por cada uno tienen el potencial de producir reducciones importantes de la violencia.

El enfoque de salud pública también hace hincapié en la acción colectiva. Ha demostrado una y otra vez que las iniciativas de cooperación de sectores tan diversos como los de la salud, la educación, los servicios sociales, la justicia y la política son necesarias para resolver problemas que, por lo general, se consideran netamente “médicos”. Cada sector tiene un papel importante que desempeñar al abordar el problema de la violencia y, conjuntamente, las estrategias adoptadas por cada uno tienen el potencial de producir reducciones importantes de la violencia.

El enfoque de la violencia desde la perspectiva de la salud pública se basa en los requisitos rigurosos del método científico. Al pasar del planteo del problema a la solución, este enfoque sigue cuatro pasos fundamentales:

- Obtención de conocimientos acerca de todos los aspectos de la violencia, recopilación sistemática de datos sobre la magnitud, el alcance, las características y las consecuencias de la violencia en los niveles local, nacional e internacional.
- Investigación de por qué se produce la violencia; es decir, llevar a cabo estudios para determinar: las causas y los factores correlativos de la violencia; los

1. Historia del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia

factores que aumentan o disminuyen el riesgo de violencia; los factores que podrían modificarse mediante intervenciones.

- Búsqueda de posibles formas de prevenir la violencia mediante el diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de intervenciones.
- Ejecución de acciones que en diversas circunstancias resulten efectivas, acompañadas de una difusión amplia de información y de una evaluación de la eficiencia en relación con los costos de los programas.

La Salud Pública se caracteriza sobre todo, por la importancia que concede a la prevención. En lugar de aceptar sencillamente la violencia o reaccionar ante ella, su punto de partida es la sólida convicción de que el comportamiento violento y sus consecuencias pueden prevenirse.

Esto queda claramente expresado en las conclusiones del informe de la OMS (2003):

“El objetivo de la salud pública es crear comunidades seguras y sanas en todo el mundo. Una prioridad importante hoy en día es lograr que los diversos sectores, tanto a escala mundial como nacional y comunitaria, se comprometan con este objetivo. El personal de salud pública puede hacer mucho para establecer planes y políticas nacionales de prevención de la violencia, forjar alianzas importantes entre los sectores y velar por la asignación adecuada de los recursos a las iniciativas de prevención. Si bien el liderazgo de salud pública no necesita y de hecho no puede dirigir todas las acciones para prevenir la violencia y responder a ella, le toca desempeñar un papel importante. Los datos puestos a disposición de los organismos de salud pública y otros organismos afines, los conocimientos y la comprensión obtenidos mediante el método científico, y la dedicación para encontrar respuestas eficaces son aportaciones importantes que el campo de la salud pública hace a la respuesta mundial contra la violencia.”

La importancia de los contextos

Bronfenbrenner (1987) desarrolla una perspectiva teórica para el estudio de la persona. En su propuesta teórica, define a la persona como una entidad creciente, dinámica que va adentrándose progresivamente y reestructurando el medio en que vive; en tal sentido le da una orientación constructivista a la conducta ya que se considera que esta no es una realidad objetiva sino la forma en que el ambiente es percibido por cada individuo en particular. Los factores ambientales que dan origen a la violencia intrafamiliar, se pueden dividir -por fines meramente analíticos- en tres grandes áreas: el contexto geográfico, el contexto socio económico, y el contexto cultural.

El desarrollo humano es un proceso que deriva de las características de las personas, incluyendo las genéticas, y del ambiente, dentro de una continuidad de cambios que ocurren a través del tiempo. Este autor considera que el ambiente puede pensarse como un conjunto de sistemas que interactúan entre sí.

“El microsistema refiere las relaciones más próximas de la persona y la familia, es el escenario que conforma este contexto inmediato. Éste puede funcionar como un contexto efectivo y positivo de desarrollo humano o puede desempeñar un papel destructivo o disruptor de este desarrollo.” (Bronfenbrenner, 1987)

El mundo del trabajo, el vecindario, las relaciones sociales informales y los servicios constituirían al exosistema, y los valores culturales y los sistemas de creencias se incorporarían en el macrosistema. Entre los niveles de la cultura y el individual, se ubican los organismos de seguridad y otros. La escuela constituye un lugar preponderante

en el ambiente de los jóvenes; ellos permanecen una gran parte de su tiempo en este lugar, que contribuye a su desarrollo intelectual, emocional y social.

“La cultura no solamente significa una expresión, creación o representación sino que debe ser considerada como un proceso social de producción, es decir un conjunto de actos mediante los cuales se constituye, se presenta y se piensa la realidad; se va formando a partir de la interacción de las relaciones sociales y las condiciones materiales de existencia, de vida, arraigándose así las creencias, los mitos, las costumbres, la vida cotidiana, los hechos culturales que van simbolizando las características de un lugar”. (Bronfenbrenner, 1987)

Focalizar la violencia intrafamiliar a partir de estos conceptos de cultura permitirá comprender como el interjuego que se da entre la situación de violencia y sus causantes relacionados a la cultura de una sociedad, ya que los elementos culturales influyen en la construcción de la identidad de las personas. La cultura queda representada como un mapa, una matriz de cualquier sociedad a estudiar, y que es relevante tenerla en cuenta al momento de investigar la problemática social, como en este caso, la violencia intrafamiliar.

El contexto ecológico más amplio lo constituyen las cualidades de la comunidad en las que está inmersa la familia, tales como la pobreza, la ausencia de servicios, la violencia, la desorganización social, la carencia de identidad dentro de sus miembros y la falta de cohesión en ella. Sin embargo, todos los niveles sociales, si bien no sufren las carencias de la pobreza, conviven en una sociedad competitiva y consumista que los obliga a buscar un mayor ingreso y para lograrlo, trabajan tanto el padre como la madre todo el día. Esto puede “*desempeñar un papel destructivo o disruptor de este desarrollo*”, como lo manifiesta Bronfenbrenner (1987). El deterioro que produce la ausencia de los progenitores en el núcleo familiar, el cansancio por las horas trabajadas, la disconformidad por las condiciones laborales y la crisis socioeconómica puede llegar a provocar, en ocasiones, malos tratos hacia los niños. Por otra parte, los niños y adolescentes que no se sienten contenidos por sus padres, suelen dedicarse a actividades que resultan, en ocasiones, nocivas e impiden su desarrollo sano y armónico. La conducta es el resultado de la adaptación, o no, de la persona al interjuego de los contextos. Esto justifica la interdisciplinariedad en la intervención familiar.

Marco legal

La Convención Internacional de los Derechos del Niño, instauro la Doctrina de la Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes, dejando de lado la Doctrina de la Situación Irregular. Se prioriza el Interés Superior del Niño en toda política estatal o privada. Principios, que más tarde, serían el sustento de la Ley Nacional N° 26061, de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Se concibe a la familia como el ámbito prioritario donde los chicos deben crecer y desarrollarse, y a sus miembros adultos, como responsables primarios del cumplimiento de sus derechos. Por su parte, reserva al Estado en primer lugar, el deber de prestar asistencia y orientación a la familia para que pueda cumplir sus funciones y sólo en último término, la facultad de intervenir cuando ésta resulte incapaz de garan-

1. Historia del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia

tizar los derechos del niño y nunca antes de agotar los recursos a su alcance para cumplir con su función primordial de apoyo y contención. Dentro de esta relación deben ser entendidos, unidos en forma inseparable, los principios de Protección Integral y de Interés Superior del Niño, Niña y Adolescente. El carácter “integral” se vincula con la necesidad de abarcar todos los ámbitos de la vida y el desarrollo de los chicos: físico, psíquico, moral, espiritual. Se inscribe en la idea de la interdependencia de los derechos humanos, según la cual es imposible el incumplimiento de algún derecho fundamental sin vulnerar los restantes y viceversa. El cumplimiento de cualquiera de ellos no es realmente efectivo si se realiza en desmedro de otros.

Considerar a los niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derechos y no meros objetos de tutela del Estado y del mundo de los adultos, implica una profunda transformación cultural que modifica las prácticas, las actitudes y los modelos de intervención tradicionales. Orienta y limita el poder de intervención de los adultos y del Estado en la vida de los chicos exigiendo que ante cualquier conflicto que los involucre, las medidas que se adopten para resolverlo tengan en cuenta prioritariamente el interés del niño o niña y, por lo tanto, el cumplimiento integral de sus derechos. De este modo, la integralidad significa el respeto por todos y cada uno de los derechos a ellos reconocidos y también los que en el futuro pudieran reconocérseles.

El principio de “Interés Superior del Niño” obliga, en cada caso, a considerar la “Protección Integral de sus Derechos”. Ambos, son los principios regentes para la interpretación y resolución de los conflictos jurídicos que involucren a los niños, y orientan las políticas públicas para la infancia y la adolescencia, otorgando el carácter de intangibles a los recursos destinados para tal fin. Además la Ley N° 26061 identifica todos aquellos derechos que gozan específicamente los niños y niñas por su condición de tales. Es decir, aquellos que prevén sus necesidades especiales de protección y cuidado, en armonía con la progresiva adquisición de su autonomía. Por otra parte cuando se alude al Interés Superior, el mismo dispositivo legal lo aclara en el Art. 3° *“...se entiende como interés superior de la niña, niño o adolescente la máxima satisfacción simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley”*.

En 1990, a raíz de la promulgación de la Convención de los Derechos de los Niños, se produce un profundo cambio en la visión respecto de la niñez, dando lugar a la Doctrina de la Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Entre los cambios que conlleva esta doctrina, se destaca la concepción del niño como un sujeto pleno de derechos, ya no como un ser inmaduro e incapaz. Ser considerado sujeto de derechos implica que el niño, niña y adolescente, es considerado un ser social, que participa de los procesos sociales, económicos y culturales, un sujeto que aprehende a partir del vínculo con el adulto, que es producto de los procesos de significación de sus estructuras internas.

Reconocerlo como “sujeto” de derechos, implica reconocerlo como ciudadano, teniendo en cuenta los derechos civiles, políticos y sociales, dejando de lado la vieja cosmovisión del niño como “objeto” de protección, que se tenía en la concepción anterior, es decir, el niño, la niña y el adolescente tienen titularidad sobre sus derechos, no le son otor-

gados por ningún adulto o institución. Dicho reconocimiento involucra la visualización de las necesidades, ya no como carencias, sino como derechos, como un conjunto de capacidades y potencialidades a partir de las cuales el niño puede desarrollarse y recrearse.

En el marco de esta Doctrina, surge el fortalecimiento y la orientación de la familia como eje fundamental sobre el cual aplicar todo tipo de acciones preventivas y asistenciales, así como el reforzamiento del binomio madre-hijo, la estimulación de la lactancia materna, del vínculo temprano; el acogimiento y contención del grupo familiar frente a circunstancias difíciles y a problemáticas sociales, que pueden producir crisis irreparables.

Los primeros pasos... el inicio

A mediados del año 1998, se instala el Programa de Prevención y Atención al Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia (PPMI) en nuestra comunidad. Como Jefe del mismo, se designa al Dr. Eduardo Jorge Chahla quien, con un equipo incipiente, focaliza su esfuerzo en capacitar específicamente a los profesionales de diferentes disciplinas, en la problemática. Estos formarían más tarde los equipos de los efectores públicos de salud territorializados. En su continua labor, supo hacer conocer el Programa, conducir a los profesionales del mismo en las intervenciones interdisciplinarias, elaborar informes para los Juzgados de Familia y otras instituciones y formar redes interinstitucionales en los departamentos.

El objetivo fue y sigue siendo: abordar interdisciplinariamente el fenómeno del maltrato infanto-juvenil; capacitar a los profesionales del sistema de salud, docentes e integrantes de Organizaciones de la Sociedad Civil relacionados con la temática, para la prevención, detección temprana y derivación oportuna, a la par de concientizar a la comunidad sobre la importancia de solicitar, a tiempo, ayuda ante este padecimiento.

El PPMI comienza con equipos interdisciplinarios ubicados en efectores públicos de salud en diferentes zonas de la provincia, de acuerdo con la complejidad creciente en que se organiza el Sistema de Salud Provincial, instalados en algunos Centros de Salud cabecera del Gran Mendoza, en los Hospitales Regionales de San Rafael, Maipú, Tunuyán y otros que, con el tiempo se fueron creando.

El hospital "Dr. Humberto Notti" ya contaba con un equipo especializado, que sumó más profesionales y, como era de usual en ese momento se llamó "el GAR del Notti". Cabe destacar que, desde hace un año se ha jerarquizado como Servicio Especializado en Maltrato Infanto-Juvenil y es el efector de mayor complejidad.

Por otra parte, la "Línea del Niño", creada por un acuerdo entre el poder político nacional y las empresas telefónicas y que, por Resolución de la H. Cámara de Senadores, obtuvo nuestra provincia, fue derivada a la Comisaría del Menor, hasta que la Ley 6551 fuera sancionada y se pusiera en marcha el PPMI. Requerió de algún esfuerzo cambiar su ámbito de acción, pero se logró. Se le cambió el nombre por "Línea de los Chicos", para que la gente que aún no conocía la legislación vigente, pudiera entender que esta línea abarcaba también a los adolescentes.

Hubo que formar a los jóvenes estudiantes de diferentes carreras en la atención de la

1. Historia del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia

línea. Y esto fue el semillero de futuros profesionales que se derivaron a los efectores periféricos. Este fue el caso, entre otros, de la conformación del equipo de Lavalle, uno de los equipos de Las Heras y otros. Con el tiempo y a medida de la necesidad, se fueron creando más unidades especializadas en maltrato. Aún hoy, todavía faltan algunas por crear.

Una estrategia fundamental para el accionar del PPMI es el trabajo en red con las áreas municipales, O.S.Cs, escuelas, fiscalías, OAL (Órgano administrativo de aplicación de la Ley 26061) y otras instituciones vinculadas a la temática. Para ello, se ha implementado un sistema abierto de relaciones con las áreas de salud y de desarrollo social de los Municipios. Estas redes deben ser revisadas y reforzadas periódicamente, debido a su dinamismo y susceptibilidad a los cambios políticos.

“La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración. Casi todas las redes en salud tienen entre sus fines la actualización, la nivelación y la educación continua de sus miembros.”

“La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos.” (Dabas, 1998)

El abordaje de los casos comprende una serie de intervenciones, que parten de la denuncia y derivación, la detección, por personal especializado: médicos, trabajadores sociales, psicólogos y otros. Las investigaciones están direccionadas al estudio de las personas relacionadas al niño/a o adolescente y su familia. Se realizan estudios complementarios que determinen la existencia del maltrato. Además de informes y coordinación de estrategias con otros estamentos. Una intervención adecuada en relación con la violencia intrafamiliar puede evitar su reproducción en las próximas generaciones. Los abusos no pueden concebirse aisladamente porque están inmersos en el contexto social en el que se desarrolla la familia. De igual modo, la escuela debe ser capaz de interrumpir el circuito violento entre las instituciones: familia - escuela - sociedad.

En los primeros años del PPMI, se enviaron encuestas a todas las escuelas de la provincia para ser respondidas por todos los docentes tanto de escuelas primarias estatales como privadas. El resultado fue negativo porque las preguntas fueron respondidas por el 20% de las escuelas. La totalidad de los establecimientos privados respondieron que nunca habían detectado maltrato en sus aulas; las escuelas públicas, salvo las que se encuentran en zonas de alta vulnerabilidad, respondieron negativamente. Con el tiempo esta indiferencia del ámbito escolar ha cambiado positivamente y existe una interrelación constante entre los/las docentes y el PPMI.

Es importante reconocer que la detección y el accionar ante las situaciones en las que se vulneran los derechos de los niños, no deben restringirse a una decisión subjetiva que dependa de cada docente. Es una responsabilidad institucional promover una

respuesta entre las entidades estatales especializadas en el tema. El maltrato en niños, niñas y adolescentes es un tema difícil de abordar y de visualizar debido a que, por lo general, las víctimas ocultan o niegan estas situaciones. Al respecto cabe destacar que en la publicación “Maltrato infantil: orientaciones para actuar desde la escuela.” - 1a ed. - Buenos Aires, el Ministerio de Educación de la Nación reconoce su preocupación por los temas de infancia y juventud, ya que la escuela está en contacto permanente con los niños, niñas y adolescentes y puede identificar antes que otras instituciones, gran parte de las situaciones de riesgo por las que atraviesan sus alumnos.

“Uno de los mayores compromisos que hemos asumido desde el Ministerio de Educación de la Nación es garantizar el respeto a los niños, niñas y jóvenes en tanto sujetos de derecho. Teniendo a este objetivo como horizonte de nuestra labor, le asignamos a la escuela un rol de gran importancia en la búsqueda del pleno respeto a los derechos de los chicos. El cuidado de la calidad de vida en la infancia es una prioridad en toda política pública que promueva la equidad social y el progreso de la sociedad. Se trata de una tarea que se construye cotidianamente en las aulas, en los hogares y en los espacios públicos en general. Por este motivo, desde este Ministerio trabajamos día a día por los derechos de la infancia y de a adolescencia promoviendo la inclusión social educativa y la formación ciudadana desde las aulas. De manera específica, reconocemos que la escuela, por su contacto cotidiano con los niños, niñas y adolescentes tiene la posibilidad de identificar antes que otras instituciones muchas de las situaciones de riesgo que atraviesen sus alumnos. Asumimos que a la escuela le compete la doble función de realizar acciones de prevención y contribuir a restituir derechos cuando éstos han sido vulnerados.” Prof. Alberto Sileoni, Ministro de Educación de la Nación.

“La Ley de Educación Nacional y la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes representan, sin duda, un gran avance en ese sentido. Pero los instrumentos jurídicos no garantizan por sí mismos el cumplimiento de los derechos. De allí la importancia de ocuparse, desde las políticas públicas, de hacer efectivos los derechos establecidos. Cuando se vulneran los derechos de las personas, aun si ello ocurre en el ámbito familiar, deja de ser un asunto de índole privada para constituirse en una cuestión de interés público. Al sistema educativo le corresponde sumarse al conjunto de instituciones públicas que trabajan para desnaturalizar cualquier signo de violencia contra niños, niñas y adolescentes. La escuela es un ámbito privilegiado para la prevención y detección de este tipo de problemáticas desde donde trabajar, abordando estrategias intersectoriales, en búsqueda de la restauración de los derechos vulnerados.” Lic. Mara Brawer, Subsecretaria de Equidad y Calidad del Ministerio de Educación de la Nación.

Las áreas del PPMI

En el Nivel Central, se ubica la Jefatura del Programa, el Departamento de Prevención y Capacitación, el Departamento Técnico–Jurídico, el Departamento de Bioestadística y Epidemiología, la División Línea de los Chicos (102) y la División de Administración y Personal. Esta conformación se fue consolidando a través de los años. En el 2012, se logró la jerarquización de quienes llevan un tiempo determinado, previsto en la legislación vigente, ejerciendo la función. La estrategia consiste en dejar instalados referentes capacitados, con una vasta experiencia en la materia, para que continúen con los lineamientos del PPMI y puedan capacitar a otros profesionales que se sumen a la causa de la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, orientando y ayudando a la familia a entender otros modos de comunicación.

La investigación ha aportado conocimiento sobre el impacto social de las acciones realizadas y cómo se deben adecuar a una sociedad cambiante con mayores demandas y problemáticas nuevas con respecto de la época de creación del PPMI. El PPMI cuenta

1. Historia del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia

actualmente con 25 equipos interdisciplinarios que se ubican en efectores públicos de salud en diferentes zonas de la provincia y de acuerdo con la complejidad creciente en que se organiza el Sistema de Salud Provincial. Estos equipos conforman las Unidades Especializadas Departamentales: UED, que se ubican en los Hospitales Regionales, reciben las derivaciones del 102, y de todas las instituciones locales, además de las interconsultas del hospital por pacientes internados y la demanda espontánea. Las UED, que se ubican en los Centros de Salud del Gran Mendoza, reciben derivaciones del 102, del OAL y de otras Instituciones tanto públicas como privadas, como así también la demanda espontánea.

“Los miembros del equipo de trabajo, en grupos heterogéneos aportan prácticas convergentes. Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc. Está claro que para que haya interdisciplina, los intercambios deben ocurrir durante la construcción conjunta del conocimiento y a partir de la formulación precisa de los problemas evaluados en su complejidad. Pese a todas las bondades del trabajo interdisciplinario, el mismo no está exento de dificultades.” (Dabas, 1998).

Los equipos realizan itinerancia en 30 efectores de salud, alejados de los centros principales, para facilitar la llegada de la gente en lugares de difícil acceso. De esta forma, se ha consolidado una intrarred provincial que interactúa constantemente recibiendo y enviando información, lo cual permite ajustar la direccionalidad de las acciones implementadas, de acuerdo con los cambios permanentes del entorno en el que se aplican y las necesidades de la comunidad.

Se ha pasado de la atención individual del niño y su familia como única forma de abordaje, a la incorporación de grupos terapéuticos de mujeres y de niños.

“Se abandonó la idea de trabajar con el binomio víctima-victimario, por entender que el mismo pertenece al campo de la justicia, que tiene por objeto la dilucidación del hecho en sí y la identificación de las partes involucradas, entendiéndose con ello que la labor de la salud en el campo del maltrato debe considerar al sujeto por sobre todas las cosas, y su singular modo de concebir el hecho, porque de ello dependerá como lo signifique para revertir en el marco de lo posible, lo propio y la situación familiar. No es diferente cuando se trabaja con situaciones que configuran delitos como el abuso sexual o lesiones graves, porque en estos casos nos compete trabajar desde una mirada clínica y dejar que la justicia opere en el marco de la competencia que le es específica”. Patricia Martín Alonso Asesora del PPMI

La prevención es fundamental para el PPMI, tanto en las maternidades de los hospitales con la finalidad de lograr el fortalecimiento del vínculo temprano, trabajo grupal con madres y seguimiento de adolescentes embarazadas, como en jardines maternos de zonas de alta vulnerabilidad, con muy buenos resultados. Todo esto se realiza a través del Departamento de Prevención y Capacitación. Por otra parte, se dictan cursos presenciales para la capacitación de docentes, profesionales, organizaciones de la sociedad civil. Cursos a distancia con modalidad semipresencial a través de un convenio con la Universidad Nacional de Cuyo y la Fundación del Hospital “Dr. Humberto Notti”.

A través de la “Línea de los Chicos”, Código 102, se realiza la recepción de denuncias de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes. Se brinda: orientación jurídica, asesoramiento y derivación de las denuncias específicas al sistema, según georrefe-

rencia. Los operadores cargan la información en una base de datos específica, con un software creado para esta finalidad, que facilita una búsqueda ágil y efectiva. Esta base se actualiza permanentemente con la información brindada por los efectores descentralizados y permite dar respuesta al denunciante sobre el seguimiento del caso puntual.

El Departamento Técnico-Jurídico, realiza orientación jurídica y actualización permanente a profesionales pertenecientes a los equipos interdisciplinarios de las distintas unidades especializadas del PPMI. Elabora convenios y acuerdos con instituciones; supervisa proyectos de investigación; interviene en la conformación y fortalecimiento de redes territoriales, por la importancia que éstas revisten. Para el PPMI, el trabajo en red es fundamental.

El Departamento de Bioestadística y Epidemiología se ocupa de la capacitación específica de la herramienta en los efectores propios a fin de que puedan ingresar al sistema y procesar los datos provenientes de todas las Unidades Territoriales, de la Línea de los Chicos, del Departamento de Prevención y Capacitación y del Departamento Técnico-Jurídico. Esto facilita la toma de decisiones para realizar los cambios pertinentes en todo el ámbito del PPMI.

El Servicio Especializado ubicado en el hospital “Dr. Humberto Notti”, recibe derivaciones de la red de efectores periféricos del Programa, de las Fiscalías, de los Tribunales de Familia, del Órgano Administrativo Local de aplicación de la Ley 26061, de otras instituciones, además de las interconsultas de los pacientes internados.

La División Administración y Personal, se encarga del armado de expedientes y todo tipo de tramitaciones, respecto de su especificidad.

En síntesis, el PPMI se fue construyendo con el aporte de todos y fue creciendo en la medida de las posibilidades presupuestarias y las prioritizaciones de los gobiernos de distintos signos políticos por los que atravesó en sus 15 años de existencia. La creación de departamentos y divisiones con diferentes especificidades, permite el protagonismo de todos, ya que el poder no es del que dirige el conjunto, sino de todos los que participan en un proyecto común.

CONCLUSIONES

De lo expuesto precedentemente, se puede inferir:

El trabajo conjunto entre el poder político, la sociedad y la ciencia, logran cumplir con objetivos tendientes a la resolución de las necesidades de la población. Para ello es imprescindible tener una escucha activa y permanente comunicación entre la Legislatura, las diferentes áreas del gobierno y los hechos que acaecen continuamente en la sociedad.

Una ley de todos, significa renunciar al protagonismo que da ser el autor de un proyecto y asegura su aprobación unánime por encima de cualquier diferencia partidaria. La ley es una herramienta que legitima las acciones realizadas por el bien común y es garantía de su continuidad.

El niño como sujeto de derecho deja de ser propiedad de los padres, sin embargo se mantienen modelos de relaciones familiares que no ayudan a adaptarse a las nuevas realidades.

La naturalización de la violencia en la sociedad como forma cotidiana de comunicación y la aceptación del castigo como modo legitimado de corrección y educación,

han convertido al maltrato infantil en una de las causas más traumáticas actuales.

Una intervención adecuada en relación con la violencia intrafamiliar podría evitar su reproducción en las próximas generaciones.

La reconstrucción de los vínculos del núcleo familiar primario constituye una herramienta fundamental para que, en el futuro, los niños, niñas y adolescentes puedan insertarse en la sociedad, sanos y productivos.

Las políticas sociales, educativas, recreativas y de salud, deben acompañar y garantizar el desarrollo pleno de las potencialidades de la niñez y la adolescencia.

La escuela debe ser capaz de contener, detectar a tiempo, orientar y recurrir a los efectores específicos del sistema a fin de interrumpir el circuito violento entre: familia-escuela-sociedad. Sin embargo, ninguna institución puede sola. La conformación de redes intersectoriales e interinstitucionales que compartan criterios y recursos materiales, colabora en esta grave crisis de valores por la que atravesamos como sociedad.

En cualquier organismo, es imprescindible la iniciativa y vocación de servicio del recurso humano, que comparta un proyecto común y aporte continuamente desde su experiencia. En el caso del PPMI, la construcción se realizó con el aporte de todos y fue creciendo en la medida de las posibilidades presupuestarias y las priorizaciones de los gobiernos de distintos signos políticos por los que atravesó en sus 15 años de existencia. La creación de departamentos con diferentes especificidades, ha permitido el protagonismo de todos los profesionales y no profesionales, ya que el poder no es del que dirige el conjunto, sino de todos los que participan en un proyecto común.

La experiencia ha demostrado que hay que promover el buen trato en todos los escenarios de la vida cotidiana.

"Los buenos tratos a niñas y niños asegura el buen desarrollo y bienestar infantil, base del equilibrio mental de los futuros adultos. El punto de partida de los buenos tratos a los niños es la capacidad de los padres para responder a las necesidades infantiles de cuidado, protección, educación, respeto, empatía y apego. Esta obra ofrece una descripción de los daños que causan falta de competencia y de conciencia, demasiado ocupados con problemas profesionales o sentimentales para hacerse cargo de sus hijos o haciéndolos pagar sus carencias e insatisfacciones. Esta clase de malos tratos, a menudo inadvertidos, causan traumas infantiles, trastornos de apego y otros síntomas del comportamiento que manifiestan el sufrimiento invisible de los niños. La paciencia, comprensión y el buen trato por parte de personas en el ámbito escolar, de la justicia o la atención social puede reparar muchos daños y devolver a los niños su capacidad de resiliencia y confianza en el mundo." (Barudy y Dantagnan, 2005)

Reflexiones de la autora

Escribir la historia sintiéndose parte de ella y aún integrante activa de un proyecto común, es una tarea difícil. Se remueven los recuerdos, las vivencias, las anécdotas que, en la lucha del diario quehacer, parecen pasar desapercibidas.

El más sentido homenaje y profundo agradecimiento al Dr. Eduardo Jorge Chahla quien, con gran capacidad, experiencia y tenacidad, fue el primer jefe del programa. Esto significó no sólo dar direccionalidad a las acciones, sino el contenido que justificara cada una de ellas. Fueron épocas difíciles, aún lo son, sin embargo logró su meta. Había que concientizar a los profesionales sobre la importancia de trabajar interdisciplinariamente. Fue un cambio profundo con respecto a la formación profesional

de algunas disciplinas. Había que pasar del modelo médico hegemónico, a considerar a los otros miembros del equipo, con otras profesiones, como integrantes valiosos cuya mirada es imprescindible a la hora de producir un diagnóstico y planificar un tratamiento que, como se ha fundamentado con anterioridad, debe ser interdisciplinario.

Mi agradecimiento a los profesionales del Bloque de Senadores al cual pertencí durante mi mandato. A la Dra. Laura Martínez Ferreyra, abogada, especialista en Derecho de Familia; a la Lic. Sandra Farías, Licenciada en Comunicación Social; a la Profesora Alejandra Massi de La Rosa y a todo el personal que, desde su lugar hicieron posible la concreción de la iniciativa.

A través de todos estos años, las imágenes se vuelven presentes, no existe el pasado, es parte de un todo inseparable. Hay que tomar distancia y evaluar los hechos tal como fueron y esto se logra sólo a través de una compleja elaboración personal y es tan dificultosa como delegar tareas y comprender que ya no somos imprescindibles. ¿Se puede?

Carl Jung, dice al respecto: "Siempre había tenido la sensación de que mi vida, tal como la viví, era una historia sin principio ni final. Me sentía como un fragmento histórico, un paisaje aislado al que no precede ni sigue ningún texto. Podía imaginarme perfectamente que tal vez había vivido en siglos anteriores y me había hecho preguntas que todavía no era capaz de responder; que tenía que volver a nacer porque no había cumplido la tarea que se me había asignado."

Bibliografía

- Aberbuj, G. (2010) *Maltrato infantil: orientaciones para actuar desde la escuela*. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Arias Sanchez, O. (Septiembre, 2006) Un futuro a la altura de nuestros sueños. Discurso ante la 61ª Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas. *Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica*. Recuperado de: https://www.rree.go.cr/file.php?id_file=285
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005) *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bronfenbrenner, U. (1987) *La Ecología Del Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.
- Colombo, R. (2013) *Resiliencia y Maltrato Infantil*. Conferencia dictada en Mendoza.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1999) *Redes en Salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Gavilán, M. (comp.) (2006) *Equidad y Orientación Educativa y Ocupacional: El desafío de una propuesta*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gobierno de Mendoza. (1995) Ley Provincial N° 6354. Régimen Jurídico de Protección a la Minoridad. *Tribunet*. Recuperado de: <http://www.tribunet.com.ar/tribunet/ley/6354.htm>
- Grosman, C. y Mesterman, S. (1992) *Maltrato al menor. El lado oculto de la escena familiar*. Buenos Aires: Universidad.
- Hernández González, E. (s.f.) *El maltrato Infantil*. Recuperado en: <http://www.psicologia-online.com/infantil/maltrato.shtml>
- Hillson, J. & Kuipe, N. (1994) A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review*, 14(4), 261-285.
- Ley Nacional N° 23.849 (1990) De aprobación de Convención de los Derechos del Niño. En *Boletín Oficial N° 26.993, 22 de octubre de 1990*. Buenos Aires, Argentina.
- Ley Nacional N° 26.061 (2005) De Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. En *Boletín Oficial N° 30.767, 26 de octubre del 2005*. Buenos Aires, Argentina.
- Ley Provincial N° 6551 (1997) De Creación del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia. En *Boletín Oficial N° 25.821, 15 de enero de 1999*. Mendoza, Argentina.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2002) Informe Mundial sobre Violencia y Salud: Resumen. Washington D. C. *World Health Organization*. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Porolli, J. (2011, 19 de agosto) La madre de Yoryi Godoy tiene salidas transitorias aunque no está apta. *Diario UNO*. Recuperado de: <http://www.diariouno.com.ar/mendoza/La-madre-de-Yoryi-Godoy-tiene-salidas-transitorias-aunque-no-esta-apta-20110819-0008.html>

2.

Una aproximación teórica a la formación y funcionamiento del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia desde el Paradigma de la Protección Integral

Melisa Romano

El actual marco paradigmático y legislativo requiere la realización de un análisis del desarrollo histórico de la Ley Provincial N° 6551, en términos de política social pública, para reflexionar en torno a su actual aplicación.

La configuración del Programa de Prevención de Maltrato Infantil: PPMI, se desarrolla en la vigencia de un marco legal mayor que es la Ley Provincial N° 6354: Régimen Jurídico de Protección de la Minoridad. Esta ley constituye el primer avance legislativo a nivel nacional en la aplicación del Paradigma de la Protección Integral en las instituciones estatales encargadas de los niños, niñas y adolescentes.

La confección de la ley debe ser entendida y analizada en términos de proceso, teniendo en cuenta el contexto socio-histórico en el que es construida y las diferentes correlaciones de fuerzas y actores que intervienen en la conformación de la agenda. El proceso de construcción de la agenda pública surge a partir de un hecho que conmocionó a la sociedad mendocina: en el año 1996 los padres de un niño de 3 años llamado Ayrtón Brian “Yoryi” Godoy denuncian su desaparición. El caso se torna sumamente mediático. Todos los medios de comunicación y ciudadanos en general opinan y participan activamente en la búsqueda. A los días de realizada la denuncia, se descubre que el niño había fallecido por padecer situaciones de maltrato crónico por parte de sus padres, quienes habían enterrado el cuerpo antes de que la problemática se develara. A partir de la resonancia que adquiere la situación, toda la sociedad provincial comienza a movilizarse en torno a la problemática del maltrato infantil.

Lo anteriormente descrito constituye el puntapié de la conformación de la agenda pública, se evidencian en forma clara los tres elementos principales mencionados por Aguilar Villanueva (1993) citando a Cobb y Elder:

“... que sea objeto de atención amplia o al menos de amplio conocimiento de lo público, que una buena parte del público considere que se requiere algún tipo de acción y que a los ojos de los miembros de la comunidad la acción sea competencia de alguna entidad gubernamental.”

Como sostiene Aguilar Villanueva (1993), no todos los asuntos que se problematizan en la sociedad logran configurarse en la agenda de gobierno. En el caso mencionado fue necesaria la organización y canalización de la demanda a través de actores políticos institucionales: organizaciones de la sociedad civil, actores estatales y representantes legislativos; quienes confeccionaron un proyecto de ley. El mismo fue reformulándose en un proceso de luchas y conflictos de poder que implicaron un análisis por parte de la administración pública para poder dilucidar:

“(…) si el gobierno se encuentra o no en una oportunidad de elección favorable (pocos asuntos, obligación básicas desahogadas, tiempo, recursos), si las cuestiones y demandas son o no tratables (hay experiencia, analogías, información, teorías, tecnologías), si los participantes en la toma de decisiones están o no interesados en intervenir en la cuestión por muchas razones (políticas, morales, económicas).”

Debieron transcurrir casi dos años, luego de la situación desencadenante del proceso de introducción de la problemática del maltrato infantil en la agenda pública, para que se lograra la inclusión en la misma, y la toma de decisiones en torno a la mejor forma de dar respuesta al asunto. La misma implicó la creación del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia.

La problemática del maltrato infantil forma parte de las manifestaciones de la cuestión social, se adhiere a definición que realiza R. Castell y es tomada por Andrenacci (2005), donde la cuestión social se explica en términos de problemas de integración social. Se entiende a las problemáticas en salud mental, que incluyen la utilización de la violencia como forma de resolución de conflictos, como parte de las dificultades de adultos, niños, niñas y sus familias para permanecer “integrados” en un sistema social de contención que abarca todas las dimensiones de la cotidianidad: relaciones económicas, acceso a la satisfacción de necesidades básicas, el formar parte de grupos sociales de pertenencia y apoyo donde se puedan proteger y promover los derechos de manera efectiva.

La concepción de política social elaborada por Andrenacci (2005) permite comprender la creación y funcionamiento del PPMI como parte de las intervenciones estatales en los márgenes, es decir no se implica de manera directa en las relaciones salariales, ejes de la configuración societal, sino que se trata de:

“(…) una intervención sobre aquello que queda afuera de los vectores centrales de la integración social. Suele ser una intervención sobre sujetos, no sobre estructuras, y cumplir dos tipos de tareas: la compensación para aquellos sujetos que no acceden a los mecanismos de integración por razones involuntarias; y la represión para aquellos sujetos que rechazan esos mecanismos (o que no pueden demostrar fehacientemente lo involuntario del no acceso).”

Caracterización de la Ley Nº 6551

Los objetivos del PPMI se vinculan a la detección, tratamiento y rehabilitación de los grupos familiares donde se presentan situaciones de violencia. Explícitamente se manifiesta en el Art. 3º inciso d, como parte de sus objetivos el “(…) seguimiento y control de casos.”

La concepción de sujeto subyacente en la legislación hace referencia a la Ley Provincial Nº 6354 (1995) que sostiene:

“La presente ley tiene por objeto la protección integral del niño y del adolescente, como sujeto principal de los derechos establecidos en la misma y el ordenamiento legal vigente. A tal efecto, quedan comprendidas todas las personas que no hubieran alcanzado la mayoría de edad. El estado garantizará el interés superior de los mismos, en el ámbito de la familia y de la sociedad, brindándoles las oportunidades y facilidades para el desarrollo físico, psíquico y social. (Art. 1º).”

Pensar a los niños y adolescentes como sujetos de derecho implica un avance notable en la transición desde la lógica del Paradigma de la Situación Irregular al Paradigma de la Protección Integral. Sin embargo, como se visualiza en los objetivos y en algunos términos utilizados en la ley como es el término “menor”, los cambios paradigmáticos no se desa-

2. Una aproximación teórica a la formación y funcionamiento del Programa de Prevención y Atención del Maltrato

rollan de un día para el otro y además se deben problematizar en un marco más amplio.

Toda política pública se encuadra en determinado modelo de Estado vigente al momento de la problematización de los asuntos. Como explicitan A. Kirchner y P. Vessvessian (2012), la década del 90 se caracterizó por la vigencia del paradigma neoliberal que planteaba la política social en términos de:

- Desarticulación de los lazos solidarios
- Desciudadanización
- Exclusión y pérdida de los derechos conquistados en el tiempo
- Fragmentación de lo social y de las políticas sociales
- Focalización y dispersión de las políticas sociales
- Las personas son abordadas como beneficiarios no como personas de derechos.”

En esta coyuntura, la responsabilidad del Estado como principal garante de la efectiva protección y promoción de los derechos se ve desdibujada. La ley N° 6551 es considerada de carácter progresista, en relación con el contexto socio-histórico; sin embargo, en algunos de los artículos, se evidencian criterios de estigmatización y focalización. Por ejemplo se menciona el art. 3° inciso I que explicita como objetivo: “Aunar esfuerzos para la educación de grupos de alto riesgo social, en torno a la prevención del maltrato en sus diferentes modalidades. Incluidas las que provengan de causas sociales o institucionales.” (Ley N° 6551, 1997).

Siguiendo la construcción teórica que hace referencia a las distintas fases de la política social, se considera importante, luego del análisis de la conformación de la agenda, la problematización del concepto de sujeto subyacente y los objetivos planteados, tener en cuenta la modalidad de abordaje propuesta: “(...) la atención de la población objeto de la presente se desarrollará en los servicios de los centros asistenciales de salud del sector estatal desde un abordaje multidisciplinario e interinstitucional” (Ley Provincial N° 6551, 1997, Art.1).

Tradicionalmente, la intervención en situaciones de maltrato infantil se desarrollaban de manera exclusiva en el ámbito judicial, mediante la toma de medidas tutelares por parte del juez. Las instituciones, en caso de detectar niños y niñas en situación de vulnerabilidad con sospecha o evidencia de maltrato, debían informar a los juzgados de familia y dejaban de acompañar las situaciones: el caso se encontraba judicializado. Por primera vez en la provincia se planteaba la necesidad de conformar equipos de abordaje interdisciplinarios. Los mismos estaban conformados por profesionales de Psicología, Medicina y Trabajo Social. Ellos debían encargarse de la recepción de denuncias, el tratamiento y rehabilitación de los grupos familiares. Además en situaciones de riesgo de niños y niñas realizaban las derivaciones a los juzgados de familia a fin de que el juez tomara las decisiones que considerara pertinentes.

A lo largo de la trayectoria de conformación y aplicación del PPMI, el Programa y los equipos de atención han sido concebidos por las instituciones y por la sociedad en general como ámbitos de control social explícito. Las intervenciones que se desarrollaban desde un posicionamiento de asimetría en el ejercicio del poder, en vistas a regular compor-

tamientos anormales en los parámetros sociales actuales, no eran cuestionadas ni por los profesionales ni por las instituciones con las que se trabajaba de manera conjunta.

Como sostienen A. y P. Vessvessian (2012), a partir del año 2003 se comienza a configurar un nuevo modelo de Estado que asume características de integrador: "Este nuevo estado social es un estado activo y promotor, que cree en la inversión social y en la autogestión popular para el abordaje integral de las necesidades del pueblo".

El Estado asume nuevas configuraciones y avanza en el desarrollo de la aplicación del Paradigma de los Derechos Humanos, explicitado a nivel de la niñez y adolescencia en la Ley Nacional N° 26061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes. Esta legislación constituye un marco más amplio donde los principios de la Ley N° 6551 deben comenzar a reconfigurarse en función del nuevo paradigma vigente. Oszlak (2006) explicita que:

"Existe una relación causal entre régimen político y organización burocrática. O, de forma más específica, la naturaleza del régimen político afecta de forma diferente a las diversas formas de interdependencia burocrática (o dinámica intra-burocrática). Las transformaciones que experimenta el sector público a medida que un nuevo régimen llega al poder pueden explicarse en parte por el tipo de interacciones que ocurren una vez que quienes están en el poder intentan compatibilizar la maquinaria estatal con sus intenciones políticas."

El PPMI debe problematizar los cimientos de su origen, de-construirse y re-construirse en vistas a proyectar su funcionamiento en relación con el nuevo modelo de Estado vigente y con los principios de la política pública que asumen como eje la integralidad. En el nuevo contexto nacional y latinoamericano, las necesidades de los ciudadanos, sus conflictivas personales y al interior de la familia y la vulneración de los derechos humanos, requieren el aggiornamiento de las instituciones públicas.

Los efectores de detección y tratamiento de situaciones de maltrato infantil forman parte de la denominada burocracia pública que, "puede ser concebida como la cristalización institucional de las políticas públicas y la actividad estatal manifestada mediante agencias burocráticas que, a lo largo del proceso de implementación, acaban definiendo la naturaleza del estado que materializan." (Oszlak, 2006).

Cabe destacar que a partir de la sanción de la Ley N° 6551, se configura determinada burocracia estatal relativamente estable, por ello, hoy se presenta el desafío de promover nuevas miradas y conceptos en torno a los niños, niñas y adolescentes y sus familias conforme al nuevo paradigma. Es necesario interpelar y problematizar modelos de intervención asociado a concepciones basadas en el paradigma neoliberal.

En lo que concierne a la vinculación con otras políticas sociales, se evidencia una relación directa con la Ley N° 6354 y, en la actualidad, el marco legislativo dentro del cual se debe reconfigurar es la Ley N° 26061.

En los últimos años se ha avanzado a nivel legislativo de manera notable, ejemplo de ello son las leyes mencionadas y otras como la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 y la Ley Nacional de Educación N° 26206. Todas tienen como horizonte una sociedad más democrática, igualitaria y promotora de derechos.

Desafíos actuales de la Ley

La Ley N° 6551 configuró un avance significativo en la aplicación de los principios emanados de la Convención Internacional de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes; propuso una forma innovadora de abordaje de situaciones de maltrato infantil teniendo como eje el trabajo interdisciplinario. Su configuración constituyó el inicio del proceso de transición paradigmática a nivel provincial. Es necesario entender esta ley dentro del contexto socio-político en el cual se origina y que forma parte de una visión de la política social configurada desde la focalización.

Como se ha ido analizando a lo largo del trabajo, en la actualidad es necesario problematizar el funcionamiento del PPMI en el nuevo marco político, social y estatal gestado en la última década. Resulta esencial repensar la aplicación de la ley en el modelo de Estado actual, generando las transiciones institucionales y de esquemas mentales que permitan romper con la imagen y modo de funcionamiento anclado en principios de control social.

En la actualidad, el PPMI tiene las potencialidades y una trayectoria socio-histórica que le permiten constituirse en uno de los actores principales para promover la transición desde una política focalizada y de control hacia la aplicación de una mirada integral, que pueda promover la efectiva consolidación del Sistema Integral de Protección de Derechos.

El Estado vigente asume características de integrador, conformando un contexto favorable para generar las discusiones y transformaciones necesarias para que el PPMI pueda avanzar en el desarrollo de instancias de reflexión e internalización de la Ley N° 26061, configurando nuevas formas de abordaje que tengan como base el ejercicio democrático y la participación de los niños, niñas y sus familias como principales actores en la resolución de los conflictos que los aquejan.

Bibliografía

- Aguilar Villanueva, O. (Comp.) (1992) *El Estudio de las Políticas Públicas*. México: Porrúa Grupo Editorial.
- Aguilar Villanueva, O. (Comp.) (1993) *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. México: Porrúa Grupo Editorial.
- Albuquerque, F. (2004) Desarrollo Económico Local y Descentralización En América Latina. [Versión Electrónica] En Revista de la Cepal N° 82, 157-171.
- Andrenacci, L. (Comp.) (2005) *Problemas de Política Social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo/Ungs.
- Boron, A. (2003) *Estado, capitalismo y democracia en América Latina*. Buenos Aires: Clacso.
- Castel, R. (2004) *La Metamorfosis De La Cuestión Social: una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Gobierno de Mendoza. (1995) Ley Provincial N° 6354. Régimen Jurídico de Protección a la Minoridad. *Tribunet*. Recuperado de: <http://www.tribunet.com.ar/tribunet/ley/6354.htm>
- Ley Nacional N° 26.061 (2005) De Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. En *Boletín Oficial N° 30.767. 26 de octubre del 2005*. Buenos Aires, Argentina.
- Ley Provincial N° 6551 (1995) De Creación del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia. En *Boletín Oficial N° 25.821, 15 de enero de 1999*. Mendoza, Argentina.
- Acuña, C. (Comp.) (2007) *Lecturas sobre el Estado y las Políticas Públicas: retomando el debate de ayer para fortalecer el actual. Proyecto De Modernización Del Estado*. Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros de La Nación.
- O'Donnell, G. (1978) Apuntes para una teoría del Estado. *Revista Mexicana de Sociología*. 40(4), 1157-1199.
- Oszlak, O. (2006) Burocracia Estatal: Política y Políticas Públicas. En revista *Posdata*, N° 11.
- Rosanvallon, P. (1995) *La Nueva Cuestión Social*. Buenos Aires: Manantial.

3.

La desdemonización de los Servicios de Protección de Derechos

*Melisa Romano
Daniela Gacitúa
Gustavo Tascheret*

Toda reflexión respecto de la temática debe iniciarse a partir de la concepción del Sistema de Protección Integral de acuerdo con el artículo N° 32 de la Ley Nacional de Niñez y Adolescencia N° 26.061, donde se lo define como aquel que:

"Está conformado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes."

Este artículo es una invitación a trabajar en red con todos los actores que forman parte del Sistema de Protección Integral y diariamente están en permanente contacto con la realidad de los niños, niñas y sus familias.

La Convención Internacional de Derechos del Niño (CIDN) y actualmente la Ley Nacional N° 26061, constituyen los marcos de referencia indiscutibles al momento de planificar, elaborar y desarrollar cualquier tipo de actividad vinculada a la niñez y adolescencia.

En el actual proceso de transición paradigmática se debe realizar hincapié en el conocimiento del marco legislativo y la problematización colectiva del mismo, mediante un proceso de estudio y reflexión sistemático por parte de todas las instituciones y profesionales. Ello permitiría como mencionan Murga y Anzola (2011) que, efectivamente, se logre invertir "*el paradigma que colocaba a los niños y sus familias en situación irregular, ubicando ahora la irregularidad en las omisiones de las políticas y prácticas sociales o culturales o en aquellas acciones que obstruyen o niegan el acceso a los derechos*".

Es necesario participar activamente en la conformación del Sistema desde la internalización de los principios y valores del Enfoque de Derechos y el Paradigma de la Protección Integral. La profundización del marco teórico facilita la reflexión en torno a la práctica diaria de los equipos interdisciplinarios del Programa de Prevención de Maltrato Infantil de Mendoza: PPMI, en un nuevo contexto legal e institucional que interpela las formas de acompañar situaciones de maltrato infantil, en un nuevo paradigma y nuevos actores intervinientes.

En el actual marco legal, se pone en cuestión una modalidad de intervención fuertemente ligada al paradigma de la situación irregular: **la derivación**. Al respecto se sostiene la necesidad de poner en cuestión y problematizar el término, utilizado en numerosas ocasiones y fuertemente vinculado a la lógica tutelar. Como plantea Bokser (2005):

3. La desdemonización de los Servicios de Protección de Derechos

“Las derivaciones implican y tienen por consecuencia la desarticulación (tengo el dato de quién se puede ocupar, le paso el caso y me lo saco de encima). En lugar de una vinculación que organiza y distribuye los aportes de los distintos actores protagonistas u otros operadores, se produce un corte, un quiebre en las conexiones que -precisa y paradójicamente- requieren o -en ciertas circunstancias- pueden exigir, los padecimientos o las demandas de los miembros de la comunidad.”

El Sistema de Protección Integral plantea la lógica del trabajo en red y conjunto, teniendo en cuenta que el niño es uno y que las diferentes instituciones tienen que accionar y ser responsables en un mismo Sistema Integral, sin perder de foco el Interés Superior del Niño. La forma tradicional de acompañamiento implicaba que, ante situaciones de vulnerabilidad severas se informaba al juzgado, donde el juez de turno, “como buen padre de familia”, decidía aquello que le parecía más adecuado para la protección del niño, niña o adolescente.

El Paradigma de la Protección Integral plantea como inaceptable la lógica de la derivación o “la información”. En numerosas ocasiones se escucha a profesionales de diversos ámbitos e instituciones decir que “hay que informar al O.A.L...por las dudas”. Ninguna intervención profesional puede limitarse a informar una situación. El Sistema de Protección Integral y los principios de la Convención Internacional de Derechos del Niño explicitan claramente la necesidad de desarrollar propuestas y acciones conjuntas en vistas a la promoción, restauración y/o protección de derechos vulnerados.

Los Servicios de Protección de Derechos u Órganos Administrativos Locales aparecen como medios para la puesta en marcha del Sistema de Protección Integral y se constituyen como los agentes que administran las medidas de protección integral de derechos.

Ante la existencia de situaciones graves de vulnerabilidad de derechos, se debe trabajar con los Servicios de Protección, que se encargan de la elaboración de las medidas, construidas por parte de todos los actores del Sistema de Protección Integral: familias, niños, niñas y adolescentes, efectores de salud, áreas de niñez, escuelas, entre otros.

Como bien se aclara en el término Órgano Administrativo Local, los Servicios de Protección administran las medidas construidas interinstitucionalmente y principalmente con los niños, niñas y adolescentes involucrados. Aún se visualizan informes profesionales solicitando “medidas excepcionales”, sin haber realizado el diagnóstico de la red familiar y comunitaria y principalmente sin haberlo dialogado con los protagonistas: niños, niñas y adolescentes.

Luego de más de dos décadas desde la confección de la CIDN y cinco años desde la sanción de la Ley N° 26061, es necesario resignificar la participación de los niños, niñas y adolescentes y entenderla en términos más amplios que lo mencionado en el artículo N° 12 de la CIDN (1989), donde se sostiene que la opinión debe ser tenida en cuenta “en función de la edad y madurez del niño” y por otro lado, se explicita “la oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño (...)”.

Asumir la importancia de la participación infantil resulta, como sostiene Baratta (1999), “(...) una ocasión favorable para reforzar los derechos de los niños y los derechos de los niños son o pueden ser una ocasión favorable para reforzar la democracia.”

Solicitar una medida de protección con cambio de domicilio o una medida excep-

cional no puede continuar realizándose desde los parámetros utilizados durante la vigencia legal del Paradigma de la Situación Irregular. Desde la aparición de la CIDN e inclusive hasta la fecha, se ha utilizado el principio de “Interés Superior del Niño”, para fundamentar medidas que implicaban la separación de los niños, niñas y adolescentes de sus familias. Ante un principio sumamente ambiguo que figura en la CIDN; la ley N° 26061 (2006) en su artículo N° 3, le otorga contenido a la categoría y nos invita a reflexionar respecto de la misma:

“la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley; Debiéndose respetar:

- a) Su condición de sujeto de derecho;*
- b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tomada en cuenta;*
- c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural;*
- d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales;*
- e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común;*
- f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.”*

Los diferentes incisos mencionados en el artículo permiten encuadrar y dar contenido concreto al concepto. Por otro lado y en función de entender que el principio del Interés Superior del Niño es una construcción adulto-céntrica, se debe contemplar lo establecido por Minversky y Herrera (2006) quienes manifiestan claramente la tensión permanente entre el derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser oídos y el Interés Superior del Niño. Tradicionalmente se ha priorizado el Interés Superior del Niño/a por sobre la opinión y/o participación del mismo en aquellas situaciones donde se encuentran vulnerados sus derechos. Las autoras presentan una resolución a la tensión existente sosteniendo que:

“(…) si se tiene en cuenta que si bien lo decidido por el niño puede no coincidir con lo beneficioso para él, en definitiva, esta toma de decisión o protagonismo le servirá como experiencia de vida. (...) En consecuencia, interés superior y derecho a ser oído no se contraponen sino que se complementan, al ser el segundo la guía o el sendero para alcanzar el primero”.

El mundo adulto en vistas a proteger el Interés Superior del Niño, en numerosas ocasiones hace caso omiso a sus opiniones y deseos. Resulta necesario facilitar la existencia de procesos internos de problematización de las decisiones tomadas por los niños, niñas y adolescentes dando prioridad a su derecho legítimo de decidir sobre su propia vida, habilitando el desarrollo de aprendizajes significativos a través de la experiencia y toma de decisiones.

Se debe tener en cuenta que las medidas excepcionales de internación de niños, niñas y adolescentes implican una privación de la libertad, y por ende, no pueden superar los 90 días. Además se debe construir un plan de trabajo con las familias durante ese período y trabajar en la reinserción de los niños, niñas y adolescentes; en la medida en que ellos lo deseen y no resulte una revictimización de los mismos.

Como establece Lerner (2006):

3. La desdemonización de los Servicios de Protección de Derechos

“Tales disposiciones revelan la revalorización del rol de la familia en la crianza de los hijos y en consecuencia el derecho de los niños a vivir y permanecer con su familia, por lo cual toda institución que se aleje de este principio es de interpretación restrictiva. (...) En definitiva, la ley cuestiona e interpela a la separación del niño de su medio familiar como una modalidad ordinaria de intervención, resultando necesario realizar una cantidad de acciones previas antes de decidir la separación de un niño de su familia de origen, toda vez que para su procedencia se exige que previamente se hayan cumplimentado debidamente las medidas dispuestas en el artículo 33¹.”

Los equipos interdisciplinarios del PPMI tenemos una responsabilidad fundamental en el funcionamiento del Sistema de Protección Integral y en la aplicación de medidas de protección, ello radica en la naturaleza de las situaciones con las que trabajamos y que las mismas se encuadran en lo que la CIDN (1989) establece en su artículo N° 9:

“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 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 vivan separados y deba adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.”

Los equipos especializados debemos reflexionar profundamente en torno al Paradigma de la Protección Integral por diferentes motivos, entre ellos la necesidad de desarrollar intervenciones profesionales acordes al marco legislativo vigente y en función de garantizar mayores niveles de protección de derechos de los niños, niñas, adolescentes y familias con las que trabajamos. En numerosas ocasiones, presentamos serias dificultades para consensuar criterios con los profesionales de los Servicios de Protección; desde este trabajo, consideramos que una de las causas de esta situación conflictiva radica en la ausencia de una reflexión sistemática de la CIDN, la Ley N° 26061 y los protocolos vigentes para la aplicación de los principios del Paradigma de la Protección Integral.

Es y será usual la discusión y falta de acuerdo, lo cual, cuando logra despegar del sentido común, resulta sumamente rica para el avance de la conformación del Sistema de Protección Integral y dará lugar a la reflexión dialéctica entre la teoría, la práctica y las subjetividades de los equipos.

En ocasiones, los criterios clínicos no coinciden con los criterios de derechos, ante ello se debe tener en cuenta la importancia de deconstruir, construir y reconstruir acuerdos, sabiendo que el marco legal implica la necesidad de aplicar aquellas medidas que restrinjan la menor cantidad de derechos.

La vigencia del Paradigma de la Protección Integral interpela nuestras modalidades de trabajo, nuestros conocimientos e inclusive las perspectivas de clase. Debemos partir de la premisa de que todos estos factores actúan en la forma de aproximarse y vincularse con la realidad de las familias, especialmente, las pertenecientes a sectores populares.

¹ -Desde un sector de la doctrina se ha criticado la rigidez de este enunciado, frente al cual se impone una correcta evaluación de cada situación, que habilitaría cierta flexibilización interpretativa de la norma en determinadas circunstancias de gravedad y urgencias.

La mayoría de profesionales de los equipos técnicos pertenecientes a los actores del Sistema de Protección Integral, construyen las formas de acompañamiento desde sus propias perspectivas de clase y principios morales.

Como primera instancia para la problematización de los mitos, prejuicios e ideales, estos deben reconocerse como tales. Mediante la reflexión personal y colectiva se puede avanzar en la mirada de derechos humanos y en el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de los mismos.

En el actual contexto de transición, deconstrucción y reconstrucción de valores, ideas y paradigmas, resulta esencial que, desde el mundo adulto se favorezca la participación activa de los niños, niñas y adolescentes en la sociedad en calidad de ciudadanos plenos. Al respecto, en una de sus doce tesis Bustelo (2010) explicita:

“(…) Es una convocatoria que comienza por el abandono del “adulto-centrismo” como expresión de dominación. Es el descubrimiento de la infancia: desde la infancia como lo “no- adulto” a una infancia des-adultizada. Es el éxodo de los oprimidos. No hay infancia emancipada en una sociedad opresora, por eso la infancia presupone una teoría del cambio social”.

Bibliografía

- Baratta, A. (1999) “Infancia y democracia”, En *Tomo 4 Derecho a tener derecho. Infancia, derecho y políticas sociales en América Latina*, Montevideo: UNICEF.
- Bokser, M. (2005): *Derechos de niñas, niños y jóvenes. Políticas de gestión territorial*. Buenos Aires: Lumen.
- Bustelo, E. (2010) *El Recreo de la Infancia: Argumentos para un nuevo comienzo*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- De Miguel, E. y Salviolo, C. (2008) *¿Qué es un sistema de protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes?* Buenos Aires: CASACIDN. Recuperado en <http://www.casacidn.org.ar>
- Gobierno de Mendoza. (1995) Ley Provincial N° 6354. Régimen Jurídico de Protección a la Minoridad. *Tribunet*. Recuperado de: <http://www.tribunet.com.ar/tribunet/ley/6354.htm>
- Lerner, G. (2006) *La redefinición de las funciones de los órganos administrativos y judiciales en la protección de los derechos de los niños en la ley 26.061*. Buenos Aires: LexisNexis.
- Ley Nacional N° 23.849 (1990) De aprobación de Convención de los Derechos del Niño. En *Boletín Oficial N° 26.993, 22 de octubre de 1990*. Buenos Aires, Argentina.
- Ley Nacional N° 26.061 (2005) De Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. En *Boletín Oficial N° 30.767, 26 de octubre del 2005*. Buenos Aires, Argentina.
- Ley Provincial N° 6551 (1997) De Creación del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia. En *Boletín Oficial N° 25.821, 15 de enero de 1999*. Mendoza, Argentina.
- Minyersky, N. y Herrera, M. (2006) *Autonomía, capacidad y participación a la luz de la ley 26.061*, En García Méndez, E. (comp.), *Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Análisis de la ley 26.061*. Editores del Puerto.
- Murga, M. y Anzola, G. (2011) *Desarrollo de Sistemas de Protección Integral de Derechos en el ámbito local. Cuadernillo N° 2*. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Facultad de Trabajo Social. UNER.

II.

**APORTES EN RELACIÓN A LA PROBLEMÁTICA
DEL MALTRATO INFANTIL**

1.

Resiliencia y maltrato infantil desde un enfoque ecológico: importancia del contexto para el desarrollo*

Gabriela Morelato

El maltrato infantil es un fenómeno de alto riesgo y complejidad ya que involucra múltiples factores, tanto de naturaleza social como histórica, económica y de salud. Si bien existen muchas definiciones acerca de la naturaleza del maltrato, ninguna de ellas es aceptada mundialmente ya que dependen -en gran medida- de la cultura, de las pautas de crianza, del grado en que se reconoce a la infancia como una etapa que merece una atención especial, de las condiciones consideradas para un desarrollo saludable y de los derechos establecidos hacia los niños (Aracena, Castillo, Haz, Cumsille, Muñoz, Bustos y Román, 2000). Desde el punto de vista local y según una de las leyes provinciales argentinas (Ley provincial N° 6551, 1997), el maltrato infantil es entendido como *todo acto de acción u omisión realizado por individuos, instituciones o la sociedad en su conjunto que pongan en peligro la salud física o mental del niño o adolescente, lo priven de la libertad, de sus derechos y/o dificulten su óptimo desarrollo*. En esta línea, tanto las investigaciones pioneras en el tema (Kempe y Kempe, 1985) como investigaciones posteriores (Barudy, 1998; Arruabarrena y De Paúl, 2001), hacen referencia a la temática teniendo en cuenta la existencia de cuatro categorías principales: maltrato físico, maltrato emocional o psicológico, negligencia-abandono y abuso sexual. También existen otras; no obstante -más allá de las clasificaciones necesarias para la detección y evaluación del maltrato infantil- es de fundamental importancia conocer las consecuencias de esta problemática para el desenvolvimiento de los niños/as, quienes evidencian dificultades en casi todas las dimensiones evolutivas. Los trabajos relacionados con las consecuencias del maltrato, indican que los niños presentan alto riesgo de generar psicopatología y conductas problema a lo largo de su vida, ya que los efectos del maltrato van en detrimento del desarrollo biológico, cognitivo, social, emocional y lingüístico. Estos problemas, entre otros, están asociados con dificultades en la regulación emocional, con el establecimiento de un vínculo de apego disfuncional, con el desarrollo de un sí mismo menos integrado y con dificultades en las relaciones con pares y en la adaptación a la escuela (Grossman y Mesterman, 1992; Cicchetti y Lynch, 1993; Cicchetti y Rogosch, 1997; Darwish, Esquivel, Houtz y Alfonso, 2001; Dubowitz, Pitts, Litrownik, Cox, Runyan y

* Este trabajo forma parte de la Tesis Doctoral en Psicología denominada "Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato familiar" dirigida por la Dra. Mirta Ison y la Dra. Mabel Labiano en el marco de la Beca de postgrado otorgada por Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET - Argentina). Se agradece especialmente el apoyo a la Dra. Ison y a la Dra. Labiano.

Black; 2005; Dalbosco, Dell'Aglio, Koller y Matter Yunes 2006; Moreno Manso, 2006; Gordis, Feres, Olezeski, Rabkin & Trickett; 2009).

Por otra parte, en la experiencia clínica vinculada a la atención de niños víctimas de maltrato infantil, ha sido posible acceder a diferentes realidades infantiles y observar distinciones en el modo en que cada uno de los niños puede enfrentar, comprender, expresar y comportarse en las diversas situaciones de riesgo. De este modo se ha observado que, si bien un gran número de niños manifiestan severos trastornos, no obstante otros niños y niñas pueden continuar con su desarrollo de modo adecuado posterior a su propia historia de violencia o vulneración de derechos (Morelato, 2009; 2011a). Tal observación motivó el interés por la resiliencia, dado que este fenómeno no es poco común en los contextos de vulnerabilidad.

Según Melillo y Suárez Ojeda (2001), durante mucho tiempo, el estudio de poblaciones en riesgo estuvo centrado básicamente en la investigación de los efectos producidos por diferentes tipos de condiciones sobre la conducta de los niños, adolescentes o adultos inmersos en ellas. Muchos autores expresan que hasta hace pocos años la respuesta científica en relación a las temáticas de riesgo social estuvo centrada principalmente en analizar las consecuencias sobre las esferas físicas, psíquicas y sociales del individuo víctima, aunque a veces estas predicciones no se cumplieran (Manciaux, 2003; Vanistendael, 1995; Melillo, Suárez Ojeda y Rodríguez, 2004; Dalbosco Dell'Aglio, Koller y Matter Yunes, 2006). Sin embargo, numerosos estudios posteriores dieron cuenta de que existen factores que pueden moderar el desarrollo y así muchos individuos sometidos a mencionadas situaciones habían podido superar problemas y obtener un buen grado de desenvolvimiento en el marco de las circunstancias vividas (Munist, Santos y Kotliarenco, 1998, Melillo y Suárez-Ojeda, 2001; Melillo, Suárez-Ojeda y Rodríguez, 2004).

Con base en lo expuesto surgió el interés por la resiliencia. Es preciso destacar que la palabra resiliencia es tomada de la física para explicar la propiedad de algunos cuerpos de recobrar su forma original luego de haber sido sometidos a altas presiones. Sin embargo, su aplicación en ciencias humanas presenta una connotación diferente: surge a partir de la necesidad de explicar cómo muchos individuos, inmersos en situaciones adversas de alta tensión, podían efectuar un proceso diferente de lo que era esperable. Estas personas podían responder de una manera positiva y adaptada, pese a vivir y crecer en condiciones riesgosas (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997). En términos generales se la entiende como una capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados positivamente por ellas (Grotberg, 1995; 2001). No obstante, es necesario comprender que la resiliencia no es en sí una variable psicológica y que su definición necesariamente dependerá del contexto en que se aplique (Kalawski y Haz; 2003).

Desde nuestra mirada, se la entiende como un proceso. El mismo es producto de la interacción entre factores de riesgo y factores protectores, tratándose éstos de una combinación, tanto de variables individuales tales como fortalezas, habilidades y

competencias, así como de variables contextuales relacionadas con fuentes de apoyo externo que se manifiestan en la conducta y recursos personales de los niños (Rutter, 1995; Morelato, 2011a; Morelato, 2011b). Asimismo, aunque en el último tiempo han surgido una diversidad de enfoques sobre resiliencia, existe un creciente consenso en definirla como el logro de una adaptación positiva o el afrontamiento adecuado de las tareas de desarrollo típicas de una determinada etapa o cultura, a pesar de las experiencias de adversidad (Muñoz Sosa, 2012).

En América Latina, el estudio de la resiliencia se hace cada vez más frecuente dadas las circunstancias sociales. Sin embargo, en nuestro país no contamos con suficientes investigaciones locales acerca del tema, especialmente en el ámbito del maltrato infantil. Por lo tanto, se plantea la necesidad de profundizar este conocimiento a los fines de fortalecer las modalidades de intervenciones tanto en la clínica como en la prevención.

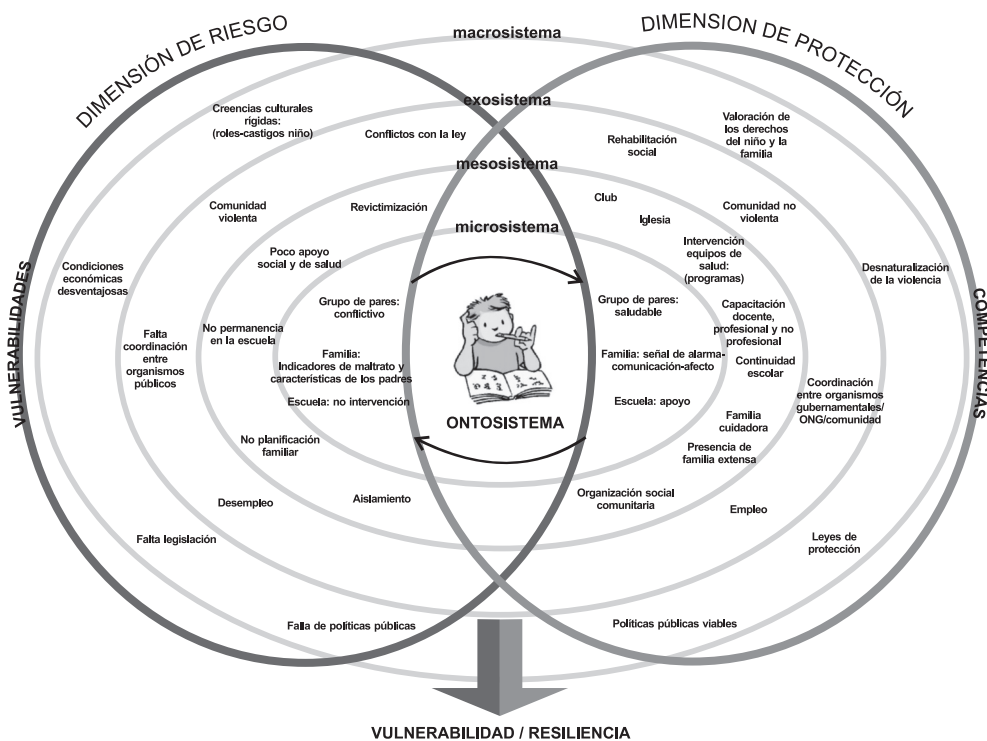
Es notable que -en general- los niños cuyos derechos han sido vulnerados tienen un desarrollo diferente y disminuido con respecto a los niños sin esta característica. Por ello, se debe considerar que cuando nos referimos a resiliencia en el maltrato infantil, los niños pueden manifestar competencia en algunas áreas y exhibir dificultades en otras (Cicchetti y Lynch 1993). En este sentido las áreas de evaluación deben quedar definidas (Milling Kinard, 1998).

Con base en lo expuesto, Luthar, Cicchetti y Becker (2000) proponen guías para operacionalizar y llevar a la práctica el estudio de la resiliencia, aspecto retomado en posteriores investigaciones (Mejía, 2003; Luthar, 2006; Naglieri y Le Buffe, 2006; Peña Flores, 2009; Masten y Gewirtz, 2010; Muñoz Silva, 2012). Los trabajos en este campo han señalado que la resiliencia en el ámbito del maltrato está vinculada, en parte, a variables de naturaleza cognitiva y afectiva propias del individuo (Amar, Kotliarenco y Abello, 2003; Cicchetti, 2001; Cicchetti, Rogosch, Lynch & Holt, 1993; Flores, Cichetti & Rogosch 2005). Por otra parte, estas características estarían asociadas fundamentalmente con soportes familiares y extrafamiliares, es decir contextuales (Luthar et al. 2000, Lazaro, 2009).

Siguiendo con lo planteado, la influencia del contexto en el desarrollo infantil puede comprenderse mejor desde el modelo teórico de Bronfenbrenner (1979; 1987). Belsky (1993), aplicó este enfoque para explicar la etiología del maltrato infantil teniendo en cuenta una variedad de entornos entre los cuales se consideran los roles de los padres, las características de los hijos y los procesos que se ponen en juego entre estos, incluyendo la comunidad y la cultura. Asimismo otros autores proponen utilizar el modelo para la comprensión del proceso de resiliencia (Casol y De Antoni 2006; Ehrensaft y Tousignant, 2003). De este modo ambos aportes se integraron sistemáticamente para el análisis de aspectos de la resiliencia en el ámbito del maltrato infantil (Morelato, 2011a, *ver figura 1*).

Figura 1: El proceso de Resiliencia/Vulnerabilidad aplicado al maltrato infantil desde el enfoque ecológico (Morelato, 2011a).

1. Resiliencia y maltrato infantil desde un enfoque ecológico: importancia del contexto



En este marco, el desarrollo humano es visto como un proceso donde el niño reestructura de modo activo su ambiente y recibe el influjo de los factores vinculados con él. Está compuesto por núcleos interrelacionados. El primer núcleo es la persona, vista con sus características biológicas, emocionales y con aquellas constituidas por el contacto con el ambiente. El proceso o segundo núcleo es la forma en que la persona interactúa con el contexto, sus características particulares, aspectos que forman parte de su *ontosistema*. El tercer núcleo es el contexto, compuesto por niveles que simultáneamente van desde el contacto más íntimo del niño con los responsables de sus cuidados, hasta los contextos sociales más amplios. Tales sistemas son: *microsistema*, *mesosistema*, *exosistema* y *macrosistema* (Bronfenbrenner, 1979; Shaffer, 2000; Casoll y De Antoni, 2006; Morelato, 2009; 2011a.). La red familiar, las características de estos miembros y los vínculos significativos son parte del microsistema lo cual también incluye al grupo de pares y al sistema escolar. El mesosistema se conforma por el tipo de interacción entre microsistemas enfatizando el tipo de comunicación entre la familia y otros microsistemas cercanos (por ejemplo, la calidad de las relaciones de la familia con la escuela, con la comunidad, con la familia extensa). El exosistema se compone por aspectos relacionados con la comunicación entre las redes formales e informales donde, si bien el niño no tiene una participación activa, indirectamente es afectado tal como la relación entre las instituciones y por las condiciones socioambientales (Shaffer, 2000). Finalmente, el macrosistema está relacionado con las políticas sociales, la cultura del país y el momento histórico.

Siguiendo el modelo ecológico y a los fines de integrar la comprensión de la resiliencia como un proceso interactivo, se han incorporado al mismo dos dimensiones: el riesgo y la protección. Así, la interacción entre ambas dimensiones daría lugar a un mecanismo de protección que da lugar a la resiliencia o, en caso contrario, de vulnerabilidad (ver figura 1).

En la perspectiva de lo planteado previamente, consideramos que el *ontosistema* desde la dimensión protectora se compone de aspectos internos tales como competencias personales ya sean emocionales o cognitivas (Kotliarenco, et al., 1997). También se vincula a la fortaleza del sí mismo o autoconcepto (Cicchetti & Rogosch, 1997; Flores, Cicchetti y Rogosch, 2005; Kim y Cicchetti, 2003; 2004), a las habilidades adecuadas de solución de problemas (Nears, 2004; Amar Amar, Kotliarenco y Abello Llanos, 2003, Muñoz Silva, 2012) y a la creatividad, entre otros indicadores (Vecina Jiménez, 2006; Fuentes y Tobay, 2004; Cyrulnik, 2003; Wolin y Wolin, 1993). En este sentido, se puede pensar que la presencia de sintomatología física o psicológica y las dificultades en el rendimiento escolar formarían parte del ontosistema desde la dimensión de riesgo. A nivel del *microsistema*, los problemas de conducta, de relaciones con pares u otros trastornos se incluyen también en esta dimensión. Por otra parte, las funciones de apoyo que potencian la flexibilidad, la comunicación y la cohesión también forman parte del microsistema desde la dimensión protectora (Walsh, 1996), mientras que en la dimensión de riesgo incluiríamos los indicadores específicos e inespecíficos de maltrato familiar.

Por otra parte, en el *mesosistema*, la función de la familia extensa (abuelos, tíos, etc.) y las buenas relaciones con la comunidad son parte de la dimensión protectora ya que ofrecen sostén y asistencia moral o espiritual como elemento amortiguador del riesgo (Kotliarenco, et al., 1997, Moreno Manso, 2005). Las fallas en la interacción entre las redes sociales de contención son parte de la dimensión de riesgo de este subsistema, lo cual involucra la falta de coordinación entre instituciones de salud, escolares, judiciales y comunitarias (Martín y Aciego de Mendoza, 2010).

Continuando con lo expuesto, en la dimensión de riesgo del *exosistema* se incluyen aquellas dificultades en el acceso al empleo, a la educación o a la salud como aspectos vinculados a la vulnerabilidad social (Golovanesky, 2007), mientras que en la dimensión de protección se señalan variables relacionadas a la inclusión y a la protección social, que son la contrapartida a las mencionadas previamente (ver gráfico 1).

Finalmente en el *macrosistema*, desde el punto de vista del riesgo, se incorporan elementos tales como: la naturalización de la violencia, las creencias culturales rígidas acerca de la crianza y valores culturales similares -como por ejemplo las estrategias de crianza punitivas y violentas (palizas, golpes con objetos contundentes, entre otros). Desde el punto de vista de la protección incluimos entre otras cosas, la posibilidad de discusión sobre nuevas leyes que tienen en cuenta el interés superior del niño, que lo incorporen como sujeto de derechos y que dan lugar a políticas públicas viables. Estos últimos aspectos, aunque son importantes, no serán evaluados en este trabajo por considerar que es necesario hacer un recorte específico del mismo desde la perspectiva abordada.

En función de lo planteado, este estudio tuvo como objetivo general identificar fac-

1. Resiliencia y maltrato infantil desde un enfoque ecológico: importancia del contexto

tores asociados a la capacidad de resiliencia en niños sometidos a situaciones de maltrato desde el modelo ecológico. Los objetivos específicos fueron: 1) describir variables de diagnóstico y 2) analizar en la muestra seleccionada la interacción entre variables contextuales y personales a fin de determinar indicadores significativos de resiliencia.

Metodología

El diseño de este estudio fue de tipo transversal, no experimental. Se enmarcó dentro de las investigaciones de naturaleza descriptiva con características correlacionales (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006).

Participantes

La muestra evaluada fue no probabilística de carácter intencional y ocasional. Se evaluaron a 102 niños/as entre 6 y 13 años de edad. El promedio de edad de la muestra total fue de 9,36 (DE= 2,18). El promedio de edad de los niños/as de 6 a 9 años fue de 7,50 (DE= 1,03) y el de los niños/as de 10 a 13 años fue de 11,3 (DE= 1,16). El 58,8 % fueron varones y 42,2% niñas. Todos los niños/as seleccionados presentaron historia de maltrato físico, maltrato emocional y/o maltrato por negligencia – abandono. Los participantes de esta muestra concurrían al servicio de asistencia del Programa Provincial de Atención y Prevención al Maltrato Infantil (Ley 6.551) de la provincia de Mendoza. El 60 % de los casos fueron derivados por denuncias de familiares o vecinos y confirmados por el equipo clínico. Todas las familias estaban en seguimiento desde un tiempo no mayor a dos años. El nivel socioeconómico-educacional era medio-bajo y bajo.

Instrumentos

1) *Entrevista a los profesionales y análisis de historias clínicas*

Para la evaluación de las variables socio-ambientales se realizó una entrevista semi-dirigida a los profesionales a cargo de cada caso. También se examinaron las historias clínicas a fin de extraer y/o profundizar datos relevantes para detectar riesgo y evaluar gravedad. En función de esta información se seleccionaron una serie de variables, las cuales se analizaron en base al modelo de desarrollo contextual desarrollado previamente. De este modo, se elaboraron categorías ordinales de cada una de las variables que resultaron de interés desde un punto de vista teórico y empírico. Posteriormente, junto con el profesional a cargo de los casos se asignó un valor 3 a los aspectos más favorables, un 2 a los aspectos medianamente favorables y un 1 a los aspectos desfavorables. Las variables y sus valores se detallan en el cuadro de resultados (ver tabla 1).

2) *Evaluación de variables de diagnóstico*

Para evaluar el tipo y cantidad de indicadores de maltrato infantil se utilizó la clasificación propuesta por Arruabarrena y De Paúl (2001), en base a tres clases de indicadores: *Indicadores de Maltrato Físico (físicos y de conocimiento)*; *Indicadores de Maltrato Emocional* e *Indicadores de Negligencia y/o Abandono*. Para evaluar la

severidad se usó el *Sistema de Clasificación de Maltrato Infantil* (Barnet, Manly y Cicchetti, 1993a; Cicchetti, Rogosch, Manly & Lynch, 2005) sumado al criterio de jueces expertos. La severidad se clasificó en un rango de 1 a 5, correspondiendo el puntaje más alto al criterio de mayor severidad. Finalmente, la *cronicidad* se clasificó en tres niveles con base en la duración aproximada del maltrato, de acuerdo con el tiempo de conocimiento de la existencia de algún tipo de violencia en la familia. Los niveles se expresan en meses de duración del maltrato: *Nivel 1: aproximadamente 12 meses de duración; Nivel 2: hasta 18 meses de duración; Nivel 3: 24 meses de duración o más.*

3) *Cuestionario de Autoconcepto*

El cuestionario de Autoconcepto de Valdéz Medina (1994) consta de 37 reactivos (adjetivos) con respuesta tipo Likert, de 5 opciones, en un continuo que va de siempre a nunca (de 5 puntos a 1 punto, en orden decreciente). Estos reactivos se agrupan en seis factores o dimensiones tanto reales como ideales (expresivo afectivo; ético moral; social expresivo; social normativo; trabajo intelectual y rebeldía). Producto de la sumatoria de factores se obtiene un puntaje de autoconcepto real y un puntaje de autoconcepto ideal. El autoconcepto real indica la percepción que un niño tiene de una serie de características. El autoconcepto ideal indica la percepción de lo que a un niño le gustaría tener de las mismas características. El indicador de autoestima se obtiene con base en la distancia existente entre el autoconcepto real y el ideal, revelando que a mayor distancia hay menor nivel de autoestima y viceversa. Estudios empíricos señalan que las características psicométricas de este instrumento son adecuadas: cuenta con un nivel de confiabilidad apropiado en niños argentinos (Alpha de Cronbach= .82) (Valdez Medina, 1994; Valdéz Medina, Mondragón & Morelato, 2005). Además presenta clara validez de constructo (Valdez-Medina, González-Arratia, Reyes, & Gil, 1996; Valdez-Medina, González-Arratia, Santos, & Arantes, 1999, Valdéz Medina et al., 2005).

4) *Juego de las Interrelaciones Familiares*

Este instrumento elaborado por Colombo (2002), permite observar la organización y valoración que hace el niño de cada uno de los integrantes de una familia. Consiste en un juego en el cual se muestra al niño una serie de tarjetas que presentan dibujos de personas (adultos, ancianos, niños) y se le solicita que arme una familia. Posteriormente, se realizan una serie de preguntas que indagan acerca de la valoración de cada integrante; los personajes más queridos, más denigrados y aspectos relacionados con la interacción familiar. También se puede observar la ubicación de los integrantes, la inclusión del evaluado, las interrelaciones que realiza, la diferencia entre la familia real y la familia que construye. A fin de sistematizar la evaluación de esta técnica (Morelato, 2009), se seleccionaron una serie de variables, las cuales fueron agrupadas en dos indicadores: 1) *Indicadores positivos de la percepción de familia*: conformados por aspectos tales como la verbalización de un concepto adecuado de familia; la mención de personajes valorados en la familia incluyendo el propio niño; la identificación de una emoción relacionada con la interacción familiar;

la identificación con un personaje valorado; la representación de roles en la interacción y expresión de algún tipo de conflicto; 2) *Indicadores negativos de la percepción de familia*: conformados por aspectos tales como la verbalización de un concepto inadecuado o incompleto de familia; la mención de personajes desvalorizados incluyendo el propio niño; la no identificación de una emoción en ningún personaje; la identificación propia con un personaje desvalorizado y la construcción de una familia confusa.

5) *Test de Evaluación de Habilidades Cognitivas para la Solución de Problemas Interpersonales - EVHACOSPI*

El EVHACOSPI (García Pérez y Magaz Lago, 1998) es una técnica creada con la finalidad de valorar de manera cuantitativa y cualitativa las destrezas cognitivas relacionadas con los procesos de solución de problemas interpersonales. Está destinada a niños y consiste en la presentación de tres situaciones problema que evalúan una serie de variables por medio de preguntas específicas. Esto permite conocer la amplitud y flexibilidad del pensamiento infantil. La técnica cuenta con una clara validez de constructo. Está fundamentada sobre la base de los estudios de las habilidades cognitivas presentes en el proceso de solución de problemas interpersonales (Shure y Spivack, 1974; Spivack, Platt y Shure, 1976). A través de este instrumento se analizaron las siguientes variables: *identificación de situación problema; descripción del problema; identificación de la emoción involucrada; identificación de clase y cantidad de emociones, generación de alternativas asertivas; generación de alternativas agresivas; generación de alternativas pasivas; generación de alternativas irrelevantes; anticipación de consecuencias y toma de decisiones* (Morelato, Maddio e Ison 2006).

6) *Test de Creatividad Gráfica*

Para evaluar la creatividad se utilizó el Test de Creatividad Gráfica de Marín Ibáñez (1995). Esta técnica está basada en investigaciones de Torrance y Miers (1970) y permite explorar la creatividad a partir de una prueba gráfica que indaga principalmente tres indicadores: 1) *Fluidez*, entendida como la capacidad de realizar la mayor cantidad de respuestas posibles sin repetir el patrón; 2) *Flexibilidad*, es decir la habilidad para generar y pensar distintas clases de soluciones y 3) *Originalidad* o destreza para dar respuestas inusuales, diferentes de las demás o poco frecuentes. La prueba consta de 7 figuras diferentes que se repiten cinco veces en cada fila, 35 estímulos en total. Los niños deben graficar todos los objetos que puedan o imaginen a partir de las figuras de la hoja. Su validez de contenido está basada en investigaciones de Guilford (1950).

Procedimiento

En primer lugar se solicitó autorización a los directivos del Programa Provincial de Atención y Prevención al Maltrato Infantil* , dependiente del Ministerio de Salud de

* El Programa Provincial de Atención y Prevención al Maltrato Infantil es una entidad que agrupa equipos de atención, en diferentes departamentos de la provincia.

la provincia de Mendoza, a fin de que esta entidad avalara la evaluación de niños que concurrían a los diferentes equipos de atención. Luego se fue contactando progresivamente a los profesionales que trabajaban en los equipos a fin de explicar los objetivos de trabajo y obtener su colaboración. Se seleccionaron casos de maltrato físico, psicológico y negligencia o abandono. Se realizaron dos entrevistas con el niño y una con el profesional a cargo. Las entrevistas con el niño tuvieron como objetivo generar un clima de confianza y posibilitar la administración de las técnicas de evaluación en forma individual. No se contó con colaboradores debido a que, por el tipo de problemática, se requiere de experiencia, entrenamiento previo y capacitación en el tema del maltrato. Además fue necesario coordinar anticipadamente los turnos con los profesionales a fin de que estos comunicaran al niño y a la familia (madre, padre, abuelos o tutores) el propósito del trabajo y de su participación voluntaria.

Tratamiento estadístico

El análisis estadístico de los resultados se efectuó utilizando procedimientos principalmente no paramétricos por medio del programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 11.0. Por un lado, se realizó un análisis bivariado mediante la prueba χ^2 y coeficiente tau b de Kendall para variables de nivel de medición ordinal. Luego de la elaboración del índice de resiliencia se aplicó la prueba H de Kruskal-Wallis, análogo no paramétrico del análisis de varianza de un factor, la prueba de Dunnett y finalmente la prueba de Friedman, análogo no paramétrico del Anova de varios factores, para comparar la influencia de dos o más variables sobre un mismo grupo. El nivel de significación empleado fue de $\alpha=0.05$.

Construcción del índice de resiliencia

Según Luthar, Cicchetti y Becker (2000) para construir parámetros de competencia en función de la resiliencia, es necesario tener criterios específicos para operacionalizar qué es una adaptación exitosa dentro de la muestra de riesgo estudiada. Por lo tanto se debe 1) Definir cuáles competencias pueden ser los indicadores más críticos o más prioritarios para la resiliencia que otros; 2) Considerar si esos aspectos pueden ser valorados separadamente o en forma combinada a fin de integrarlos en un constructo; 3) Reflexionar si se deben considerar criterios de excelencia o solamente un adecuado funcionamiento de acuerdo con la problemática de riesgo estudiada.

En base al primer punto se seleccionó la variable “generación de alternativas asertivas” como una de las variables prioritarias para definir niveles de resiliencia. Se sostiene que esta es una variable de gran incidencia en la competencia infantil, ya que un niño que puede pensar varias soluciones a una situación problema tendría mayores posibilidades de afrontar el riesgo. La habilidad para desarrollar una gran variedad de respuestas es considerada un factor protector ya que los niños que generan muchas soluciones posibles frente a un estímulo, tienen más opciones para elegir respuestas apropiadas. Por lo tanto, estas habilidades son consideradas preponderantes para

el desarrollo de resiliencia en niños maltratados (Nears, 2004). Además existen estudios previos que señalan la importancia de las funciones cognitivas en el proceso de resiliencia infantil en niños víctimas de maltrato (Cicchetti y Rogosch, 1997; Flores, Cicchetti y Rogosch, 2005).

Tomando el segundo punto y en base a las investigaciones de Cicchetti, Rogosch, Lynch y Holt (1993) y Flores et al. (2005), se consideró adecuado integrar en un constructo aquellas competencias infantiles que resultasen mejores indicadores de resiliencia. Para la construcción del índice se utilizaron ocho indicadores de competencia. Los indicadores de competencia correspondieron a variables que de acuerdo con un criterio teórico, estuvieron relacionadas con el proceso de resiliencia y además se asociaron entre sí significativamente desde el punto de vista estadístico. Se hallaron relaciones significativas entre la generación de alternativas y las siguientes variables: autoconcepto real ($\chi^2 = 17,40, p < .002$), emociones mencionadas por el niño ($\chi^2 = 13,16 p < .003$), anticipación de consecuencias ($\chi^2 = 45,52 p < .000$), percepción de factores positivos de la familia ($\chi^2 = 12,48, p < .01$) y los tres indicadores de creatividad: fluidez ($\chi^2 = 23,76, p < .000$), flexibilidad ($\chi^2 = 17,40, p < .002$) y originalidad ($\chi^2 = 27,05 p < .000$). Luego se estandarizaron los puntajes de cada una de las variables asociadas entre sí utilizando las puntuaciones Z. Este procedimiento se utilizó para asegurar la comparabilidad entre las variables (Aron y Aron, 2001). A continuación se dividieron los puntajes de las variables en 3 rangos iguales: al 33% de mayor puntaje se le asignó un 3 correspondiente al rango alto; al 33% intermedio se asignó un puntaje 2 (medio); y al 33% de menor puntaje se asignó un 1 (bajo).

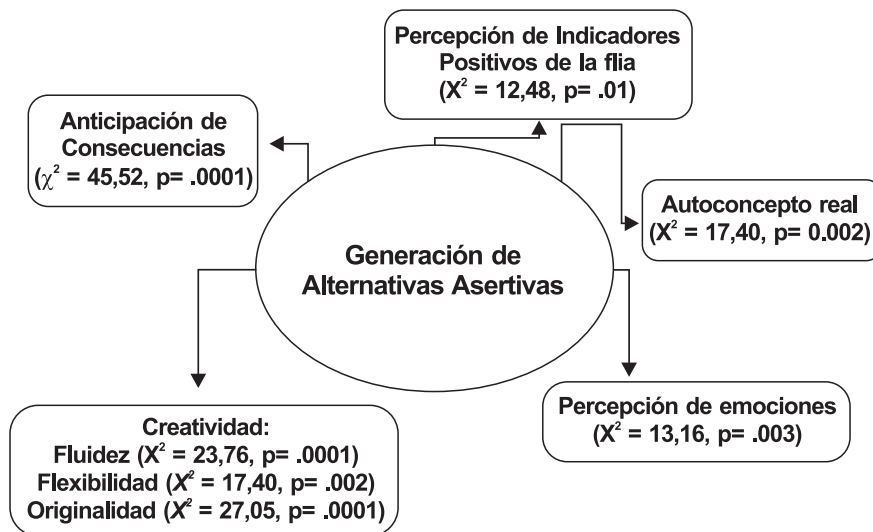


Figura 2: Variables sociocognitivas entre las cuales se hallaron asociaciones significativas (Morelato, 2009)

II | APORTES EN RELACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DEL MALTRATO INFANTIL

Teniendo en cuenta el tercer aspecto, se optó por el criterio según el cual los niños resilientes no necesariamente debían obtener puntajes altos en todos los indicadores medidos, sino que debían obtener un puntaje promedio alto en el índice descripto, dado que la resiliencia en el maltrato implica obtener un buen nivel de competencias aún hallando dificultades en algún área de desarrollo (Cicchetti, 1993).

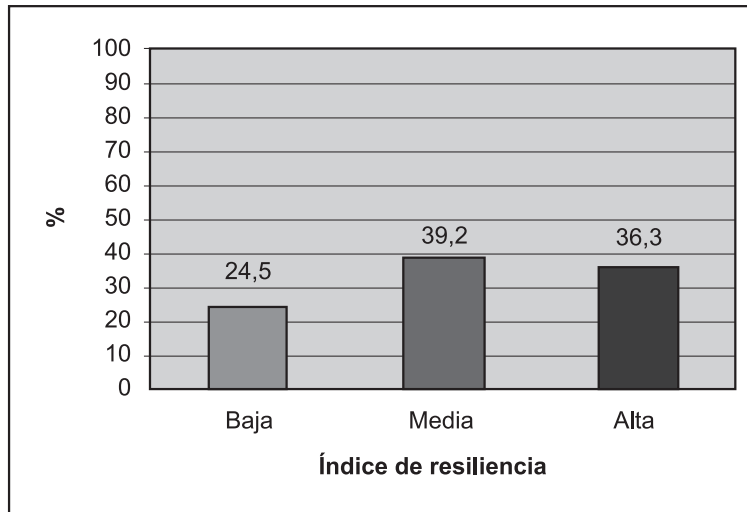


Figura 3: Índice de resiliencia en los niños evaluados. Distribución por porcentaje (Morelato, 2009)

Resultados

La Tabla 1 muestra el análisis descriptivo de las variables contextuales con base en el análisis de las historias clínicas, entrevistas a los profesionales y a los niños.

Tabla 1
Indicadores contextuales en la muestra total de niños

Variables contextuales (n = 102)		f	%	
ONTOSISTEMA (variables internas propias del niño)	Conciencia del problema del niño	No reconoce problema	37	36,3
		Reconoce medianamente dificultades	28	27,5
		Reconoce y expresa problema	37	36,3
	Rendimiento escolar	Repitencia escolar y trastornos de aprendizaje	32	31,4
		Algunas dificultades	26	25,5
		Buen rendimiento escolar	44	43,1
	Síntomatología	Síntomatología psiquiátrica o física crónica	24	23,5
		Algunos síntomas emocionales	30	29,4
		No presenta sintomatología	48	47,1
	MICROSISTEMA (relaciones más cercanas cara cara)	Relaciones con pares	Trastornos de conducta	27
Relaciones medianamente adecuadas			43	42,2
Buenas relaciones con pares			32	31,4
Tipo de derivación		Derivación judicial	51	50,0
		Denuncia de familiares o vecinos	46	45,1
Conciencia del problema en la familia nuclear		Espontánea (de algún miembro de la familia)	5	4,9
		Resistencia a las intervenciones	45	44,1
		Conciencia en algún miembro	50	49,0
Situación de maltrato		Colaboración y reflexión en el grupo familiar	7	6,9
		Permanece presente actualmente	31	30,4
	Cierto cambio y alivio de la tensión	46	45,1	
Miembro que requiere tratamiento especial	Cambio y bienestar	25	24,5	
	No realiza tratamiento y convive	32	31,4	
	No convive y no realiza tratamiento	30	29,4	
Vivienda	Tratamiento con mejora/ No hay miembro adicto	40	39,2	
	Alto nivel de hacinamiento	23	22,5	
	Mediano nivel de hacinamiento	49	48,0	
MESOSISTEMA (relaciones entre la familia y otros grupos sociales)	Familia extensa	Bajo nivel de hacinamiento	30	29,4
		No tiene familia o ésta no interviene	56	54,9
		Colaboran con ciertas reservas	20	19,6
	Relación con la comunidad	Familia extensa protectora	26	25,5
		Aislamiento o muy poco contacto	28	27,5
		Algún contacto con la comunidad	48	47,1
	Asistencia a equipos de salud	Participan activamente (Iglesia, club)	26	25,5
		Ausencia total al seguimiento de salud	11	10,8
		Regularidad en la asistencia	50	49,0
	Continuidad escolar	Asistencia con dificultades	41	40,2
Deserción escolar		4	3,9	
Asistencia adecuada		79	77,5	
Apoyo de la escuela y colaboración	Escolaridad interrumpida - ausencias reiteradas	19	18,6	
	Poca o ninguna colaboración de la escuela	33	32,4	
	Compromiso ocasional de la escuela	59	57,8	
EXOSISTEMA (conexión entre las redes formales e informales)	Situación ocupacional	Preocupación de la institución	10	9,8
		Desocupación	18	17,6
		Beneficiarios de planes o tickets ayuda social.	39	38,2
	Tipo de Comunidad	Empleo estable	45	44,1
		Comunidad violenta - Barrio conflictivo	23	22,5
		Comunidad medianamente conflictiva	31	30,4
	Conflicto con la ley	Comunidad no conflictiva	48	47,1
		Procesos penales en algún miembro	19	18,6
		Algunas dificultades menores	12	11,8
		No presentan este tipo de conflicto	70	68,6

Los resultados del análisis de las variables de diagnóstico (ver tablas 2 y 3) indicaron asociación entre los indicadores de maltrato y la severidad del mismo ($\chi^2 = 59.72$; $p < .000$; Tau b= 0.641). Asimismo al analizar la variable severidad del maltrato y la cronicidad, también se halló asociación entre ambas variables ($\chi^2 = 21,21$; $p < .000$; Tau b= 0.359).

Tabla 2
Prueba de χ^2 entre indicadores de maltrato infantil y severidad

Indicadores	Severidad			Total (102)
	Baja (25)	Media (52)	Alta (25)	
De 1 a 4 indicadores	76,00%	23,10%	0,00%	30,40%
De 5 a 6 indicadores	20,00%	44,20%	8,00%	29,40%
De 7 a 11 indicadores	4,00%	32,70%	92,00%	40,20%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2 = 59.72$ $p < .0001$ Tau b= 0.641

Tabla 3
Prueba de χ^2 entre severidad del maltrato y cronicidad

Cronicidad	Severidad			Total (102)
	Baja (25)	Media (52)	Alta (25)	
12 meses	40,00%	9,60%	0,00%	14,70%
18 meses	28,00%	21,20%	20,00%	22,50%
24 meses o más	32,00%	69,20%	80,00%	62,70%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2 = 21,21$ $p < .0001$ Tau b= 0.359.

Luego de analizar las pruebas administradas a los niños y construir el índice de resiliencia, la prueba de Kruskal -Wallis señaló que los niños con un alto rango de resiliencia tuvieron puntajes significativamente mayores en el ontosistema (Kruskal Wallis: $\chi^2 = 46,9$; $p < .0001$), microsistema (Kruskal Wallis: $\chi^2 = 21,76$; $p < .0001$) y mesosistema (Kruskal Wallis: $\chi^2 = 19,29$; $p < .0001$) en comparación con los niños de rango medio y bajo (ver tablas 4, 5, y 6).

Tabla 4
Resiliencia y variable ontosistema

	Índice de Resiliencia	n	Rango promedio	Kruskal Wallis	
				χ^2	p
Ontosistema	Bajo	25	26,70	46,9	.0001*
	Medio	40	44,15		
	Alto	37	76,20		

Nota. La prueba de Kruskal Wallis es la extensión de la prueba U de Mann-Whitney y el análogo no paramétrico del análisis de varianza de un factor, que permite detectar las diferencias en la localización de las distribuciones.

Comparaciones múltiples entre resiliencia y ontosistema (T3 de Dunnett)

	Indice de Resiliencia	Indice de Resiliencia	Diferencia de medias	p
Ontosistema	Alto	Medio	-,68	,0001*
		Bajo	-1,08	,0001*
	Medio	Bajo	-,39	,01*

Nota. Una vez que se ha determinado que existen diferencias significativas, las pruebas de rango post hoc y las comparaciones múltiples por parejas, permiten determinar qué medias difieren. La prueba de T3 de Dunnett se utiliza para realizar comparaciones múltiples que no suponen varianzas iguales.

Tabla 5
Resiliencia y variable microsistema

	Indice de Resiliencia	n	Rango promedio	Kruskal Wallis	
				χ^2	p
Microsistema	Bajo	25	31,92	21,76	0,0001*
	Medio	40	49,40		
	Alto	37	67,00		

Comparaciones múltiples entre resiliencia y microsistema (T3 de Dunnett)

	Indice de Resiliencia	Indice de Resiliencia	Diferencia de medias	p
Microsistema	Alto	Medio	-,22	,01*
		Bajo	-,46	,0001*
	Medio	Bajo	-,24	,03*

Tabla 6
Resiliencia y variable mesosistema

	Indice de Resiliencia	n	Rango promedio	Kruskal Wallis	
				χ^2	p
Mesosistema	Bajo	25	37,02	19,29	0,0001*
	Medio	40	45,51		
	Alto	37	67,76		

Comparaciones múltiples entre resiliencia y mesosistema (T3 de Dunnett)

	Indice de Resiliencia	Indice de Resiliencia	Diferencia de medias	p
Mesosistema	Alto	Medio	,33	,001*
		Bajo	,49	,0001*
	Medio	Bajo	,16	,46

En el exosistema los resultados indicaron que no existieron diferencias significativas entre los tres rangos de resiliencia (ver tabla 7).

Tabla 7
Resiliencia y variable exosistema

	Índice de Resiliencia	n	Rango promedio	Kruskal Wallis	
				χ^2	p
Exosistema	Bajo	25	49,18	0,27	0.87ns
	Medio	40	51,46		
	Alto	37	53,11		

Al analizar por separado cada grupo de niños, según su rango de resiliencia (alto, medio y bajo) se observó que el contexto en su conjunto, tiene influencia significativa en los niños de los tres niveles (Alto: $\chi^2 = 27,17$; gl=3; $p < .0001$ - Medio: $\chi^2 = 22,97$; gl=3; $p < .0001$ - Bajo: $\chi^2 = 43,61$; gl=3; $p < .0001$). El ontosistema tendría el mayor peso en los niños de resiliencia alta. Esta variable fue una de las de menor peso en los niños de resiliencia baja. Asimismo los puntajes del microsistema fueron bajos en todos los rangos de resiliencia (ver tabla 8, 9 y 10).

Tabla 8
Niños de resiliencia baja y variables contextuales

Variables contextuales	Rango promedio	Estadísticos de contraste: Prueba de Friedman ^a		
		χ^2	gl	p
Ontosistema	1,92	27,17	3	,0001*
Microsistema	1,82			
Mesosistema	2,84			
Exosistema	3,42			

Nota. La prueba de Friedman permite comparar las distribuciones de diversas variables relacionadas. Es el análogo no paramétrico del Anova de dos factores y se utiliza para comparar la influencia de dos o más variables sobre un mismo grupo (Anova en bloque).

^a n= 25

Tabla 9
Niños de resiliencia media y variables contextuales

Variables contextuales	Rango promedio	Estadísticos de contraste: Prueba de Friedman ^a		
		χ^2	gl	p
Ontosistema	2,19	22,97	3	,0001*
Microsistema	1,90			
Mesosistema	2,90			
Exosistema	3,01			

^a n = 40

Tabla 10
Niños de resiliencia alta y variables contextuales

Variables contextuales	Rango promedio	Estadísticos de contraste: Prueba de Friedman ^a		
		χ^2	gl	p
Ontosistema	3,46	43,61	3	,0001*
Microsistema	1,64			
Mesosistema	2,73			
Exosistema	2,18			

^a n = 37

Discusión

Al realizar el análisis del diagnóstico, los resultados indicaron que en el grupo estudiado existe una asociación significativa entre los indicadores de maltrato y la severidad del mismo. Por lo expuesto, puede expresarse que en la muestra estudiada, a medida que aumentan los indicadores de maltrato también aumenta la severidad. Sin embargo, es preciso señalar que en las situaciones de maltrato infantil - desde el punto de vista de las observaciones empíricas realizadas a lo largo de la experiencia - puede haber pocos indicadores, pero de alta severidad (Muela Aparicio, 2008). Asimismo, al analizar la variable severidad del maltrato y el tiempo de duración aproximada del mismo, es decir la cronicidad, los resultados señalaron una asociación entre ambas variables. Se puede afirmar entonces que a medida que transcurre el tiempo, la severidad tiende a incrementarse. Por lo tanto, las asociaciones existentes señalan que estas variables interactúan entre sí aumentando el riesgo vinculado al maltrato infantil. Además estos hallazgos destacan la importancia de evaluar conjuntamente estos indicadores tal como lo plantean otras investigaciones (Barnet et al., 1993b; English, Upadhyaya, Litrownik, Marshall, Runyan, Graham y Duwobitz, 2005, Manly, 2005).

Por otra parte al explorar la asociación entre resiliencia y contexto, se observó que los niños de resiliencia alta - en comparación con los niños de resiliencia media y baja - obtuvieron puntajes significativamente mayores en el ontosistema, microsistema y mesosistema. Desde el punto de vista del ontosistema, esto implica que la capacidad de desarrollar procesos de resiliencia estaría asociada, en gran parte, con las variables internas propias del individuo tales como capacidades, características personales y competencias (Kotliarenko et al., 1997; Rutter, 1995; Cyrulnik; 2003). Para nuestro análisis, estas variables se vinculan a la capacidad de tomar conciencia de la existencia de alguna dificultad y expresarla; la predisposición a no presentar sintomatología y la capacidad de mantener un buen rendimiento escolar. Podría decirse que estos aspectos funcionarían como factores internos protectores frente a situaciones de riesgo por maltrato infantil.

Respecto del microsistema se pudo observar que la resiliencia estaría asociada con el entorno de relaciones cercanas, especialmente con la familia, los pares y los adultos significativos (Luthar et al., 2000; 2006). En este caso se destaca la importancia de las buenas relaciones con pares, de la presencia de un miembro adulto de la familia nuclear que reconoce el problema y que colabora, y de las intervenciones de salud que han producido cierto alivio en la continuidad de la situación de maltrato.

En cuanto al mesosistema, se puede señalar que los factores protectores estarían relacionados con las redes sociales y la comunidad en general (Henderson y Milstein, 2003). Estos aspectos señalan la importancia de la familia extensa, de la participación en ámbitos comunitarios (club, iglesia, unión vecinal, grupos de amigos), de la asistencia a los servicios de salud y de la continuidad escolar, entre otras redes de apoyo, que tienden a compensar las fallas y las crisis de las funciones parentales vinculadas al maltrato.

Para el caso del exosistema no se halló asociación con el índice de resiliencia. Sin em-

bargo, al analizar por separado cada grupo de niños, según su rango de resiliencia se observó que el contexto en su conjunto, tiene influencia significativa en los niños de todos los niveles. El ontosistema tendría el mayor peso en los niños de resiliencia alta. Esta variable fue una de las de menor peso en los niños de resiliencia baja. Por lo tanto, las variables internas tales como habilidades, capacidades y competencias son de gran importancia para el desarrollo del proceso estudiado (Munist et al., 1998). No obstante, estos aspectos por sí solos no son suficientes si no están presentes también, los demás aspectos contextuales.

El macrosistema no fue analizado en este trabajo, aunque sería interesante profundizar este aspecto por medio de nuevas exploraciones. Por otra parte, en todos los rangos de resiliencia el microsistema presentó los puntajes más bajos en comparación con los demás aspectos de contexto. Esto es esperable debido a que el principal componente del microsistema es la familia y ésta, es el factor de mayor riesgo en las situaciones de maltrato.

CONCLUSIONES

El estudio desarrollado pudo describir variables relacionadas con el diagnóstico, lo cual señaló la importancia de investigar el maltrato no sólo teniendo en cuenta las tipologías sino también la severidad y cronicidad como aspectos que se asocian entre sí.

Por otra parte la descripción y asociación entre algunas de las variables estudiadas permitió construir un índice de resiliencia vinculado a una serie de competencias. Se observó que los niños de alto nivel de resiliencia tuvieron puntajes significativamente mayores en estos tres sistemas contextuales en comparación con los niños no resilientes (resiliencia media y baja). Por lo tanto, los factores protectores relacionados con los aspectos propios del individuo tales como habilidades, competencias y características internas (ontosistema); el entorno cercano de relaciones tales como la familia, la escuela y el grupo de pares (microsistema); y las relaciones de la familia con otros entornos (mesosistema) son sistemas contextuales cuyos componentes permiten sostener el proceso de resiliencia en los niños, es decir, darle continuidad al desarrollo individual a pesar de las circunstancias. Asimismo, la presencia de factores de riesgo de maltrato infantil relacionados con esos mismos entornos, dificultan e interfieren en el desarrollo de la resiliencia aumentando la vulnerabilidad. Esto se debe a que este proceso es una potencialidad presente en todos los individuos, pero si lo ocurrido es gravemente adverso y los factores internos y externos no amortiguan lo suficiente, aumenta la vulnerabilidad y el daño podría ser irreparable.

Finalmente, aunque el exosistema no fue significativo para la resiliencia, se observó que ejerce influencia en el conjunto de factores de contexto. Esto nos hace pensar que probablemente las variables del exosistema tengan menor incidencia. Del mismo modo, la importancia del contexto se reafirmó al analizar por separado cada grupo de niños, según su rango de resiliencia. Se observó que el contexto en su conjunto, tiene influencia significativa tanto para ayudar al avance del proceso (niños con resiliencia alta) como para dificultarlo (niños de resiliencia media y baja). Esto nos habla de la importancia del contexto tanto para facilitar como para obstruir los procesos de desarrollo.

En base a lo planteado puede decirse que en el momento de evaluar el mejor modo

de intervenir en el maltrato infantil y propiciar el desarrollo de los procesos de resiliencia, en todos los casos se debe tener en cuenta, prioritariamente, la intervención en el microsistema a fin de tomar las medidas protectoras que resguarden las salud mental y física de los niños. Posteriormente, se deben evaluar las capacidades individuales relacionadas con la resiliencia y trabajar con los niños que presentan más dificultades (resiliencia baja), desde el ámbito clínico, a través de intervenciones individuales y grupales. Por otra parte, las habilidades y capacidades internas de los niños de mejor nivel de resiliencia podrían sostenerse adecuadamente desde el fortalecimiento del microsistema y del mesosistema. Lo manifestado se refiere no solamente a la familia sino también al microsistema escolar. Sería de gran utilidad la implementación en la escuela de programas de intervención que fortalezcan las relaciones con el grupo de pares así como talleres de asesoramiento a docentes y padres.

Para concluir se plantea que, dada la naturaleza de la complejidad del proceso de resiliencia, todas nuestras investigaciones se consideran pequeños pasos y acercamientos. Por ello, sería sumamente enriquecedor replicar y profundizar estos estudios en el ámbito del maltrato infantil, lo cual podrá contribuir, por un lado, a conocer el nivel de riesgo dadas las graves consecuencias que comporta la problemática; por otra parte, también podrá abrirse una perspectiva que tenga en cuenta no sólo los trastornos que produce el maltrato, sino también aquellos factores que en determinadas circunstancias permiten a estos niños enfrentar el problema, superarlo y adaptarse de modo exitoso.

De este modo, se puede decir que abordar el maltrato infantil desde la perspectiva de la resiliencia implica abrir un espacio para que los profesionales de la salud podamos formar parte del contexto infantil brindando guías para favorecer sus posibilidades y recursos, tanto internos como externos. Si facilitamos estas guías del desarrollo tendremos más posibilidades de que estos niños puedan reconstruirse y lograr avances en su desarrollo.

Bibliografía

- Amar Amar, J.J., Kotliarenco, M. y Abello Llanos, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y Desarrollo*, 11 (001), 162-197.
- Aracena, M., Castillo, R., Haz, A., Cumsille, F. Muñoz, S., Bustos, L., Román, F. (2000). Resiliencia al maltrato físico infantil: variables que diferencian sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos en el presente y tienen historia de maltrato físico en la infancia. *Revista de Psicología. Universidad de Chile*, 9, 11-28.
- Aron, A. y Aron, E. (2001). *Estadística para psicología*. Segunda Edición. Bs. As. Prentice Hall.
- Arzuabarrena, M. y De Paúl (2001). (6ta. Ed.) *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Barnet, D., Manly, J. y Cicchetti, D. (1993 a). Maltreatment Classification System. En: D. Cicchetti, F. Rogosch, J.T. Manly y M. Lynch (2005). *Longitudinal Pathways to Resilience in Maltreated Children. User guide and codebook. National Data Archive on Child Abuse and Neglect*, 110. Recuperado el 8 de noviembre de 2006, del sitio Web del Family Life Development Center, Cornell University, Ithaca, New York: <http://www.ndacan.cornell.edu/NDACAN/Datasets/UserGuidePDFs/110user.pdf>.
- Barnet, D., Manly, J. y Cicchetti, D. (1993 b). Defining maltreatment: The interface between Policy and Research. En: D. Cicchetti and S. Toth (Eds.). *Advances in applied developmental psychology* (Vol. 8) New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. España: Paidós.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment, a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, Vol. 114 (3), 413-434.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: experiments by nature and design. En: D. Shaffer (2000). *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia*. (5a. Ed.) México: Thompson
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.

II | APORTES EN RELACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DEL MALTRATO INFANTIL

- Casol, L. y De Antoni, C. (2006). Familia e abrigo como rede de apoio social e afetiva. En: D. Dalbosco Dell'Aglio, S. Koller, M.A. Matter Yunes (Eds.). *Resiliencia e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*. Sao Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cicchetti, D y Rogosch, F. (2001). Diverse patterns of neuroendocrine activity in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 13, 677-693.
- Cicchetti, D. (2001). The impact of social experience on neurobiological systems: illustration from a constructivist view of child maltreatment. *Cognitive Development*, 17 (3-4), 1407-1428.
- Cicchetti, D. y Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry*, 56, 96-117.
- Cicchetti, D. y Rogosch, F. (1997). The role of self organization en the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797-815.
- Cicchetti, D., Rogosch, F., Lynch, M. y Holt, K. (1993). Resilience in maltreated children: processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5, 629-647.
- Cicchetti, D., Rogosch, F., Manly, J.T. y Lynch, M. (2005). *Longitudinal Pathways to Resilience in Maltreated Children. User guide and codebook. National Data Archive on Child Abuse and Neglect*. Number 110. Family Life Development Center. Cornell University. Ithaca, New York.
- Colombo, M. (2002). *Juego de las Interrelaciones Familiares*. Bs. As.: Cauquén.
- Cyrułnik, B. (2003). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. España: Gedisa.
- Dalbosco, Dell'Aglio, D., Koller, S., Matter Yunes, M.A. (2006). *Resiliencia e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*. Sao Paulo: Casa do Psicólogo.
- Darwish, D., Esquivel, G., Houtz, J. and Alfonso, V. (2001). Play and social skills in maltreated and non-maltreated preschoolers during peer interactions. *Child Abuse and Neglect*, 25, 13-31.
- De Antoni, C., Rodríguez Barone, L. y Koller, S. (2006). Violencia e pobreza: um estudo sobre vulnerabilidade e resiliencia familiar. En: D. Dalbosco Dell'Aglio, S. Koller, M.A. Matter Yunes (Eds.). *Resiliencia e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*. Sao Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dubowitz, H., Pitts, S., Litrownik, A., Cox, C., Runyan, D. y Black, M. (2005). Defining child neglect based on child protective services data. *Child Abuse and Neglect*, 29, 493-511.
- Ehrensaft, E. y Toussignant, M. (2003). Ecología humana y social de la resiliencia. En M. Manciaux (Eds.). *La Resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- English, D., Upadhyaya, M., Litrownik, A., Marshall, J., Runyan, D., Graham, J.C., y Duwobitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationships of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 29, 597-619.
- Flores, E., Cicchetti, D. y Rogosch, F. (2005). Predictors of resilience in maltreated and no nonmaltreated latino children. *Developmental Psychology*, 41 (2), 338-351.
- Fuentes Ramos, C. y Torbay Betancor, A. (2004). Desarrollar la creatividad desde los contextos educativos: Un marco de reflexión sobre la mejora socio-personal. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 2(1). Recuperado el 4 de junio del 2004 de <http://www.ice.deusto.es/jrinace/reice/vol2n1/Fuentes.pdf>
- García Pérez J. y Magaz Lago, A. (1998). *Evhacospi. Test de evaluación de habilidades cognitivas para la solución de problemas interpersonales*. Manual de referencia. España: Albor-Cohs.
- Golovanesky, L. (2007). Vulnerabilidad Social: una Propuesta para su Medición en Argentina. *Revista de Economía y Estadística*. Instituto de Economía y Finanzas - Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Córdoba – Argentina, 45(2), 53-94.
- Gordis, E.; Feres, N.; Olezeski, C; Rabkin, A.; Trickett, P. (2009). Skin Conductance Reactivity and Respiratory Sinus Arrhythmia Among Maltreated and Comparison Youth: Relations with Aggressive Behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 547-558. <http://doi:10.1093/jpepsy/jsp113>
- Grosman, C. y Mesterman, S. (1992). *Maltrato al menor, el lado oculto de la escena familiar*. Bs. As.: Universidad.
- Grotberg, E. (1995). *The International Resilience Project: Promoting Resilience in Children*. ERIC: ED.383424, EE.UU.
- Grotberg, E. (1997). *La Resiliencia en Acción. Seminario Internacional sobre aplicación del concepto de resiliencia en proyectos sociales*. Fundación Van Leer: Universidad Nacional de Lanús.
- Grotberg, E. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo, y N. Suárez Ojeda (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Bs. As.: Paidós.
- Guilford, J.P. (1950). *Creativity*. *American Psychologist*, 5,444-454.
- Henderson, N. y Milstein, M. (2003). *Resiliencia en la Escuela*. Bs. As.: Paidós.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México: Mc Graw Hill.
- Kalawski, J.P. y Haz, A.M. (2003). Y... ¿Dónde Está la Resiliencia? Una Reflexión Conceptual. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 37(2), 365-372.
- Kempe, R. S. y Kempe, C. H. (1985). *Niños Maltratados*. Madrid: Morata.
- Kim, J. y Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems en maltreated and no maltreated children. *Journal Abnormal Child Psychology*, 32(1), 106-17.
- Kim, J. y Cicchetti, D. (2004). A Longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and mal-

1. Resiliencia y maltrato infantil desde un enfoque ecológico: importancia del contexto

- adjustment: the role of self esteem and social competence. *Journal Abnormal Child Psychology*, 32(4), 341-54.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado del Arte en Resiliencia*. Santiago: Organización Panamericana de la Salud. Fundación Kellogg. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Lázaro, S. (2009). Resiliencia en niños y adolescentes: revisión teórica e implicaciones para la intervención psicoeducativa en situaciones de maltrato familiar. *Estudios de psicología*, 30 (1), 89 – 104.
- Ley Provincial de Creación del Programa Provincial de Niñez y Adolescencia. H.R. 6551. Decreto reglamentario N° 2107/98. (1997) (legislado).
- Ley Provincial de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Mendoza, H. R. 6354. Decreto reglamentario N° 1754. (1995) (legislado).
- Luthar, S. (2006) Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: D. Cicchetti & D. J. Cohen, (Ed). *Developmental psychopathology, Vol 3: Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed.). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Manciaux M. (2003). *La Resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Marín Ibañez, R. (1995). *La Creatividad: Diagnóstico, evaluación e investigación*. Madrid: Uned.
- Martín, E. y Aciego de Mendoza, R. (2011). Evaluación de un protocolo para valorar situaciones de desprotección infantil: la opinión de los técnicos. *Universitas Psychologica*, 10(3), 693-704.
- Masten, A.S. y Gewirtz, A.H. (2010). *Resiliencia en el desarrollo: La importancia de la primera infancia*. En: RE Tremblay, RG Barr, R.Dev. Peters, M. Boivin (eds.) *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [en línea]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 1-6. Recuperado el 20 de julio de 2012 de: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Masten-GewirtzESPxp.pdf>.
- Mejía, R. (2003). Resiliencia: Ilusión o Realidad. *Revista CES.Medicina*, 17(1), 57-62
- Melillo, A. y Suárez Ojeda, N. (2001) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Bs. As.: Paidós.
- Melillo, A., Suárez Ojeda, N. y Rodríguez, D. (2004). *Resiliencia y Subjetividad*. Bs. As: Paidós
- Milling Kinard, E. (1998). Methodological issues in assessing resilience in maltreated children. *Child Abuse and Neglect*, 22 (7), 669 – 680.
- Morelato, G. (2009). *Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato familiar*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de San Luis. San Luis - Argentina.
- Morelato, G. (2011a). La Resiliencia en el Maltrato Infantil: aportes para la comprensión del proceso desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología*. Pontificia Universidad Católica del Perú (ISSN 0254-9247), 29 (2), 203-224.
- Morelato, G. (2011b). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia, 9, (17), 83-96.
- Moreno Manso J. (2005). Maltrato Infantil: Un estudio sobre la familia, la red de apoyo social y las relaciones de pareja, *Artículo 22714*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos infantiles/22714>
- Munist, M., Santos, H. y Kotliarenco, M. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. OPS. OMS: Fundación Kellogg.
- Muñoz Silva, A. (2012). El estudio de la resiliencia desde la perspectiva evolutiva y su aportación a la comprensión social del riesgo y la protección en la intervención social. *Portularia*, 12(1), 9-16.
- Naglieri, J. & LeBuffe, P. (2006). *Measuring Resilience in Children. From Theory to Practice*. En: S. Goldstein & R. Brooks (Eds). *Handbook of Resilience in Children*. NY: Springer.
- Nears, K. (2004). Resilience in maltreated children. Thesis (M.S.). Recuperado el 20 de octubre de 2006 del sitio Web de la Universidad del Estado de Carolina del Norte: <http://www.lib.ncsu.edu>
- Rutter, M. (1995) Resiliencia: Algunas consideraciones sobre su concepto. *Contemporary Pediatrics*. Edición Argentina, 3 (3), 25-38.
- Shure, M.B., y Spivack, G. (1974). *What Happens Next Game (WHNG) Test Manual* (ed. rev.). Philadelphia, PA: Hahnemann University, Department of Mental Health Sciences.
- Spivack, G., Platt, J. y Shure, M. (1976). *The problem solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Torrance, E.P. y Miers, R.C. (1970). Desarrollo de la Creatividad en el alumno. En: Marín Ibañez, R. (1995). *La creatividad: Diagnóstico, evaluación e investigación*. Madrid: UNED.
- Valdéz Medina, J. L., Mondragón, J. y Morelato, G. (2005). Autoconcepto en niños mexicanos y argentinos. *Revista Interamericana de Psicología (RIP)*, 39 (5): 253-258.
- Valdez Medina, J.L (1994). *El autoconcepto del mexicano. Estudios de validación*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Vanistendael, S. (1995). *Cómo crecer superando los percances*. Ginebra: BICE.
- Vecina Jiménez, M. L. (2006). Creatividad. *Papeles del Psicólogo*, 27, 1, 31-39.
- Vega-Vásquez, M., Rivera-Heredia, M.E. y Quintanilla Montoya, R. (2011). Recursos psicológicos y resiliencia en niños de 6, 8 y 10 años de edad. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 33-41.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family process*, (35), 261-281.
- Wolin, S. y Wolin, S. (1993). *The resilient self: how survivors of trouble families rise above adversity*. Washington: Villard Books.

2.

Problemas de aprendizaje y violencia intrafamiliar

María Belén Marsonet

*“Como un ser inconcluso y consciente de su inconclusión,
el hombre es un ser de la búsqueda permanente.
No podría existir el hombre sin la búsqueda,
como tampoco existiría la búsqueda sin el hombre.”
“El ser humano dinamiza el mundo a través de
actos creativos, recreativos y de toma de decisiones,
esto le permite tener un mayor campo de dominio sobre la realidad,
acrecentándola y humanizándola con algo que él mismo construye: cultura e historia.
Alterar, crear y responder a los problemas cotidianos permiten
dar movimiento a la sociedad y, por tanto, a la cultura.”
Paulo Freire, 1976.*

*“...El hombre sólo se completa como ser plenamente humano por y en la cultura. No hay cultura sin cerebro humano (aparato biológico dotado de habilidades para actuar, percibir, saber, aprender), y no hay mente (mind), es decir capacidad de conciencia y pensamiento, sin cultura.”
Edgar Morin, 1999.*

Introducción

Las situaciones de violencia intrafamiliar vividas en edades tempranas pueden generar consecuencias a nivel neurológico, cognitivo y psicológico. Tanto las lesiones de la violencia física con su impacto en todo el cuerpo y en el sistema nervioso, como especialmente las experiencias de estrés crónico pueden afectar seriamente el desarrollo de niñas y niños. No obstante, hay otras variables que intervienen y que impiden que esto sea lineal, al modo de causa-consecuencia, observándose desarrollos saludables a pesar de dichas situaciones.

A partir de la experiencia clínica con niñas y niños que asisten a la consulta por problemas de aprendizaje y/o funcionamientos cognitivos deficientes y que tienen antecedentes de violencia familiar desde edades tempranas, se reflexiona en el presente artículo sobre cómo se caracterizan esas dificultades, cómo es la modalidad intrapsíquica en relación a las experiencias de violencia y cómo esto repercute en los procesos de aprendizaje. Para ello, se incluye una revisión bibliográfica que intentará articular las posturas más relevantes sobre el tema junto con las experiencias de intervención profesional y los aprendizajes adquiridos, que permitan e impliquen una producción teórica sobre el mismo. Al decir de Foucault (1992) se intentará “abandonar la ilusión de una teoría completa explicativa de los diferentes objetos de estudio para pasar a adoptar una posición que reconozca la transversalidad del conocimiento y recurra a los distintos saberes como una caja de herramientas en la que cada instrumento se utilice según aquello que plantea nuestra hipótesis”.

En este punto, cabe explicitar que el marco teórico referencial que se tendrá en cuenta son los aportes del Paradigma de la Complejidad, de la Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes y la Resiliencia. Asimismo, el abordaje se realiza desde

una Psicopedagogía Clínica, que considera los aportes del Psicoanálisis, las Neurociencias y el contexto socio-histórico y cultural en el abordaje de los procesos de aprendizaje. Todo conocimiento tiene consecuencias éticas, el adoptar un punto de vista implica tomar decisiones y una posición a partir de la cual se derivarán prácticas. Siempre existe una relación entre la teoría que se elige y la posición frente a la vida, y por lo tanto frente a los modos de percibir, vincularse y actuar.

Desarrollo

La existencia e integración de aspectos que hacen al desarrollo físico, neurológico, cognitivo y de estructuración psíquica son prerequisites para que puedan darse los procesos de aprendizaje. Las situaciones de violencia intrafamiliar, especialmente en edades tempranas y que se dan crónicamente, generan que dichos aspectos se vean afectados en mayor o menor medida, produciendo luego serias dificultades en las modalidades de acercamiento a la realidad, a las personas y a las posibilidades de aprender.

La violencia en todas sus formas es siempre algo que irrumpe, que invade, que excede la subjetividad de la niña o niño y desborda sus posibilidades de tramitación psíquica. El niño o la niña queda así más expuesto, entre otras tantas cosas, a presentar dificultades para aprender. Además, en la infancia las situaciones de aprendizaje ocupan un lugar esencial que pueden ser aprovechadas para brindar estrategias que permitan comenzar a trabajar desde los aspectos positivos y de este modo, propiciar factores protectores.

Para desarrollar el tema planteado, en primer lugar se explicitan nociones esenciales que permiten un posicionamiento a partir del cual pensar y estructurar intervenciones en relación a los procesos de aprendizaje y los modos de abordarlos; para luego trabajar las implicancias de las situaciones de violencia intrafamiliar en las dificultades de aprendizaje.

1. Aprendizaje

El aprendizaje puede ser pensado como la manera que tiene todo ser humano de apropiarse de la realidad, es un proceso de construcción continua que implica cambios, avances, retrocesos y se da a lo largo de toda la vida. Es el proceso que posibilita el acercamiento, la apropiación de los objetos del mundo y la producción de conocimientos.

Filidoro (2002) lo define como “el proceso de construcción y apropiación del conocimiento que se da por la interacción entre los saberes previos del sujeto y ciertas particularidades del objeto. Proceso que se da en situación de interacción social y en el que otro interviene como mediador”. Maturana (1992) manifiesta que “aprender no es captar algo externo sino que es un fenómeno de transformación estructural en la interacción con otro”. Y Schlemenson (2001) lo define como un “proceso a partir del cual el sujeto se relaciona, interpreta y opera con el mundo circundante”. En este sentido, es un proceso singular y subjetivamente distinguible, pues expresa las modalidades y formas de desempeño de un niño o niña de las que se pueden deducir aspectos significativos de su organización psíquica.

2. Problemas de aprendizaje

Los problemas de aprendizaje pueden ser, y de hecho son, abordados desde distintas disciplinas y marcos conceptuales. En este artículo, se propone un abordaje que considera lo específico del aprendizaje cuando es pensado en el contexto clínico, es decir lo que aparece en la consulta más allá de clasificaciones preexistentes, y principalmente que tenga en cuenta la compleja interacción entre la estructura biológica y la estructura psíquica en un determinado entorno familiar y sociocultural.

En contraposición, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1995), evidencia una diferencia sustancial en relación al modelo que lo sustenta y en el cual se apoyan sus criterios y por lo tanto luego sus líneas de intervención. En el DSM IV se habla de “trastornos” y el problema de aprendizaje se distingue por su deficiencia ante lo “esperable”, se diagnostica trastornos de aprendizaje “cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente”. En cambio, en un espacio clínico, que además tiene en cuenta las variables del contexto sociocultural, se revela una manera singular del aprender, la clínica de los problemas de aprendizaje pretende rescatar la singularidad de los procesos de simbolización. La idea no es desconocer esos rendimientos sustancialmente inferiores en la lectura, el cálculo y la escritura, sino hacer que ellos se constituyan en una de las vías de acceso para el diagnóstico y el tratamiento. Schlemenson (2003) refiere que:

“el análisis específico de los problemas de aprendizaje permite entonces relacionar las formas de simbolización de un niño (el modo de escribir, leer o aprender) con los factores estructurales que los condicionan (aspectos neurológicos, cognitivos o contextuales) y con la vigencia del deseo por el conocimiento como producto de una subjetividad en proceso de transformación y cambio permanente. Para comprender el peso de cada uno de los factores incidentes, es necesario colocar al sujeto y sus particularidades representativas en el centro de todo tipo de deducciones sobre las características específicas de las dificultades de aprendizaje que presenta”.

3. Tratamiento psicopedagógico

El tratamiento psicopedagógico enmarcado dentro de la Psicopedagogía Clínica tiene su especificidad, que es orientarse hacia lo terapéutico y distinguirse sustancialmente de un tratamiento basado puramente en la reeducación, la cual se centra en la rehabilitación de funciones dañadas y en el reforzamiento de conductas deseadas.

En un espacio terapéutico se busca habilitar a la persona para que sea tal, un sujeto diferenciado de los demás, capaz de aprender, de pensar, de subjetivarse. Para lograr esto, es necesario construir y reconstruir bases, no impartir conocimientos.

Para Schlemenson (1997) “el abordaje clínico de las restricciones de un niño con problemas en su aprendizaje permite ampliar el conjunto de sus recursos psíquicos y herramientas simbólicas, modificar su calidad de inserción en el sistema educativo, mejorar su rendimiento escolar y enriquecer su despliegue social”.

Según esta concepción, las intervenciones en el tratamiento psicopedagógico de los niños no deberían centrarse en compensar déficits o corregir funciones, ya que esto

nos conduce a una posición reeducativa que no es clínica porque no atiende a la singularidad del sujeto sino a la objetividad de la dificultad.

El tratamiento psicopedagógico es entendido desde la clínica como un aquí y ahora, como un espacio para esa persona con una modalidad singular de aprendizaje, una clínica que enmarca la relación que los sujetos establecen con la construcción de sus aprendizajes. Para Wettengel y Prol (2006) “es un espacio de acción, de movimiento, donde no sólo la palabra sino también la actividad funcionan como un tercero estructurante. La actividad es una herramienta de suma importancia, teniendo siempre la intención de modificar, de diversificar”. El tratamiento psicopedagógico tiene que marcar un hito en la historia de aprendizajes de la persona que consulta, se aborda un nuevo tipo de comunicación, aparecen otros tipos de mensajes que empiezan a circular, modelos vinculares diferentes para el niño.

4. Conceptos y procesos claves en el abordaje de los problemas de aprendizaje:

a. Producción Simbólica

Al trabajar sobre la construcción de los aprendizajes es imprescindible hacer referencia a la producción simbólica, que es la actividad representativa más compleja a través de la cual se sustituyen las acciones por representaciones.

“La producción simbólica es la actividad del pensamiento mediante la cual el sujeto se representa a sí mismo, al mundo y a los objetos que lo habitan, en orden a la lógica psíquica con la que procesa los diversos estímulos internos y externos y a la red de significaciones con la que hace plausibles sus pensamientos” (Wettengel y Prol, 2006).

Por ello se considera que la producción simbólica está presente en toda actividad cognitiva y que se relaciona directamente con la construcción de aprendizajes.

“La finalidad del abordaje clínico psicopedagógico es la modificación de las restricciones en la producción simbólica de los niños tratados, a fin de revertir sus dificultades en el aprendizaje. En los niños con problemas en sus aprendizajes, dicha actividad suele ser insuficiente, inarmónica y caracterizada por inhibiciones y fracturas” (Schlemenson, 1997).

Bleichmar (2001) explica que a pesar de que el Psicoanálisis no es una teoría del aprendizaje aporta ciertas posiciones para pensar las cuestiones del aprendizaje, tanto en su evolución normal como en sus aspectos patológicos.

“Se puede explicar el funcionamiento patológico a partir de la forma en que el inconsciente entra en la estructuración psíquica. El inconsciente no surge espontáneamente por la evolución psíquica, sino que es la intromisión del semejante humano y las características de esta intromisión en el marco de la cultura lo que va a definir que el mismo se constituya o no, cómo influyen las primeras experiencias en los niños, cómo van formando las primeras representaciones y cómo constituyen su yo como separado del inconsciente por medio de la represión” (Bleichmar, 2001).

No se puede aprender al margen de la subjetividad, ya que no hay construcción cognitiva ni producción intelectual sin un sujeto que construya el objeto de conocimiento.

b. Funciones Cognitivas y Mediación

Vygotsky (1991) desarrolla la idea de la zona de desarrollo próximo, como la “distancia

entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz”.

Por su parte, para Feuerstein (1990) “la inteligencia es la inclinación, propensión que tienen los individuos para modificarse a sí mismos y de aprovechar las experiencias previas o vividas”. Según este autor, la inteligencia se puede desarrollar a través de su capacidad operativa, las funciones cognitivas, a partir de una intervención intencional de un mediador o agente externo. Todos los seres humanos, por ser tales, tienen una estructura operativa, que es común y potencial, con la cual se puede acceder a los aprendizajes.

Siguiendo a Feuerstein, la mediación es un estilo de intervención intencional que se realiza entre el mundo y el individuo, que posibilita seleccionar y organizar la información de la realidad, a fin de garantizar los procesos cognitivos y el aprovechamiento de la propia experiencia. Esta interposición activa está marcada por un objetivo que trasciende la inmediatez de la situación específica que da origen a la interacción y siempre tiene en cuenta por lo menos, los siguientes criterios: intencionalidad y reciprocidad, que es la manifestación clara de lo que se quiere hacer, por qué se quiere hacer, qué se espera de la otra persona, para movilizar así su propia intencionalidad y generar la reciprocidad necesaria; significado, que es el para qué, es una convicción, algo fuerte que provoca en el otro la búsqueda de su propio significado; y la trascendencia, que es ir más allá del objetivo inmediato, implica que lo que se aprende en un aquí y ahora, se aplica luego en innumerables situaciones.

c. Neuroplasticidad

En relación a este tema se tomará en consideración, principalmente, lo desarrollado y aportado por el Dr. Jaime Tallis en diferentes clases y cursos de los que ha participado como docente. Luego, se sintetizan algunos de los aportes realizados por Mesa Gresa y Moya Albiol (2011) en su artículo “Neurobiología del maltrato infantil: el ciclo de la violencia”.

“Los procesos de aprendizaje tienen un correlato físico, ocupan un espacio en el sistema nervioso. Es decir, cada vez que se incorpora en forma deliberada o incidental un aprendizaje, se producen modificaciones cerebrales de distinto orden y profundidad, ya sea cambios plásticos estructurales, cambios moleculares, y en última instancia, modificaciones en la expresión de los genes” (Tallis, 2011).

“La plasticidad neuronal hace referencia a los cambios de estructuras y funciones producidas por influencias endógenas o exógenas que en cualquier momento de la vida puede sufrir un individuo” (Buchwald, 1990). Esto se puede considerar como los cambios producidos tanto durante el desarrollo del sistema nervioso, como durante la fase de aprendizaje por estímulos sensoriales, también a la reorganización estructural frente a una lesión encefálica y a los cambios adaptativos en el envejecimiento. La Organización Mundial de la Salud define a la neuroplasticidad como la capacidad de las células del sistema nervioso de regenerarse anatómicamente y funcionalmente después de estar sometidas a influencias patológicas, ambientales o del desarrollo incluyendo traumatismos y enfermedades.

Las predisposiciones establecidas por los genes no tienen efectos absolutos o inevitables sobre el desarrollo, sino que generan potencialidades y pueden modificarse en su expresión por la acción del ambiente. El concepto de la invariabilidad y determinación biológica de los genes se ha ido flexibilizando a través de los hallazgos científicos, lo cual permite afirmar que cada sistema nervioso es único, porque las experiencias, estímulos y aprendizajes a los que está sometido, intra y extrauterinamente, son específicos e irrepetibles.

Aunque se puede aprender durante toda la vida, es importante resaltar que hay períodos de mayor facilitación para determinados aprendizajes, ese periodo crítico es variable para los distintos estímulos; transcurrido el mismo, la incorporación de experiencias y contenidos se vuelve más dificultosa, ya que las estructuras se vuelven más resistentes, y en el caso de los niños, con posibilidad de quedar en desventaja, con retrasos madurativos más difíciles de revertir.

Ansermet y Magistretti (2006), afirman que "la experiencia deja una huella, esta afirmación ha sido confirmada de modo experimental por aportes recientes de la Neurobiología, que muestran cómo la plasticidad de la red neuronal permite la inscripción de la experiencia. Dicha plasticidad, considerada hoy en la base de los mecanismos de la memoria y del aprendizaje, es fundamental para la Neurobiología, ya que ha posibilitado salir de una visión estática del sistema nervioso. Actualmente, se sabe que los elementos más finos del proceso de transferencia de información entre las neuronas, o sea, las sinapsis, sufren una remodelación permanente en función de la experiencia vivida. Los mecanismos de plasticidad operan a lo largo de la vida del individuo y determinan de manera significativa su devenir. En términos neurobiológicos, la huella es dinámica y está sujeta a modificaciones. Los mecanismos de su inscripción confieren a la red neuronal gran plasticidad, en el sentido original del término. De este modo, y sobre la base de la experiencia, se constituye una realidad interna, que obviamente puede ser consciente y estar en la base de nuestros recuerdos que emergen a la conciencia, pero que puede ser también inconsciente y estar conformada por inscripciones imposibles de evocar".

Cabe destacar la plasticidad como un proceso clave tanto en relación a las posibles influencias del ambiente en el desarrollo de niñas y niños como con respecto a las experiencias de violencia en edades tempranas.

"Cada una de nuestras experiencias es única y tiene un impacto único. Si consideramos la experiencia como determinante en el devenir del sujeto, nos alejamos de un determinismo genético exclusivo que determina desde un inicio su destino. La plasticidad sería, entonces, ni más ni menos que el mecanismo por el cual cada sujeto es singular y cada cerebro, único" (Ansermet, F. y Magistretti, P., 2006).

De este modo, la plasticidad neuronal y la modelación de los engramas de conexión sináptica están en la base de los aprendizajes y en la estructuración individual del sistema nervioso. Asimismo, la configuración de las huellas sinápticas debe ser tenida en cuenta en relación a los procesos psíquicos, ya que desde el nacimiento, las miradas, las sonrisas, las caricias, van marcando estructuración de conexiones, huellas psíquicas, que van a conformar el inconsciente. La experiencia y los aprendizajes dejan una huella que se inscribe en la red neuronal y las sinapsis sufren una remodelación permanente en función de los mismos.

En relación a lo anteriormente desarrollado, Mesa Gresa y Moya Albiol (2011), profundizan sobre las consecuencias de las situaciones de violencia intrafamiliar en la infancia en el desarrollo cerebral.

II | APORTES EN RELACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DEL MALTRATO INFANTIL

“Desde el nacimiento hasta el período adulto se produce un desarrollo físico, conductual y emocional progresivo, paralelo a los cambios observados en la maduración cerebral. Las expansiones de las células neuronales y dendritas de las neuronas corticales comienzan a desarrollarse unos meses antes del nacimiento, aunque de un modo bastante rudimentario. Durante el primer año de vida, las prolongaciones de cada neurona se desarrollan para establecer las conexiones neuronales definitivas. De este modo, las neuronas nacen y llegan a diferenciarse unas de otras hasta que migran a distintas regiones y establecen así sus propias conexiones. Aunque este proceso está genéticamente determinado, el papel del ambiente en el que se produce el desarrollo va a ser definitivo para el mantenimiento de determinadas conexiones, ya que podrá favorecer o no que se produzcan los cambios neurales responsables de procesos muy importantes” (Mesa Gresa y Moya Albiol, 2011).

Además de la plasticidad neuronal, otro proceso importante es la mielinización, o formación de mielina alrededor de los axones con el objetivo de favorecer la conducción de impulsos nerviosos. La mielinización está íntimamente asociada al desarrollo de la capacidad funcional de las neuronas, por lo que las neuronas amielínicas tienen una velocidad de conducción lenta y muestran una fatiga precoz, mientras que las neuronas mielinizadas conducen más rápidamente y cuentan con un largo período de actividad antes de que se produzca la fatiga. La mielinización más intensa se produce poco tiempo después del nacimiento y continúa durante años. Si se producen fracasos en el proceso de mielinización, se observa inhibición en el desarrollo satisfactorio de las funciones cognitivas, motoras y sensoriales.

“Los malos tratos a edades tempranas pueden producir cambios intrínsecos, que afectan principalmente a neurotransmisores, hormonas neuroendocrinas y factores neurotróficos, muy implicados en el desarrollo normal del cerebro. La exposición a situaciones altamente estresantes durante la infancia lleva asociada un aumento en las respuestas de estrés. De este modo, los mecanismos que actúan ante los niveles de ansiedad a los que se ve sometido el niño activan los sistemas biológicos de respuesta de estrés y se producen, como consecuencia, cambios cerebrales adversos. Los principales cambios observados son la pérdida acelerada de neuronas, retrasos en el proceso de mielinización, anomalías en el desarrollo apropiado de la poda neural, inhibición en la neurogénesis o estrés inducido por factores de crecimiento cerebral. A su vez, se observan importantes efectos neurobiológicos funcionales y estructurales que parecen desempeñar un papel relevante, junto con otros factores ambientales y genéticos, en el desarrollo posterior de diversas psicopatologías” (Mesa Gresa y Moya Albiol, 2011).

Por lo tanto, la violencia intrafamiliar a edades tempranas, en sus distintas manifestaciones (física, psicológica, abuso sexual, negligencia) puede considerarse como algo que interrumpe el desarrollo cerebral normal y que, dependiendo además de la edad de inicio y de la duración, puede incluso llegar a producir modificaciones considerables en algunas estructuras cerebrales. A su vez, a pesar de la alta probabilidad de que estos problemas y modificaciones cerebrales estén presentes en niñas y niños con historia de violencia, no todos ellos desarrollan este tipo de dificultades, por lo que siempre debe destacarse el papel de las diferencias individuales y ambientales.

d. Resiliencia

El término resiliencia fue tomado de la Física, donde se lo utiliza para describir la capacidad de algunos materiales para recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora, sin embargo, desde las Ciencias Humanas no se considera esa vuelta al estado original sin modificaciones, ya que en los seres humanos siempre hay cambios y desde la perspectiva de la resiliencia esos cambios son cons-

tructivos. Hay diversidad de definiciones de resiliencia, que responden a diversos enfoques teóricos y contextos, se mencionan aquí la de Grotberg (1995): “capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas”, y la de Suárez Ojeda (2001) que la define como una “combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos”. El aporte que hace Suárez Ojeda, junto a otros autores es pensar la resiliencia como un proceso, una interrelación entre factores internos y externos, dándole importancia a las variables contextuales y corriéndose de la idea de que la resiliencia sea una capacidad individual, o algo con lo que nace cada individuo.

Cabe destacar que la relevancia del tema en relación al abordaje de situaciones de violencia, en coincidencia con Suárez Ojeda (2001), es considerar a la resiliencia no sólo como un concepto sino como marco teórico y como herramienta de trabajo, ya que de ese modo posibilita “una perspectiva que brinda un optimismo realista, que va a la búsqueda de los recursos disponibles de las personas y de los grupos para avanzar constructivamente, aun a pesar de serias dificultades en la vida”.

El enfoque de resiliencia aporta importantes ideas y estrategias en los abordajes de problemáticas tan complejas como la violencia intrafamiliar. Los modelos tradicionales basados en el riesgo, que se centran en la enfermedad, el síntoma y aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico y/o social no resultan suficientes. El enfoque de resiliencia en cambio, describe la existencia de escudos protectores que harán que esos daños o riesgos no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolos en factor de superación de tales situaciones. En este sentido, son necesarios estos modos diferentes de acercamiento a la realidad y por lo tanto de intervención en la misma.

Cabe destacar que se toma la resiliencia a partir de un posicionamiento que la considera como la posibilidad de “subvertir la idea de causalidad que gobierna el pensamiento médico positivista y algunas concepciones de la salud. Este concepto introduce al sujeto capaz de valoraciones, de crear sentidos a su vida...es pensar a un individuo no como víctima pasiva de sus circunstancias sino como sujeto activo de su experiencia” (Sivak, 2007).

Existen múltiples y variadas investigaciones y aplicaciones sobre este tema, sin embargo no se puede hablar de la resiliencia como si fuera un concepto unívoco y absoluto. Si bien se la entiende como una capacidad humana y universal que puede estar presente en las distintas comunidades, etnias y culturas, también tiene rasgos y características particulares de acuerdo a los diferentes contextos en que se manifiesta, y es imprescindible tener esto en cuenta si se quiere promover la misma. La promoción de la resiliencia no es una tarea excluyente de algunos sectores, todos pueden realizarla. Sin embargo, los adultos que tienen la responsabilidad de cuidar y acompañar a niñas, niños y adolescentes tienen un rol preponderante en ello.

e. Pensamiento Complejo

Un paradigma es un grupo de proposiciones que es aceptado por una comunidad

científica en un momento dado y constituye el trasfondo de toda investigación y de prácticas profesionales concretas. Es fuente de métodos, problemas y normas de resolución. Por eso cada paradigma es un entramado de teorías científicas, técnicas, instrumentos, posibilidades de acción, deberes, lenguajes y orden social; que si son pensados desde la complejidad, están siempre en evolución abierta.

Siguiendo a Kacero (2003), desde el Paradigma de la Complejidad “las dicotomías cuerpo/mente, sujeto/objeto, espíritu/materia, se consideran pares correlacionados, no oposiciones. El Pensamiento Complejo introduce los modelos no lineales que proponen pasar del espacio de tres dimensiones a una multiplicidad de espacios, algunos en forma de bucles, pliegues o donde se puede tomar como base la cinta de Moebius. Desde este punto de vista, el conocimiento implica interacción, relación, transformación mutua, codependencia. A la vez la necesidad de articular lo biológico, lo físico, lo psíquico y lo cultural”.

El estudio y/o consideración de cualquier experiencia humana debería ser multifacético. La mente humana no existe sin cerebro, pero tampoco existe sin tradiciones familiares, sociales, de género, étnicas. Sólo hay mentes encarnadas en cuerpos y culturas. Por ello, las situaciones de violencia intrafamiliar hacia niñas, niños y adolescentes, deben ser analizadas y abordadas teniendo en cuenta esto.

“Desde la Complejidad, el conocimiento que se puede construir debe necesariamente tener en cuenta las intrincaciones históricas de cada sujeto, al mismo tiempo que los acontecimientos y prácticas socio-históricas, que van conformando modelos de identidad, vínculo y concepciones espacio-temporales. Esta multiperspectividad podrá converger en un sentido que sólo será válido en tanto se contextúe localmente. La pretensión de universalidad no tiene lugar en este paradigma” (Kacero, 2003).

En relación a la concepción del cuerpo desde este paradigma, el mismo no es un objeto abstracto, no alude a sustancia alguna fuera de la experiencia, está en permanente intercambio y transformación. La escisión cuerpo/mente desaloja al cuerpo de lo subjetivo. El mundo, a su vez, no es independiente del conocimiento sino co-creado en el intercambio y en la interacción con él. Es un mundo convocado a ser mediante la acción y el lenguaje. Está afuera pero no separado del sujeto. Sujeto y mundo se definen mutuamente y se producen recíprocamente en la experiencia contextualizada, corporalizada e histórica. En efecto, los pensamientos se despliegan en contextos sociales e históricos, donde los modos vinculares y los esquemas institucionales los sostienen y le dan sentido.

Para Morin (2000) “la complejidad no se confunde con el relativismo pero sí con el reconocimiento de la imposibilidad del conocimiento de la totalidad. Somos llevados a la aventura infinita del conocimiento, que no se cierra nunca. La complejidad nos abre a un mundo de diferencias, acontecimientos y emergencias”. La complejidad es el desafío, no la respuesta. Implica potenciar la visión multiplicando el número de ojos. Ver desde distintos ángulos en una red abierta de perspectivas.

Si todo lo anterior es tenido en cuenta, habrá consecuencias en las prácticas concretas, en los análisis, diagnósticos y pronósticos. Los mismos tendrán valor probabilístico y no determinante. El objetivo sería limitar la universalidad de la mirada, respetar la complejidad inherente al ser humano y evitar la simplificación. “Reconocer la complejidad, hallar los instrumentos para describirla y efectuar una relectura dentro de este nuevo contexto de las relaciones cambiantes del hombre con la naturaleza, son los problemas cruciales de nuestra época” (Prigogine, 1983).

5. Problemas de aprendizaje y violencia intrafamiliar

Como se mencionó en la Introducción, las situaciones de violencia en todas sus formas, irrumpen, invaden, desbordan las posibilidades de tramitación psíquica en la niña o niño, más allá de las consecuencias en el cuerpo. A continuación, se intentará abordar cómo influyen las experiencias tempranas de violencia intrafamiliar en las posibilidades de aprendizaje, lo cual se relaciona a su vez con el desarrollo neurobiológico y la estructuración psíquica, en un contexto sociocultural determinado.

a. Desde el desarrollo neurobiológico

Fox y Shonkoff (2011) aportan que desde el punto de vista neurobiológico, se ha podido investigar que el haber padecido situaciones constantes de violencia intrafamiliar en la infancia puede asociarse con importantes alteraciones del sistema nervioso central, del sistema nervioso autónomo, del sistema endócrino y del sistema inmune. Esto debido a que dichas situaciones durante la infancia suponen en la mayoría de los casos una grave interrupción del desarrollo normal, ya que además de los daños y lesiones físicas que pueden sufrir las niñas o niños, se encuentran sometidos a altos niveles de estrés crónico que provocan importantes secuelas anatómicas, estructurales y funcionales en su cerebro.

Se ha demostrado que la activación crónica de los sistemas corporales de respuesta al estrés afecta al funcionamiento de los circuitos cerebrales y da lugar a problemas tanto inmediatos como a largo plazo para el aprendizaje, la conducta y la salud física y mental. Esto es evidente cuando se produce una sobrecarga del sistema de estrés durante períodos particularmente delicados de las primeras etapas del desarrollo cerebral. Cuando los niños experimentan temor de manera frecuente, ese temor puede generalizarse. Niveles más elevados de cortisol, favorecen la formación de recuerdos de hechos aterradores, al mismo tiempo que disminuyen la formación de recuerdos en contextos libres de amenaza. Esto puede resultar en que los niños pierdan la capacidad de diferenciar entre amenaza y seguridad, con las consecuencias que esto tendrá para su posibilidad de establecer vínculos saludables.

En experimentos con animales, se ha demostrado que un estrés extremo perjudica al desarrollo del córtex prefrontal, la región del cerebro que, en los seres humanos, es fundamental para el surgimiento de las funciones ejecutivas. Dichas funciones son un conjunto de capacidades como la elaboración de planes, su seguimiento y modificación; el control y mantenimiento de la atención; la inhibición de comportamientos impulsivos; y el desarrollo de la capacidad de recordar e incorporar nueva información para la toma de decisiones. Se ha demostrado que la exposición prolongada al temor puede perjudicar tanto los aprendizajes tempranos como los resultados posteriores en el ámbito escolar, laboral y comunitario.

Mesa Gresa y Moya Albiol (2011) afirman, a través de diversos estudios, que existen algunas regiones cerebrales que son muy vulnerables a las situaciones de estrés temprano. Estas regiones comparten algunas características, ya que se desarrollan durante los primeros años de vida, poseen un alto nivel de receptores de glucocorticoides y presentan cierto grado de neurogénesis postnatal. Estos autores reúnen

y organizan la información aportada por diversas investigaciones sobre las consecuencias estructurales y funcionales de la violencia intrafamiliar durante la infancia sobre el sistema nervioso central, en las siguientes estructuras cerebrales: hipocampo, amígdala, cerebelo, cuerpo caloso y córtex cerebral. A continuación, se sintetizan los principales datos aportados sobre el tema por ellos:

Con respecto al **hipocampo**, puede sufrir cambios estructurales profundos debido al estrés temprano, ya que esta región es especialmente vulnerable a sus efectos. “Las manifestaciones funcionales de los cambios observados en el volumen hipocampal en sujetos maltratados están relacionadas con los síntomas amnésicos, disociativos, ansiosos y desinhibitorios”.

Sobre la **amígdala**:

“el estrés temprano produce alteraciones en la composición de la subunidad del complejo supramolecular del ácido γ -aminobutírico del tipo A (GABAA) de la amígdala, de tal manera que se reduce la densidad de los receptores centrales de benzodiazepinas y aumenta la afinidad de los receptores del GABAA. Además, el estrés produce un incremento de los niveles de dopamina y atenúa los niveles de serotonina en la amígdala y en el núcleo accumbens. Un desarrollo anormal de la amígdala o del hipocampo, combinado con la disminución de la densidad de las benzodiazepinas centrales y la mayor afinidad de los receptores GABAA, o las alteraciones en las subunidades de esta estructura, pueden acelerar la actividad del lóbulo temporal o del sistema límbico y producir lo que se ha denominado irritabilidad límbica”.

La activación del sistema límbico durante o después de una experiencia traumática puede impedir el desarrollo adecuado en el procesamiento de la información, especialmente en lo que respecta a la recuperación de la memoria y los recuerdos, lo cual resulta esencial para diferenciar la intencionalidad, responsabilidad personal, sensación de control y confianza en los demás. Ello puede restringir el desarrollo de esquemas cognitivos en los niños y puede dar lugar a agresividad, conductas de evitación o ambas. Por su parte, la amígdala es crucial en el condicionamiento del miedo y en el control de las conductas agresivas y sexuales. Además, está relacionada con la recuperación de los recuerdos de tipo emocional y con los patrones de aprendizaje.

El vermis **cerebelar** se desarrolla considerablemente en el período posnatal y está implicado en algunas funciones cerebrales como la integración multisensorial y la activación límbica. Dada su alta densidad de receptores de glucocorticoides, también resulta altamente vulnerable a los efectos del estrés temprano. El cerebelo desempeña un papel importante en la atención, el lenguaje, la cognición y el afecto.

El **cuerpo caloso** comprende un haz de fibras mielinizadas que permiten la conexión interhemisférica. Diversos estudios muestran que el tamaño del cuerpo caloso se ve afectado por las experiencias de estrés temprano, lo cual a su vez se asocia con la disminución de la comunicación entre los hemisferios cerebrales. Estos cambios producen efectos funcionales, ya que a pesar de que los hemisferios cerebrales tienen funciones propias es esencial esta función integradora.

Los altos niveles de estrés temprano tienen efectos sobre el desarrollo cortical, principalmente en la maduración prefrontal y la lateralización hemisférica. **La corteza**

cerebral, es decir, la capa más externa de sustancia gris de los hemisferios cerebrales, se desarrolla lentamente mediante procesos cíclicos de reorganización. El córtex prefrontal es la región cortical que se desarrolla más tarde, ya que las mayores proyecciones se mielinizan principalmente entre la adolescencia y la tercera década de la vida. A su vez, el córtex prefrontal también presenta una alta densidad de receptores para glucocorticoides y de proyecciones de dopamina que se activan principalmente como respuesta al estrés. Entre sus funciones destacan la formulación de planes y estrategias, la toma de decisiones, la memoria de trabajo y la atención. Los altos niveles de estrés aumentan la activación de las monoaminas (como la norepinefrina, la serotonina y la dopamina), lo cual puede provocar que se detenga la función normal propia del córtex prefrontal de inhibición del sistema límbico.

“Se ha formulado la hipótesis de que el estrés temprano activa el desarrollo del córtex prefrontal, de manera que altera su desarrollo normal y produce una maduración precoz que tiene un efecto negativo sobre sus funciones y su capacidad. El córtex prefrontal consta de distintas regiones, dos de las cuales son de especial interés en este contexto:

-Córtex dorsolateral. Se relaciona principalmente con las funciones de procesamiento emocional, manipulación y codificación de la información perteneciente a la memoria de trabajo y control de impulsos, y es importante para el mantenimiento de los niveles atencionales ante estímulos distractores. La disfunción en esta área estaría relacionada con la función perseverativa y la inhibición de respuestas, y causaría además dificultades en el planteamiento de alternativas. Es por ello, y porque es una de las últimas regiones en madurar, por lo que resulta especialmente vulnerable ante las interrupciones de su desarrollo durante la niñez y la adolescencia.

-Córtex orbitofrontal. Ayuda a regular el afecto negativo y la actividad automática. Por otra parte, y junto con la amígdala, tiene un importante papel en la percepción del contenido emocional de los estímulos ambientales y en la comprensión de las distintas señales sociales que indican ira o enfado. Los daños en este área se asocian con un control de impulsos pobre, estallidos de agresividad y falta de sensibilidad interpersonal” (Mesa Gresa y Moya Albiol, 2011).

Cabe destacar, que además de las posibles consecuencias originadas por la exposición a altos niveles de estrés en edades tempranas que se detallaron anteriormente, se debe tener en cuenta que muchos de los niños y niñas que sufren violencia intrafamiliar de tipo físico, pueden presentar además daños neurológicos directamente relacionados con las agresiones, manifestando graves alteraciones de memoria, retrasos en el lenguaje, disfasias, alteraciones visuales y motoras, retraso mental, producidos por traumatismos y hematomas craneoencefálicos, entre otros.

b. Desde la estructuración del psiquismo

En cuanto a la relación entre las situaciones de violencia padecidas por los niños desde los primeros tiempos de vida y los problemas de aprendizaje, uno de los aportes que se tomará en cuenta son los desarrollos de Abadi (1993), quien refiere:

“...para hablar de violencia y agresión, es necesario definir la noción de límites, ya que toda violencia se define en relación a la ruptura de un límite. El primer límite en la configuración del ser humano es el que existe entre adentro-afuera, interior-exterior. El bebé, al principio no puede diferenciar entre yo-no yo, sino que poco a poco, comienza a discriminar lo que es propio de lo que es el mundo externo. Es un primer límite fundamental, ya que a lo largo de toda la vida, el trabajo más grande del ser humano, es mantener claramente diferenciados y a la vez interrelacionados estos dos mundos. Cuando este

II | APORTES EN RELACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DEL MALTRATO INFANTIL

límite adentro-afuera se hace como un muro: la permeabilidad adentro-afuera estará alterada y el individuo tenderá al aislamiento. Si, en cambio, ese límite no se establece: el individuo tenderá a la desintegración, a la desestructuración, al descontrol, a los comportamientos impulsivos, pero también a un exceso de permeabilidad con la que el individuo queda muy vulnerable, arrasado constantemente por lo que otros hacen con él, fallando el autocontrol y las defensas normales” (Abadi, 1993).

En ambas situaciones se pueden observar ejemplos de cómo influyen los vínculos violentos en la configuración del psiquismo de los niños y de allí también las modalidades y estrategias que podrán poner en juego para aprender.

“La constitución de ese límite adentro-afuera es esencial, debe estar constituido adecuadamente, con una permeabilidad suficiente: para que lo de adentro pueda expresarse libremente hacia afuera, para que el individuo pueda ser receptivo a lo que llega de afuera y para que no confunda ambas cosas. En términos de aprendizaje, para que la persona se contacte adecuadamente con una experiencia de aprendizaje tiene que tener una buena conexión con sus ideas y experiencias anteriores que están en su mundo interno como con lo que le llega desde afuera” (Abadi, 1993).

Además, los niños están siempre en situación de desventaja en relación al adulto, ya sea por edad, tamaño, fuerza, desarrollo psíquico y mental. Es justamente esa diferencia lo que marca el abuso de poder por parte del adulto y lo que deja al niño expuesto, sin poder defenderse de las agresiones de ese adulto que debería protegerlo y cuidarlo. Según Perrone (1997), “es característico que el niño maltratado viva una contradicción interna que lo inmoviliza, pues las personas que deberían cuidarlo y protegerlo, lo agreden”. Según este autor, como consecuencia, los niños pueden reaccionar de maneras opuestas, manifestando:

- “Conducta acting out”: el niño se muestra reactivo, agresivo y con frecuencia también hiperactivo. No puede quedarse quieto o prestar atención por mucho tiempo, es muy difícil que logre jugar con otros niños y en general genera rechazo.
- “Conducta pasiva: el niño es excesivamente dócil, evasivo y/o defensivo frente a los demás. Tiende a ser miedoso, tímido, solitario, no muestra alegría ni espontaneidad.

En ambos casos los procesos de aprendizaje se ven afectados concomitantemente, apareciendo:

- bajo rendimiento escolar
- baja tolerancia a la frustración
- dificultades de atención
- capacidad de exploración limitada, sin curiosidad ni interés por el aprendizaje, inhibiciones
- trastornos del pensamiento, fallas en el proceso de simbolización por lo que tienen problemas para la adquisición y el desarrollo de la lectura, la escritura y el cálculo
- dificultades tanto en la conducta como en las actividades que realiza, como reflejo de la desorganización interna que padece, ya que está constantemente violentado desde el exterior; por eso tiene dificultades para respetar límites, consignas y encuadres
- dificultades en la resolución de problemas; a causa de la angustia constante, se les hace muy difícil enfrentar las exigencias que se les presentan, además han apren-

dido que la violencia es una forma eficaz para resolver conflictos interpersonales y por ello carecen de estrategias adecuadas para enfrentar y resolver los problemas.

Estas y otras dificultades que pueden presentar los niños como consecuencia de la violencia son múltiples y de distinta índole, dependiendo de diversos factores. Por ello, para el análisis y comprensión de cómo influyen las situaciones de violencia intrafamiliar en el desarrollo de los niños, su estructuración psíquica y, por lo tanto, sus procesos de aprendizaje, se considera pertinente la diferenciación realizada por L. Micca (2006) de las posibles manifestaciones de los problemas de aprendizaje, relacionadas a distintos orígenes. Por tal motivo, se desarrolla brevemente a continuación la clasificación dada por la autora. La misma, permite seguir pensando el modo de posicionarse y abordar los problemas de aprendizaje, así como visualizar la magnitud de las implicancias de la violencia en edades tempranas, con las posibilidades de prevención que ello conllevaría.

Desde este punto de vista, que debe complementarse con lo desarrollado desde los aspectos neurobiológicos, las problemáticas del aprendizaje podrían reunirse en tres manifestaciones que responden a tres orígenes diferentes en la historia y desarrollo del niño:

1. “Conflictos emocionales que interfieren en el acceso del niño al aprendizaje escolar o en su continuidad”: es cuando una situación conflictiva de índole relacional, una crisis vital o un conflicto intrapsíquico del orden de lo neurótico causan alteraciones en el proceso de aprendizaje. Por ejemplo cuando un niño está distraído, desganado, triste, alterado, de manera tal que le impide asimilar y metabolizar los contenidos de aprendizaje, esto debido a vivencias que se le vuelven conflictivas y le ocupan mucho espacio en su psiquismo. Dentro de estos pueden aparecer:

“Conflictos o padecimientos penosos” que requieren de un trabajo psíquico costoso, lo que implica una reducción de la energía psíquica disponible para el aprendizaje (estados de duelo, situaciones de pérdida, conflictos de pareja de los padres, separaciones, enfermedad orgánica propia o de un ser querido, cambios bruscos vividos intensamente como mudanzas, cambios de escuela, nacimientos y cualquier situación ambiental que altere lo conocido, habitual y confiable).

También pueden agregarse aquí los “padecimientos psíquicos particulares que el niño pueda estar cursando, determinados por conflictos intrapsíquicos” como una fobia que le impida la permanencia en la escuela o le provoque un estado de angustia dentro del aula, un estado depresivo o cualquier otra patología psíquica de índole neurótica.

2. “Inhibiciones en el aprendizaje”: se dan situaciones traumáticas en el desarrollo y en la historia del niño o niña, que afectan su confianza en el mundo y lo fuerzan a armar una defensa extrema ante los estímulos ambientales. Esta defensa en forma de coraza produce la resistencia en su psiquismo al abordaje de situaciones nuevas, al conocimiento de lo nuevo, que se amplía al ámbito del aprendizaje escolar, provocando un desinterés generalizado que ocasiona en muchos casos un empobrecimiento a nivel del pensamiento. A veces, se observa a partir de los secretos, aquellos acontecimientos de la historia del niño o de la familia de lo cual no se habla y se le ocultan por su carácter doloroso, angustiante o vergonzoso. La familia se ocupa de ocultar para

que el niño no escuche, para que no se entere y evitarle así el supuesto sufrimiento y, al mismo tiempo, devela en sus actitudes, en gestos, en silencios y susurros, lo que oculta. También con todo aquello que consciente o inconscientemente se quiere ocultar por diversos motivos. El niño advierte que hay cosas sobre las que no se puede saber ni preguntar, inhibe defensivamente la curiosidad obturando la posibilidad de saber, inhibición que se amplía a otros ámbitos del conocimiento.

3. “Trastornos del aprendizaje”: si lo traumático es temprano y devastador, es mucho más grave, ya que se produce una alteración estructural en el armado del pensamiento y sus consecuencias son de otra índole. No son conflictos que afectan al niño en su etapa escolar, ni inhibiciones, sino problemas complejos ocasionados por un déficit o alteración en la estructuración psíquica, en el armado primario del pensamiento inteligente. Desde los primeros tiempos de vida del niño, se afecta la constitución del pensamiento simbólico y de los requisitos previos indispensables para el acceso al aprendizaje.

La clasificación precedente posibilita constatar que las situaciones de violencia intrafamiliar pueden interferir e influir en el armado de cualquiera de los problemas antes mencionados. Según el tipo de violencia, el momento del desarrollo, la frecuencia, intensidad, duración, y otros factores podrá irrumpir de tal manera que la niña o niño presente conflictiva neurótica, inhibiciones o hasta trastornos graves en la estructuración del psiquismo por lo tanto en el pensamiento y en las posibilidades futuras de desarrollo.

c. *Investir para poder aprender*

Hay una relación muy fuerte entre invertir, atender y aprender; y las situaciones de violencia impactan directamente en esta relación. Desde el abordaje psicopedagógico el “invertimiento” es un concepto muy importante a tener en cuenta, es una de las claves a la hora de los diagnósticos y tratamientos.

Según el Diccionario de la Real Academia Española, invertir es “conferir una dignidad o cargo importante”. En su concepción psicoanalítica, el concepto fue variando en Freud (1967) y luego tomado por otros autores. Se trata de una carga de energía psíquica, energía libidinal que va hacia un objeto, situación, vínculo y lo inviste, es decir, establece un vínculo particular. Se puede invertir un objeto ya sea real o proveniente de la fantasía.

El invertimiento se va construyendo en la relación con el otro, el otro de los primeros vínculos y luego con otros que ofrecen nuevas oportunidades de invertimiento. Si todo va bien el niño desea incorporar novedades, jugar y aprender, para lo cual la energía libidinal va envolviendo estas situaciones que vienen a sustituir los objetos primeros, se producen ligazones y es entonces como el jugar y aprender transcurren placenteramente.

Para aprender, es necesario que el niño llegue a invertir la actividad mental en sí misma, en tanto que funcionamiento regido por el principio de placer-displacer. La mayoría de los niños que fracasan en el aprendizaje de los conocimientos no experimentan ningún placer, ningún deseo de utilizar el pensamiento como un medio de funcionamiento. No sólo el placer de funcionar, sino también el de intercambiar con el

mundo externo, esto marca el intercambio con el otro. El investimento permite la estructuración de los procesos mentales y su orientación en la búsqueda de la novedad.

“El interés por el mundo evaluado en la apertura a objetos y sujetos distintos de los parentales, tiene que ver con la historia infantil del sujeto, pues los nuevos objetos que lo atraen tienen o mantienen algún elemento que permite relacionarlos con los rasgos sobresalientes heredados y transmitidos en el entrelazamiento histórico que le otorga sentido a sus producciones. El sujeto no se relaciona secundariamente con cualquier objeto o sujeto, sino que se siente atraído por aquellos que convocan aspectos libidinales significativos de su realidad psíquica anterior. El investimento de los objetos del mundo se concreta entonces por un movimiento libidinal en el que se desplaza la libido hacia objetos y fines valorados narcisísticamente, que permiten entrelazar y conectar actividades humanas, aparentemente alejadas de la sexualidad, con procesos y experiencias psíquicas anteriores que produjeron satisfacción. Aprender, expresarse con autonomía, poder desplegar argumentos y pensamientos son actividades psíquicas que producen placer y que a su vez amplían sustitutivamente el campo de las satisfacciones posibles” (Aulagnier, 1994).

El invertir libidinalmente los objetos tiene que ver entonces con la búsqueda de placer, pero en el caso de la violencia familiar puede darse en el niño un movimiento de no investidura o de desinvestidura libidinal, quedando los procesos de aprendizaje interferidos desde estos momentos iniciales.

d. Importancia del contexto. Función materna y paterna.

Un niño neurológicamente sano es la condición necesaria pero no suficiente para la constitución de la subjetividad y del desarrollo de la capacidad de pensar. Para que el pensamiento se estructure y se desarrolle es indispensable un entorno humanizante facilitador. El ser humano nace con el potencial para acceder al pensamiento, pero éste sólo se va a constituir y complejizar en la medida que exista otro ser humano desempeñando la función materna. En los primeros meses de vida será la madre o adulto en función humanizante quien pueda comprender, dar un sentido y ayudar a metabolizar, aquello que el niño no puede hacer por sí solo (Pérez, 1987).

“El bebé recién nacido siente sensaciones placenteras y displacenteras y los estímulos internos y externos que registra le provocan una tensión que no posee la capacidad de resolver; sólo puede acceder a su descarga directa por medio del llanto y el enojo. No posee aún los mecanismos para tramitar psíquicamente esto que siente como mera cantidad de excitación. Es la madre, o quien cumpla su función, quien podrá en los primeros tiempos, procurar la metabolización de esta excitación por parte del bebé, otorgándole un sentido y haciendo posible la transformación de esta cantidad en cualidad. Aquello que es pura excitación o tensión, sentido como sensación por el bebé, se convertirá en sentimiento por la palabra y el gesto de la madre desde su posibilidad de narcisización, quien al proporcionar un sentido dará lugar a la posibilidad del niño de iniciar el proceso de construcción de pensamiento” (Bleichmar, 1999).

El psiquismo surge entonces a partir del intercambio entre la estructura y funcionamiento cerebral del niño o niña y sus experiencias con aquellos adultos que cumplen las funciones parentales. Las Neurociencias han podido demostrar que los cuidados, la estimulación y los buenos tratos que los adultos dedican a sus hijos e hijas, desempeñan un papel fundamental en la organización y maduración del sistema nervioso. Durante los primeros tres años de vida aparecen una multitud de ramificaciones neuronales resultado de una abundante producción de axones y dendritas que, llegado

el momento, se interconectarán en las distintas regiones sinápticas, asegurando así el funcionamiento de las diferentes áreas cerebrales. Lo contrario ocurre cuando el bebé crece en un ambiente humano que no le proporciona alimentación, afectividad y protección o lo somete a un estrés intenso y crónico. Cuando esto ocurre, el cerebro se desorganiza e incluso puede alterarse, provocando graves trastornos con consecuencias importantes para la vida adulta (Barudy y Dantagnan, 2005).

Estos autores (2005) trabajan la idea "...que la existencia y la calidad de las relaciones interpersonales son las responsables de la organización, la maduración y el desarrollo cerebral". Esto explica el papel fundamental de los buenos tratos para garantizar la vida de las crías humanas y un desarrollo sano. Estos buenos tratos, según los autores, se traducen en capacidades de los adultos para ofrecer cuidados, comunicación, estimulación, protección y educación a sus hijos en forma permanente desde que se están gestando en el útero materno hasta que logran su madurez y autonomía".

"Cuando a los bebés o a los niños no se los alimenta adecuadamente, no se los acaricia, no se los comunica con ellos y, por lo tanto, no se los estimula, los sistemas cerebrales responsables de la experiencia placentera de la vinculación afectiva dejan de funcionar. La consecuencia de esto, a corto plazo, resulta en que son niños y niñas que sufren intensamente y cuyo dolor se les almacena en las «memorias traumáticas» en el cerebro emocional. Estas memorias organizan sus comportamientos, sobre todo aquellos que tienen que ver con la relación con los demás. A medio y largo plazo, el sufrimiento por estas carencias y el estrés conducirán a diferentes trastornos del desarrollo, así como a alteraciones importantes en sus modos de relacionarse con los demás o modelos de apego. Es importante insistir sobre el papel determinante que tienen, en etiología, los trastornos de los vínculos afectivos, las historias de malos tratos vividas por los padres en su infancia y los contextos sociales, económicos y culturales desfavorables para las familias de los niños y de las niñas. Aquí nos atrevemos a proclamar la hipótesis de que las consecuencias neurológicas, en el caso de los trastornos de apego suficientemente graves, pueden implicar una detención del crecimiento de los sistemas cerebrales funcionales y provocar ritmos corporales de base inestable, una disminución de la función inmunitaria y enfermedades infantiles frecuentes. Una preponderancia posible de comportamientos agresivos y defensivos, llevados a la falta de programación del sistema límbico, y una falta de capacidad de análisis y de reacción frente a los estímulos sensoriales son otras manifestaciones posibles" (Barudy y Dantagnan, 2005).

Cabe destacar que los signos más tempranos de posibles alteraciones en la estructuración psíquica y en el armado del pensamiento son muchas veces difíciles de detectar y reconocer, en ocasiones suelen evaluarse como retrasos madurativos y lamentablemente quedan a la espera de su evolución espontánea. Es esencial la intervención oportuna en estas situaciones, ya que no es lo mismo comenzar una asistencia especializada en el primer año, a los dos o tres años, que a los seis o siete, cuando el fracaso en el aprendizaje nos muestra una cristalización del déficit mucho más difícil de resolver. Es sumamente importante que no se exponga al niño a deambular entre diferentes especialistas en áreas parciales del comportamiento, que asisten funciones aisladas por separado sin la posibilidad del armado de un abordaje integral. No se debe caer en el error de pretender ejercitar y estimular una función, sea motriz, de lenguaje, de aprendizaje, sin haber comprobado previamente y con idoneidad, las causas por las cuales esa función no se ha estructurado y con qué tipo de déficit o alteración se relaciona.

Filidoro (2002) hace un aporte en relación a la función de aquellos adultos que están a cargo de la crianza de niños y niñas: "el aprendizaje es un proceso que implica una historia en la que hay hechos que dejan marcas: proceso que está en relación con una cultura a cuyas pautas sociales debe el sujeto ajustarse. De la cultura que nos habita tomamos significantes, valores que nos anteceden y que nos son dados por quienes nos rodean. La familia cumple aquí su rol instaurador de posibilidades, deja la primera huella de lo que será el desarrollo intersubjetivo en la sociedad. Cabe destacar, entonces, que siendo la familia el contexto que posibilita (o no) transitar hacia la estructura subjetivante (como construcción del sujeto) y la objetivante (como la que permite apropiarse del objeto de conocimiento), le corresponde a ésta un rol más que protagónico en el intento de delinear al hijo en el marco de la salud o en el de lo patológico".

CONCLUSIONES

El presente artículo pretende trazar un nexo entre la experiencia profesional (en la atención a niñas y niños que consultan por problemas de aprendizaje y/o funcionamientos cognitivos deficientes y que tienen antecedentes de violencia familiar desde edades tempranas) y las posturas teóricas más relevantes sobre el tema, en base a una revisión bibliográfica y reflexiones propias. De esta manera, lograr una sistematización que permita conocer y fundamentar las posibles implicancias de la violencia intrafamiliar en el desarrollo de los niños y niñas que la padecen en relación a los procesos de aprendizaje y abordajes correspondientes.

Para ello, se explicita la influencia de las situaciones de violencia intrafamiliar en edades tempranas en el posterior desarrollo neurológico, cognitivo y psíquico de niñas y niños. Se toma como punto de partida la idea de que tanto las lesiones de la violencia física con su impacto en todo el cuerpo y en el sistema nervioso, como especialmente las experiencias de estrés crónico pueden afectar seriamente el desarrollo de los mismos. Además, se detallan y explican las posibles consecuencias a nivel neuropsicológico y en el proceso de estructuración psíquica. Luego se trabajan las relaciones con los procesos de aprendizaje y la manifestación de sus dificultades en estos contextos. Asimismo, se resalta la intervención de diversas variables que impiden que esas consecuencias sean inevitables y/o iguales para todas las situaciones, rescatando la importancia del ejercicio de las funciones parentales, las modalidades de vinculación, la influencia de los entornos sociales, culturales e históricos, las diferencias individuales, la plasticidad neuronal, la resiliencia y el aprendizaje concebido como factor protector.

Todo lo anterior ha permitido repensar las modalidades de abordaje, posibilitando la reflexión y la resignificación de las prácticas profesionales, así como poder explicitar los posicionamientos teóricos desde los cuales se aborda esta problemática.

Algunas conclusiones:

1. No todos los niños y niñas que han padecido violencia física, psicológica, negligencia o abuso sexual van a presentar los problemas detallados en el artículo.

Sin embargo, siempre que existan antecedentes de violencia en la historia del niño o niña, se debe estar muy atento a pesar de que el motivo de consulta y/o la sintomatología presentada sean diversos y sin relación aparente. Se debe indagar y abordar cómo ha influido esto en el desarrollo neurológico y especialmente en la estructuración del psiquismo, a fin de arribar a diagnósticos diferenciales precisos que permitan abordajes adecuados y respetuosos de las niñas y niños.

2. De los niños y niñas que sí los presentan, no se puede hablar de la existencia de un patrón ni cognitivo ni conductual característico.

Se observan desde trastornos graves con serias detenciones en el desarrollo y consecuencias duraderas para la calidad de vida, hasta sintomatología leve que cede con la modificación del entorno que causa la situación de violencia.

En relación con el aprendizaje se ha podido constatar que en niños y niñas que han padecido situaciones de violencia reiteradas y crónicas desde el período prenatal y durante sus primeros años de vida la sintomatología varía desde defensas de tipo neurótica, desinvestidura de los objetos de conocimiento, inhibiciones hasta “funcionamientos” psicóticos con trastornos graves del pensamiento y serias dificultades para adaptarse a la escolaridad y nivel de desarrollo.

3. En todo aprendizaje y en toda dificultad se entranan múltiples factores, que se deben conocer, identificar y abordar.

Por ello se debe destacar la importancia tanto de la neuroplasticidad como de las características del contexto en relación a las posibilidades de recuperación y rearmado a pesar de experiencias tempranas graves. La mayoría de los procesos y funciones requeridos para los aprendizajes tienen una base genética muy importante, sin embargo, el papel del contexto en el que se da el desarrollo va a ser fundamental para el inicio y mantenimiento de determinadas conexiones que favorecen o no a que se produzcan dichos procesos y funciones. Asimismo, el valor que tienen desde el nacimiento las miradas, las sonrisas, las caricias (o la ausencia de ellas) en relación a la configuración de las huellas sinápticas debe ser tomada en cuenta ya que van marcando estructuración de conexiones, huellas psíquicas, que van a conformar el inconsciente y los procesos psíquicos.

4. Resaltar el hecho que niños y niñas son sujetos en transformación permanente, en crecimiento, en estructuración y abiertos a posibilidades.

5. En cuanto al abordaje psicopedagógico de estas situaciones cabe destacar la importancia de trabajar desde un marco teórico que tiene su especificidad y al mismo tiempo implica un abordaje que considere todos los elementos antes mencionados (aspectos neuropsicológicos, psíquicos y socioculturales), sin parcializar a los sujetos.

6. Se subraya también que existe un marco legal internacional, nacional y provincial al cual se deben referenciar todas las acciones de aquellos que trabajan con niños y niñas. Específicamente, en su artículo 15 la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes menciona: “...los organismos del Estado, la familia y la sociedad deben asegurarles el pleno desarrollo de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades, así como el goce de una vida plena y digna...”.

Bibliografía

- Abadi, S. (1993). *Agresión y violencia: formas y orígenes que existen en la escuela*. Cuaderno de la Fundación EPPEC. Buenos Aires: Eppec.
- Ansermet, F. y Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Aulagnier, P. (1994). *Un intérprete en busca de sentido*. Madrid: Siglo XXI.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bleichmar, S. (1999). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, S. (2001). *Pensamiento-Conocimiento-Inteligencia*, en *Desarrollos y Problemas en Psicología Genética*. Buenos Aires: Eudeba.
- Buchwald, J. S. (1990). *Comparison of plasticity in sensory and cognitive processing system*, en *Clinics in Perinatology* N° 17. UCLA: School of Medicine.
- Diccionario de la Real Academia Española, en: <http://www.rae.es/>
- Feuerstein, R. (1990). *Pédagogies de la Mediation*. Jerusalem: Cronique Sociale.
- Filidoro, N. (2002). *Psicopedagogía: Conceptos y Problemas*. Buenos Aires: Biblos.
- Foucault, M. (1992). *La microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Fox, N.A. y Shonkoff, J.P. (2011). *Modo en que el temor y la ansiedad persistentes pueden afectar al aprendizaje, al comportamiento y a la salud de los niños pequeños*. En: *Espacio para la Infancia* N° 35: 8-14. La Haya: Bernard van Leer Foundation.
- Freire, P. (1972). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (1967). *La aflicción y la melancolía*, en *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1967). *Proyecto de una psicología para neurólogos*, en *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Grotberg, E. (1995). *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. La Haya: Bernard van Leer Foundation.
- Janin, B. (2000). *La violencia y los niños* en: *Ensayos y Experiencias* N° 32. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Kacero, E. (2003). *El paradigma de la complejidad*. Ficha entregada curso EPPEC, Buenos Aires.
- Ley Nacional N° 26.061 (2005) De Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. En *Boletín Oficial* N° 30.767. 26 de octubre del 2005. Buenos Aires, Argentina.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1995). Barcelona: Masson.
- Maturana, H. (1992). *Emoción y lenguaje en educación y política*. Buenos Aires: Hachette.
- Melillo, A. y Suárez Ojeda, N. (comps) (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Mesa Gresa, P. y Moya Albiol, L. (2011). *Neurobiología del maltrato infantil: el ciclo de la violencia* en: *Revista Neurología* N° 52: 489-503.
- Micca, L. (2006). *Problemáticas del aprendizaje en el niño. Una mirada psicoanalítica*. *Archivos Argentinos de Pediatría*, V. 104, N° 3. Buenos Aires, Mayo/Junio 2006. Recuperado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752006000300009&script=sci_arttext
- Morin, E. (1999). *La cabeza bien puesta: Repensar la reforma, reformar el pensamiento*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Morin, E. (2000). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Pérez, A. (1987). *Temas de familia y pediatría*. Buenos Aires: Eudeba.
- Perrone, R. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Ponce de León, E. (1984). *Función materna y paterna: su relación con los problemas de aprendizaje*, en *Temas de Psicopedagogía* N° 1. Buenos Aires: Forma Soc. Editora.
- Prigogine, I. (1983). *¿Tan sólo una ilusión?* Barcelona: Tusquets.
- Schlemenson, S. (1997). *El tratamiento grupal en la clínica psicopedagógica*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Schlemenson, S. (2001). *Niños que no aprenden*. Buenos Aires: Paidós.
- Sivak, R. y otros (2007). *Desarrollo resiliente y redes vinculares*. Escrito presentado en el 23° Congreso de Psiquiatría APSA, Mar del Plata.
- Tallis, J. (2011). *Apuntes de clases Neurología y Aprendizaje*, del Curso Psicopedagogía Hoy, Abordajes Posibles. Organizado por el Hospital de alud Mental Infante-Juvenil "Dra. Carolina Tobar García". Buenos Aires.
- Vygotsky, L. S. (1991). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Grijalbo.
- Wettengel, L. y Prol, G. (2006). *Tratamiento de los problemas en el aprendizaje. Actualización en clínica psicopedagógica*. Buenos Aires: Noveduc.
- Winnicott, D. (1991). *Exploraciones psicoanalíticas 1*. Buenos Aires: Paidós.

3.

Aproximaciones conceptuales desde la Perspectiva de Género a la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia

José María Vitaliti

“no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa; no es fácil decir algo nuevo; no basta con abrir los ojos, con prestar atención, o en adquirir conciencia, para que se iluminen al punto nuevos objetos, y que al ras del suelo lancen su primer resplandor”
Foucault, 1979.

1. Introducción

La perspectiva que se introduce en este artículo, no representa un objeto nuevo, ni aún novedoso para el caso de la intervención; es sabido, que existen publicaciones, producciones académicas y formas de intervenir que se están desarrollando hace décadas. Sin embargo, la novedad se hace visible, al abrir la temática de género en la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia (MNA), ante el auditorio local de esta publicación.

Si bien, no existe un termómetro que mida el nivel de conciencia que tiene una población focalizada sobre un tema en particular; resulta importante, introducir esta visión y lo que ésta puede aportar a la reflexión de la niñez y adolescencia, y las problemáticas de esta población. Es así, como al anclar género en una sociedad que “perpetúa esta relación de dominación a través de unas instancias tales como la Escuela y el Estado...” (Bourdieu, 2000) nos habilita para preguntarnos, por ejemplo: si un niño juega con muñecas ¿cómo es observado por los adultos cercanos?; si una niña anhela una colección de autitos ¿los padres llegarán del trabajo con la colección de autos para su hija? Observar esta clase de “gustos espontáneos” en niños/as, nos introduce como adultos en pensamientos aterrizantes -acerca del distanciamiento de nuestros/as niños/as de la “normal heteronormatividad”. Se podría agregar al análisis las siguientes cuestiones: si Bourdieu (2000) nos enuncia que “la dominación masculina es una de las formas de la violencia simbólica”, sería inocente preguntar, aunque no inoportuno: ¿los/as niños/as se encuentran expuestos a un daño invisible, al ser “educados/as” en estereotipos rígidos acerca de lo que es ser hombre o mujer, como formas modeladas de dominación androcéntrica?

Asimismo, nos centraremos en la cuota representativa de género en la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia, al preguntarnos si existe alguna influencia o correlación entre esta problemática y la perspectiva de género. Si así fuera, ¿cuáles serían aquellos fenómenos que nos permitirían advertir esta influencia? ¿Cómo funcionaría esta dinámica? ¿Existiría una interrelación retroalimentada por mecanismos visibles y/o invisibles? ¿Cuáles?

Se han expuesto mínimamente algunas controversias cuestionadoras, y sin ánimos de perder el tiempo, se presentarán los ejes en los que se direccionará esta producción:

3. Aproximaciones conceptuales desde la Perspectiva de Género a la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia

- Primero: la problemática del MNA: definición, tipos y otras apreciaciones.
- Segundo: la perspectiva de género: donde se retomará una variedad de autores/as, algunas tradiciones que permiten discursos en torno a su forma de aplicación y enriquecen la perspectiva.
- Tercero: algunas conjeturas en torno a la relación entre perspectiva de género y la problemática del MNA.

Por último, explícito que me propongo plantear el tema para repensar -como profesional de intervención e investigación-, en otras posibilidades de análisis, en mover los esquemas de percepción anclados y estructurados, para dilucidar nuevas formas de visión y revisión, de abordaje e investigación. Repensar y repensarnos, para no rigidizarnos en torno a lo que proponen las situaciones de violencia, sino flexibilizar nuestros esquemas y reflexionar en distintas posibilidades de pensamiento, sentimientos y acción frente al “daño” que como sociedad en forma directa o indirecta le ofertamos a nuestros/as niños/as.

2. La problemática del maltrato a la niñez y adolescencia

El maltrato a la niñez y adolescencia es observado como problemática al distanciarse de concepciones culturales que entendían al niño/a como parte de los objetos del pater familias (Kempe H. , 1962; Kempe & Kempe, 1985) y de la observación de la medicina en estudios de investigación. Teniendo presente lo expresado Kempe y Kempe (1985) aportan:

“El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrise Tardieu, catedrático de Medicina Legal en París. Hubo de basarse forzosamente en hallazgos obtenidos en las autopsias. Describió 32 niños golpeados o quemados hasta producirles la muerte. En el mismo año, Athol Johnson, del hospital for Sick Children de Londres, llamó la atención sobre la frecuencia de fracturas múltiples en los niños. Las atribuyó al estado de los huesos, ya que en aquella época el raquitismo era casi general entre los niños londinenses. Sabemos actualmente que casi todos los casos descritos por él eran, en realidad, niños maltratados. Las estadísticas oficiales de Londres revelan que de 3926 niños de menos de cinco años de edad que fallecieron por accidente o violencia en 1870, 202 muertes fueron atribuidas a homicidio casual, 95 a negligencia, 18 a exposición al frío, debiéndose todas ellas a los malos tratos recibidos. No obstante, la teoría del raquitismo prevaleció hasta bien entrado el siglo XX.

Tuvo que pasar bastante tiempo hasta que John Caffey informó, en 1946, sobre sus primeras observaciones relativas a la hasta entonces no explicada asociación entre hematomas subdurales y -alteraciones radiológicas anormales en los huesos largos. Caffey y Silverman establecieron claramente muy pronto la índole traumática de dichas lesiones. En 1955, Woolley y Evans publicaron un trabajo en el Journal of the American Medical Association titulado: “Significado de las lesiones esqueléticas de los lactantes, similares a las de origen traumático.

En 1961, Henry Kempe organizó un simposio interdisciplinario en la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatría sobre el síndrome del niño golpeado. Nuestra descripción completa del síndrome fue publicada al año siguiente en el Journal of the American Medical Association. A partir de 1962, millares de artículos, y docenas de libros han contribuido en gran medida al conocimiento del abandono y los malos tratos del niño.” (Kempe & Kempe, 1985).

2.1. Algunos puntos a tener en cuenta para el concepto de MNA

La problemática del maltrato a la niñez y adolescencia ha sido definida multidisciplinariamente¹. A su vez, varios autores/as y estudios a través de artículos y libros coin-

¹ -La expresión multidisciplinaria hace mención a las definiciones aisladas propuestas desde las distintas disciplinas sin integración entre las mismas.

ciden sobre la dificultad para establecer una definición general e integral del maltrato infantil. Esta dificultad se relaciona justamente con la precisión del límite de una conducta parental considerada maltratante. A lo anterior, se suma la importancia de los valores y costumbres culturales, la incorporación de la perspectiva evolutiva, la incorporación del concepto de daño real o potencial y la presencia de factores de vulnerabilidad en el niño (Arruabarrena y De Paul, 2001 citado en Morelato, Gimenez, Vitaliti, Casari, & Soria, 2013).

Perea, Loredo, Trejo, Baez, Martín, Monroy & Venteño (2001) en su artículo: "El maltrato al menor: propuestas para una definición integral", realizan una investigación tomando como referencia 19 definiciones de MNA de autores/as y organizaciones nacionales e internacionales. Estas definiciones son analizadas a la luz de los siguientes criterios o elementos básicos:

1. Identificación del agresor: determina si el perpetrador es una persona, una institución o la sociedad en su conjunto.
2. Forma de agresión: acción u omisión en contra del bienestar de un niño
3. Sitio donde ocurre la agresión: especifica que el maltrato puede ocurrir dentro o fuera del hogar.
4. Intencionalidad del evento: establece que la intención es una condición obligada en el fenómeno del maltrato
5. Etapa de la vida involucrada: describe que el daño puede ocurrir antes y/o después del nacimiento.
6. Tipo de lesión: considera a las diversas formas de maltrato (física, sexual, emocional, social, etc.)
7. Repercusión de la agresión en el menor: establece que el impacto del daño independientemente de la forma como es perpetrada, puede ser de expresión física, psicológica o social, en forma única o en combinación.
8. Amplitud de la definición: evalúa si la definición es comprensible, es muy extensa o escueta.

Los criterios expuestos anteriormente hacen eje en la lesión teniendo presente: la forma, el lugar, la intencionalidad y el tipo, sin profundizar en lo que la lesión produce en el niño/a. Arruabarrena y De Paul (2001) describen el maltrato infantil en función de estas tres perspectivas:

1. Perspectiva evolutiva: la concepción de una acción o una omisión como maltratante o negligente y su nivel de gravedad se deben establecer en función de la edad del niño.
2. La presencia de factores de vulnerabilidad en el niño: algunas acciones u omisiones pueden ser dañinas para los niños que presentan hándicaps físico o neuropsicológico.
3. La existencia de daño real y potencial: el daño potencial implica establecer una predicción de que en un futuro los comportamientos parentales serán dañinos en un determinado nivel de severidad.

Estas perspectivas manifiestan, no sólo la enunciación de ciertos criterios, sino que han podido integrar distintos elementos necesarios para la configuración del maltrato infantil. Es decir, han articulado en sí, elementos divergentes para ofrecer una perspectiva holística, aunque vinculada preferente y focalizadamente desde el ámbito psi sin integrar lo social. Otra de las diferencias considerables que se presentan en las perspectivas expuestas por Arruaba-

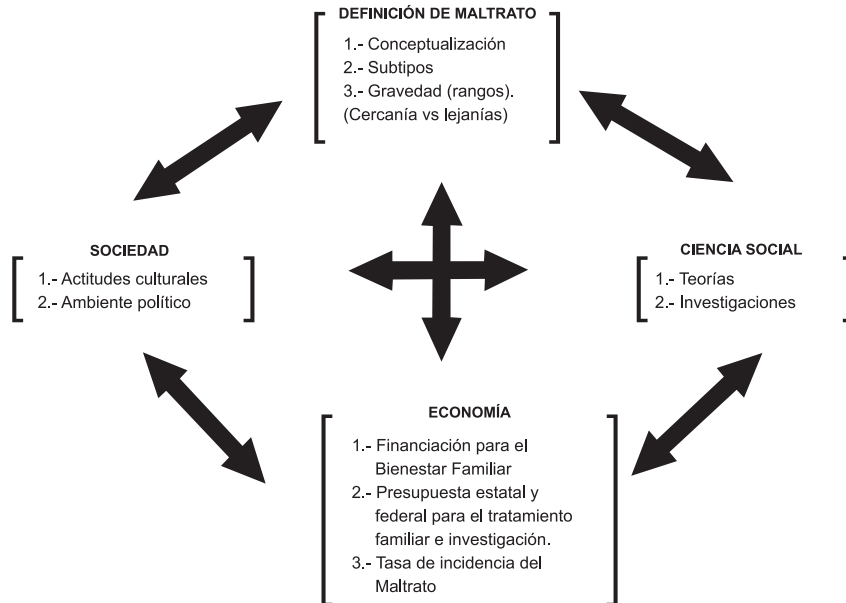
3. Aproximaciones conceptuales desde la Perspectiva de Género a la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia

rena & De Paúl, (1994), es supeditar el daño a lo que en el/la niño/a significan y producen.

A los criterios anteriormente expuestos, y teniendo presente una mirada globalizadora de los elementos previos, Barnett, Manly y Cichetti (1993) expresan que para la construcción de una definición son necesarias ciertas dimensiones que determinan la definición del MNA. Estos autores/as proponen una visión sobre la multiplicidad de campos que pueden concurrir en lo que define el MNA: cuáles son las representaciones sociales, cuál es la inversión económica dispuesta para programas que permitan la prevención de la problemática y cuál es el estado de la ciencia e investigación sobre el abordaje, prevención y detección. Estos determinantes son expresados por los autores a través del siguiente esquema:

Cuadro N° 1:

Los determinantes de la definición de maltrato a la niñez y adolescencia. (Barnett, Manly, & Cicchetti, 1993).



Tanto los criterios como los determinantes, expresados anteriormente permitirían establecer algunos elementos para ser considerados en cualquier definición que se realice de esta problemática. Tomaremos como referencia las definiciones locales sobre MNA.

2.2. La conceptualización del MNA en la Ley provincial N° 6551/97

En la provincia de Mendoza, se sancionó en el año 1997, la Ley N° 6551 que crea el Programa Provincial de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia (PPMI). En el artículo N° 2 de esta legislación se define al Maltrato a la Niñez y Adolescencia como: *“todo acto intencional realizado en contra de un niño o un adolescente*

y que ponga en riesgo su integridad física y emocional. Considérense todas las modalidades que lo configuran: maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia o abandono.” (Ley N° 6551, art. 2).

En el año 2009 después de varias discusiones sobre los subtipos o códigos², se acordó realizar una disposición interna donde se establecieron los tipos de maltrato que serían atendidos en la institución y se retomó, de la autora Pérez Chaca la siguiente definición: *Maltrato Infante-Juvenil son aquellas situaciones que por acción u omisión no accidental producen un daño (bio - psico y/o social) en el niño o adolescente vulnerando sus derechos, desde el uso de poder—económico, afectivo, físico, psicológico, etc.- por parte de un otro (por ejemplo adulto) a partir de una relación asimétrica, por lo cual reviste un carácter de intencionalidad y responsabilidad por parte de quien lo ejecuta”* (Perez Chaca, 2007).

Al analizar estas conceptualizaciones teniendo en cuenta el contexto socio-histórico de surgimiento (Kuhn, 1962 citado en Perez Chaca, 2009) podemos decir que en lo expresado por la Ley N° 6551 la caracterización de la lesión intencional y -como predicado de la misma-, la repercusión en el/la niño/a, formaron parte de los objetivos que enmarcaron el tratamiento del MNA. Sin embargo, en la disposición del 2009, tanto la caracterización de la lesión como la repercusión en el niño/a se profundizaron al expresar que: *“el maltrato infantil son situaciones que por acción u omisión no accidental producen un daño”*. Es notable como la lesión sigue protagonizando esta conceptualización, ya que se amplía la misma a otras dimensiones del ser humano como la psicológica y social, marcando que esta lesión se produce en un tipo de relación asimétrica, dejando fuera a relaciones entre pares. Se identifica al agresor, que encarna una relación desde el uso de poder, produciendo daño al niño o adolescente, sin distinción de género.

Es importante destacar que uno de los actores productor del mayor daño, en esta situación de violencia, es el adulto. Este adulto puede pertenecer a distintos ámbitos: familiar o extrafamiliar, comunitario o institucional. Esta mención de los ámbitos enmarca diferentes contextos de producción de la situación de daño e incluso la especificidad de la relación podría presentar distintos procedimientos de denuncia. En cuanto al desarrollo del/a niño/a, es importante destacar que según la relación es la importancia y la distinción en la protección de sus derechos. Es decir, no es lo mismo que la relación sea

² -Los códigos de abordaje diagnóstico utilizados por esta institución pública, fueron cambiando a través de los años de intervención. En el año 1998, se establecieron cuatro códigos que eran demasiado abarcativos y con poca precisión para el encuadre diagnóstico, a continuación se presentan: 1. Maltrato a la niñez y adolescencia físico y psicológico, 2. Desnutrición de segundo y tercer grado por negligencia y abandono, 3. Reingresos recurrentes, 4. Maltrato institucional, y por último, violación de los derechos del niño y el adolescente según la Convención Internacional, la Ley nacional N° 23849, Ley provincial N° 6354 y Ley provincial N° 6551 (Programa Provincial de Prevención y Atención del Maltrato infantil, 1999).

Después de algunos años y en referencia escrita a partir del 2007 se realizó una nueva codificación donde se incluían 8 códigos: 5.1 Maltrato físico, 5.2. Maltrato emocional, 5.3. Negligencia y abandono, 5.4 Abuso sexual, 5.5 Síndrome de Munchäusen by proxy, 5.6 Reingresos recurrentes al Hospital, 5.7 Desnutrición en segundo y tercer grado, 5.8. Maltrato institucional (Mollo S. A., 2007). Recién en el año 2009 se codifica nuevamente y se reducen a 5 códigos o parámetros: 5.1 Maltrato físico, 5.2. Maltrato emocional, 5.3. Negligencia, 5.4 Abuso sexual, 5.5 Síndrome de Munchäusen by proxy (Mollo, Martín & Stagni, 2009).

La codificación representó el cambio de las perspectivas y el reordenamiento de incumbencias del PPML.

padre-madre-niño/a que profesor/a de educación física-estudiante o sacerdote-niño/a.

Sobre el concepto anterior se podría decir que no ha expresado explícitamente la severidad del daño producido en determinada etapa del desarrollo del niño/a o adolescente, la influencia de factores de vulnerabilidad, las medidas y dimensiones afectadas desde la perspectiva de derechos, y la perspectiva de género, que no consiste mínimamente en un agregado del artículo "a", sino en la concepción arraigada, desinhibida y naturalizada de cómo se observa a la niñez.

2.3. Subtipos y/o dimensiones de la atención del MNA

Kempe y Kempe (1985), describían el fenómeno del MNA, distinguiendo cuatro categorías, a las que adhiere la mayoría de los autores que hablan acerca del tema. Las modalidades que lo configuran son: Maltrato físico, Maltrato emocional o psicológico, Negligencia y Abandono y Abuso Sexual Infantil.

Es frecuente encontrar que un niño víctima de malos tratos sufra más de un tipo de MI y que los casos puros de un determinado tipo de maltrato sean una excepción (Milling Kinard, 1998). Por lo tanto, la mayoría de los casos detectados por los servicios de atención familiar se refieren a casos que incluyen la co-ocurrencia de varios tipos de maltrato (Muela Aparicio, 2008).

A continuación se describe lo expresado en la disposición 2009 del PPMI, como ejemplo de las dimensiones involucradas, diagnosticadas y abordadas del maltrato a la niñez y adolescencia. En la disposición se detallan 5 tipos: maltrato físico (dimensión biológica)³, maltrato psicológico (dimensión psicológica), negligencia (dimensión social), abuso sexual (dimensión bio-psico-social) y síndrome de Munchäusen by proxy (dimensión psiquiátrica).

1. El maltrato físico

Es el uso intencional de la fuerza física por parte de la madre, padre o tercero conviviente, con el objeto de castigar y/o lastimar al niño, niña o adolescente.

2. El maltrato psicológico

Está constituido por conductas de padre, madre o cuidador, tales como insultos, amenazas, desprecios, humillaciones, críticas, burlas o aislamientos, que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño/a o adolescente. Es aquel conjunto de manifestaciones crónicas, persistentes y muy destructivas que amenazan el normal desarrollo psicológico del niño/a.

3. La negligencia

Es la falta de atención adecuada de las necesidades básicas del niño, por parte de un adulto responsable del grupo conviviente. Éstas, pueden ser alimentación, higiene, seguridad, atención médica, educación y otras. Se entiende que en ningún caso configura maltrato si esta desatención tiene que ver con pobreza extrema y/o falta de recursos propios. La negligencia es una falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas

³ -Las dimensiones expresadas en este párrafo no representan una división tajante entre una y otra sino que se interrelacionan entre sí, aunque haya incumbencias específicas de tratamiento y diagnóstico.

necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico e impedimento a la educación.

4. El abuso sexual

El abuso sexual infantil (ASI) es definido como “toda aquella situación en que un adulto utiliza su interrelación con un *niño/a*⁴ en relación de sometimiento, para obtener una satisfacción sexual en condiciones tales en que el niño o niña son sujetos pasivos de tales actos y pierden la propiedad de sus propios cuerpos” (Grosman & Mesterman, 1992 citados en Mollo, Martín, & Stagni, 2009). Es importante mencionar en este punto que la definición de abuso sexual en salud difiere de la establecida para su configuración como tipo penal, la cual exige necesariamente contacto físico. Por otra parte, es uno de los tipos de maltrato que implica mayores dificultades a la hora de producir un diagnóstico.

Las formas más comunes de abuso sexual son: el incesto, la violación, la vejación y la explotación sexual. También incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño, la exposición de órganos sexuales a un niño o su exposición a material pornográfico, películas, material gráfico entre otros (Mollo, Martín, & Stagni, 2009).

5- Síndrome de Munchausen by Proxy

Este síndrome se expresa a través de la simulación o “fabricación” de síntomas por parte del padre, madre o tutor que conllevan a exploraciones invasivas, provocando sufrimiento innecesario y confusión en el diagnóstico, ocasionando daños irreparables, pudiendo llegar hasta la misma muerte del niño. Si bien este tipo de maltrato no es común, en Mendoza se han detectado varios casos. Se observa que el/la niño/a presenta síntomas referidos por el/la progenitor/a que no admiten explicaciones (hemorragias, síntomas neurológicos, alteraciones en los exámenes complementarios), además de una recurrencia inexplicable de enfermedades. En este caso, los supuestos síntomas no se evidencian en ausencia del progenitor, que estaría excesivamente atento y difícilmente se separa del hijo (Mollo, Martín, & Stagni, 2009).

2.4. Severidad y cronicidad evaluada en MNA

La severidad y cronicidad de una situación de MNA son evaluadas de acuerdo con el criterio del/los profesional/es⁵, es decir que no existe un nomenclador o documento que rija estos indicadores.

En cuanto al ámbito de investigación, Morelato (2009) ha realizado una clasificación acerca de la cronicidad y severidad de acuerdo a la tipología de maltrato que afecta al niño/a o adolescente. El artículo es una adaptación al plano local de la clasi-

⁴ - En realidad en la definición original se expresa la palabra menor, en lugar de niño/a. La primera mención hace referencia al Paradigma de la Situación Irregular y el segundo constructo al Paradigma de la Protección Integral.

⁵ Los equipos de trabajo están compuestos por un Médico (Pediatra o Médico de Familia), Psicóloga/o y Trabajador Social o Lic. en Niñez, Adolescencia y Familia y la atención se realiza en Centros de Salud y/u Hospitales Regionales.

ficación de Barnett, Manly, & Cicchetti (1993), la revisión de Cicchetti, Rogosch, Manly & Lynch, M. (2005) y los trabajos de Arruabarrena y De Paúl (2001). El documento se ordena a partir de los tipos de maltrato, detalla indicadores de detección y conocimiento, y clasifica de 1 a 5 el nivel de severidad a través de la numeración de conductas concretas de daño. Este documento local, si bien es una herramienta necesaria para el tratamiento, no ha sido implementada por los equipos de tratamiento. Además la perspectiva de género es nuevamente el factor ausente en el nivel de daño, en los indicadores de conocimiento y detección y en las diferentes tipologías.

3.- Perspectiva de género

A fin de introducirnos en esta visión o perspectiva, debemos tener presente cómo la posición masculina prevalece en el orden sexual existente. Esta posición no es sostenida únicamente por los hombres sino también por las mujeres, por eso hablamos de orden sexual y no de relaciones particulares. También es necesario afirmar, que el orden sexual existente en la sociedad ha ido generando transformaciones que resultan necesarias para ser vinculadas a espacios de pensamiento y reflexión, ya que son realidades cotidianas en el abordaje asistencial.

3.1. Algunas notas representativas de lo expuesto por Pierre Bourdieu

En el año 2000 se publica un texto de Pierre Bourdieu a partir de una cuestión movilizadora: *“¿cuáles son los mecanismos históricos responsables de la deshistorización y de la eternización relativas de las estructuras de división sexual y de los principios de división correspondiente?”* (Bourdieu, 2000). Dicha obra surge, según manifiesta el autor, “arrastrado por todo la lógica de su investigación” (Bourdieu, 2000) y donde intenta “esforzarse en referir el inconsciente que gobierna las relaciones sexuales” (Bourdieu, 2000).

3.1.1. La división entre los sexos parece estar «en el orden de las cosas»

Para describir brevemente lo expuesto por este autor, comenzaremos transcribiendo lo siguiente: *“Arbitraria, vista aisladamente, la división de las cosas y de las actividades (sexuales o no) de acuerdo con la oposición entre lo masculino y lo femenino recibe su necesidad objetiva y subjetiva de su inserción en un sistema de oposiciones homólogas, alto/bajo, arriba/abajo, delante/detrás, derecha/izquierda, recto/curvo (oblicuo) (y pérfido), seco/húmedo, duro/blando, sazonado/soso, claro/oscuro, fuera(público)/dentro(privado), que, para algunos, corresponden a unos movimientos del cuerpo (alto/ bajo /subir/bajar, fuera/dentro, salir/entrar). Al ser parecidas en la diferencia, estas oposiciones suelen ser lo suficientemente concordantes para apoyarse mutuamente en y a través del juego inagotable de las transferencias prácticas y de las metáforas, y suficientemente divergentes para conferir a cada una de ellas una especie de densidad semántica originada por la sobredeterminación de afinidades, connotaciones y correspondencias”* (Bourdieu, 2000).

A partir de lo descripto, se afirma que la diferencia sexual está inscrita y tiene su correspondencia con otras oposiciones preexistentes entre diferentes cosas, por

ejemplo: alto/ bajo, arriba/abajo, delante/detrás, derecha/izquierda, entre otras.

Estas oposiciones que “no son ahistóricas”, ni “naturales y normales” sino que “son el producto de un trabajo histórico de eternización” (Bourdieu, 2000), tienen su fuerza en el orden masculino, el cual se descubre que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarlas (Bourdieu, 2000).

A su vez, el orden social construye el cuerpo como realidad sexuada y como dispositivo de principios de visión y de división sexuales, así es como este programa social incorporado se aplica a todas las cosas del mundo y en primer lugar al cuerpo en sí en su realidad biológica (Bourdieu, 2000). Las diferencias anatómicas entre el cuerpo femenino y masculino son *percibidas y construidas de acuerdo a esquemas prácticos de la visión androcéntrica. Es aquí, donde se observa que la visión androcéntrica se convierte en el garante más indiscutible de significación y visión, porque concuerda con los principios de visión del mundo* (Bourdieu, 2000) legitima una relación de dominación inscribiéndola en una naturaleza biológica que es en sí mismo una construcción social (Bourdieu, 2000).

En otras palabras, podría decirse, que existe una continua demostración a través de diferentes instancias: llámese generación (la abuela que enseña a la hija cómo se significa el llanto del bebé), llámese institución (la/el docente que enseña cómo se debe sentar una niña o el sacerdote que explica en la homilía cómo deben venir vestidos los feligreses), llámese espacios públicos (la famosa frase caballeresca: “primero las damas”); que hacen que entendamos que ciertas diferencias corporales, refieren a ciertas ideas, expectativas⁶, comportamientos u objetos que la sociedad (nosotros/as) añade o liga casi automáticamente.

Estas ideas, expectativas, comportamientos u objetos son tácitos y obvios sin ni siquiera ser cuestionados. Por ejemplo: en los hospitales es según el sexo del/a bebé, el color que se incorporará al niño/a (azul o rosa); las programaciones infantiles que muestran las dinámicas entre príncipe-princesa, donde las princesas tiene ciertos atributos entre ellas que “esperan ser rescatadas”, y los príncipes que a través de su corcel recorrerán en forma activa múltiples obstáculos para llegar a su dama encerrada en la torre⁷; o los regalos que se hacen en fiestas comerciales donde se observa la línea clara entre juguetes para niños y juguetes para niñas. Es en la niñez donde esta visión de género no se cuestiona, ya que se ligan automáticamente ciertos objetos con el género.

Además, resulta destacable que el estudio de la estructura de dominación no implica una distancia respecto de la acción sobre lo particular. Es decir, no es compatible pensar que la dominación masculina es parte de los atravesamientos globales e

⁶ - Dichas expectativas colectivas están inscriptas en el entorno familiar, bajo la forma de la oposición entre el universo público, masculino, y los mundos privados, femeninos, entre la plaza pública y la casa (Bourdieu, 2000).

⁷ - Actualmente en España una autora creó un cuento que se llama “Superlola”, donde la protagonista del mismo señala: “Superlola es una heroína de cuento, pero no de un cuento de hadas y princesas. Superlola es fuerte, es valiente, ayuda a los que le rodean y, con su forma de actuar, rompe los estereotipos sexistas. Porque tiene claro que ese tipo de cosas no es sólo cosa de príncipes azules”. Afirma Gema Oteló (autora), que para dar vida a Superlola, Gema se inspiró en su hija, preguntándose: “¿De verdad somos libres para elegir si sólo me han regalado cocinitas o trajes rosas?” (Ramajo, 2014).

históricos sin posibilidad de cambio, excepto en el largo plazo. Ya que el mismo autor refiere que: “*La estructura de la dominación masculina es el principio último (...) de innumerables relaciones de dominación/sumisión singulares*” (Bourdieu, 2000).

3.1.2. Características de la dominación masculina en el género masculino

Estas *diferencias desigualadas* (Fernández, 2013) de esta estructura de dominación, representan las potestades y obligaciones que debe tener el dominante frente a los dominados. Estas condiciones a las que se remite Bourdieu son:

- **la virilidad**, entendida como capacidad reproductora, sexual y social, pero también como aptitud para el combate y para el ejercicio de la violencia (en la venganza sobre todo), es fundamentalmente una carga. En oposición a la mujer, cuyo honor, esencialmente negativo, sólo puede ser definido o perdido, al ser su virtud sucesivamente virginidad y fidelidad, el hombre «realmente hombre» es el que se siente obligado a estar a la altura de la posibilidad que se le ofrece de incrementar su honor buscando la gloria y la distinción en la esfera pública. La exaltación de los valores masculinos tiene su tenebrosa contrapartida en los miedos y las angustias que suscita la feminidad: débiles y principios de debilidad en cuanto que encarnaciones de la *vulnerabilidad* del honor (Bourdieu, 2000).

El privilegio masculino no deja de ser una trampa y encuentra su contrapartida en la tensión y la contención permanentes, a veces llevadas al absurdo, que impone en cada hombre el deber de afirmar en cualquier circunstancia su virilidad (Bourdieu, 2000).

La virilidad es un concepto eminentemente relacional construido ante y para los restantes hombres y contra la feminidad, en una especie de miedo de lo femenino, y en primer lugar en sí mismo (Bourdieu, 2000).

- **la masculinidad como nobleza:** Bourdieu describe que no es exagerado pensarlo de esta manera, ya que el hombre no puede realizar sin rebajarse determinadas tareas domésticas consideradas inferiores (entre otras razones porque no se considera que pueda realizarlas), las mismas tareas pueden ser nobles y difíciles cuando son realizadas por unos hombres, o insignificantes e imperceptibles, fáciles y triviales, cuando corren a cargo de las mujeres, como lo recuerda la diferencia que separa al cocinero de la cocinera, al modisto de la modista; basta con que los hombres se apoderen de tareas consideradas femeninas y las realicen fuera de la esfera privada para que se vean ennoblecidas y transfiguradas (Bourdieu, 2000).

- **el hombre y los juegos de poder:** en la medida en que la socialización diferencial dispone a los hombres a amar los juegos de poder y a las mujeres a amar a los hombres que los juegan, el carisma masculino es, por una parte, la fascinación del poder, la seducción que ejerce la posesión del poder, por sí misma (Bourdieu, 2000).

- **los hombres ¿son libres o disculpados de esta estructura dominante?:** Bourdieu refiere en repetidas puntuaciones que “*Si las mujeres, sometidas a un trabajo de socialización que tiende a menoscabarlas, a negarlas, practican el aprendizaje de las virtudes negativas de abnegación, resignación y silencio, los hombres también están prisioneros y son víctimas subrepticias de la representación dominante*” (Bourdieu,

2000)". En línea con lo expresado el autor aclara que *"develar los efectos que la dominación masculina ejerce sobre los hábitos masculinos, no es, como algunos podrían creer, intentar disculpar a los hombres. Es explicar que el esfuerzo para liberar a las mujeres de la dominación, o sea, de las estructuras objetivas y asimiladas que se les imponen, no puede avanzar sin un esfuerzo por liberar a los hombres de esas mismas estructuras que hacen que ellos contribuyan a imponerlas"* (Bourdieu, 2000).

3.1.3. Características de la dominación masculina en el género femenino

Es, en la particularidad de este género, donde se observan claramente las *diferencias desiguales* (Fernández, 2013) de la dominación de unos/as sobre otros/as.

Bourdieu (2000) explica que: "en la génesis del hábito femenino y en las condiciones sociales de su actualización, contribuye a hacer de la experiencia femenina del cuerpo, el límite de la experiencia universal del **cuerpo-para-otro**, incesantemente expuesta a la objetividad operada por la mirada y el discurso de los otros (Bourdieu, 2000). Es decir, que el cuerpo femenino no es sujeto sino objeto de dominación y atravesamiento del discurso sin posibilidad de apropiación por parte de las mujeres. El autor expone que: la dominación masculina, que convierte a las mujeres en objetos simbólicos, cuyo ser (esse) es un ser percibido (percipi), tiene el efecto de colocarlas en un estado permanente de inseguridad corporal o, mejor dicho, de dependencia simbólica (Bourdieu, 2000).

Ser mujer, es básicamente **"ser percibido"** y percibido por la mirada masculina o por las categorías masculinas. Ser «femenina» equivale esencialmente a evitar todas las propiedades y las prácticas que pueden funcionar como unos signos de virilidad, y decir de una mujer poderosa que es muy «femenina» sólo es una manera sutil de negarle el derecho a ese atributo claramente masculino que es el poder (Bourdieu, 2000).

El cuerpo percibido, está determinado doblemente y desde el punto de vista social: por una parte, por las condiciones de trabajo⁸ y los hábitos alimenticios, lo que permite asociar unas propiedades «psicológicas» y «morales» a unos rasgos corporales o fisiognómicos; y por otra parte, estas propiedades corporales son aprehendidas a través de los esquemas de percepción cuya utilización en los actos de evaluación depende de la posición ocupada en el espacio social (Bourdieu, 2000).

Estos principios se transmiten, en lo esencial, de cuerpo a cuerpo, sin necesidad de la conciencia y del discurso, escapan en buena parte a la presión del control consciente y a través de ahí a las transformaciones o a las correcciones; más aún, al estar objetivamente programados, se confirman y se refuerzan mutuamente (Bourdieu, 2000).

Resulta importante detenernos en las objeciones respecto de ciertos sectores asistenciales pero fundamentalmente disciplinares e institucionales, que invitan a pensar que la dominación masculina en la actualidad tiene nula vigencia o que se encuentra

⁸ - Condiciones de trabajo, entendida como aquellas condiciones sociales de producción y reproducción que operan como mediadoras en el cuerpo y que son aparentemente naturales (Bourdieu, 2000).

en extinción⁹. Sin embargo, cabe destacar que “los cambios visibles de las condiciones ocultan unas permanencias en las posiciones relativas” (Bourdieu, 2000) básicamente porque los cambios actúan en base a *tres principios prácticos que las mujeres, y también su entorno, ponen en práctica en sus decisiones. El primero de esos principios es que las funciones adecuadas para las mujeres son una prolongación de las funciones domésticas: enseñanza, cuidado, servicio; el segundo pretende que una mujer no puede tener autoridad sobre unos hombres, y tiene, por tanto, todas las posibilidades, en igualdad, como es natural, de las restantes circunstancias, de verse postergada por un hombre en una posición de autoridad y de verse arrinconada a unas funciones subordinadas de asistencia; el tercero confiere al hombre el monopolio de la manipulación de los objetos técnicos y de las máquinas* (Bourdieu, 2000).

3.1.4. La dominación masculina como violencia simbólica

La visibilización realizada de los mecanismos de la dominación masculina se corresponden con mecanismos de violencia. Sin embargo, este tipo de violencia, no es simple de observar, aunque sea obvia y prescindida de explicación, ya que opera a través de códigos entendidos tanto por dominados como dominadores, llamada violencia simbólica. Bourdieu explica que: *La violencia simbólica se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador (por consiguiente a la dominación). Hacen que esta relación parezca natural por asimilación de clasificación* (Bourdieu, 2000).

La asimilación de la clasificación como fuerza simbólica se ejerce *directamente sobre los cuerpos y como por arte de magia, al margen de cualquier coacción física; (...) opera apoyándose en unas disposiciones registradas, a la manera de unos resortes, en lo más profundo de los cuerpos. Si es capaz de actuar como un disparador, es decir, con un gasto extremadamente bajo de energía, es porque se limita a desencadenar las disposiciones que el trabajo de inculcación y de asimilación ha realizado en aquellos o aquellas que, gracias a ese hecho, le dan pábulo (comida). En otras palabras, la trenza simbólica encuentra sus condiciones de realización, (...) en el inmenso trabajo previo que es necesario para operar una transformación duradera de los cuerpos y producir las disposiciones permanentes que desencadena y despierta; acción transformadora tanto más poderosa en la medida que se ejerce, (...) de manera invisible e insidiosa, a través de la familiarización insensible con un mundo físico simbólicamente estructurado y de la experiencia precoz y prolongada de interacciones penetradas por unas estructuras de dominación.*

Es tal el poder de esta dominación que los dominados contribuyen, unas veces

⁹ - El discurso realizado del 28 de diciembre de 2013, por el presidente de Ecuador Rafael Correa, en el programa radial y de TV “Enlace de ciudadano”, explica sobre la ideología de género que: “Creo en la familia y creo que esta ideología de género, que estas novelorías, destruyen la familia convencional, que sigue siendo y creo que seguirá siendo la base de nuestra sociedad (...), Que no existe hombre y mujer natural, que el sexo biológico no determina al hombre y a la mujer, sino las ‘condiciones sociales’. Y que uno tiene derecho a la libertad de elegir incluso si uno es hombre o mujer. ¡Vamos, por favor! ¡Eso no resiste el menor análisis! (...) No traten de imponerlo al resto y no se lo impongan a los chicos, porque hay gente que está enseñando eso a nuestros jóvenes” (Rafael Correa rechaza la “absurda” y “peligrosísima” ideología de género, 2014).

sin saberlo y otras a pesar suyo, a su propia dominación al aceptar tácitamente los límites impuestos. Adoptan a menudo la forma de emociones corporales -vergüenza, humillación, timidez, ansiedad, culpabilidad- o de pasiones y de sentimientos -amor, admiración, respeto-; emociones a veces aún más dolorosas cuando se traducen en unas manifestaciones visibles, como el rubor, la confusión verbal, la torpeza, el temblor, la ira o la rabia impotente, maneras todas ellas de someterse, aunque sea a pesar de uno mismo y como de mala gana, a la opinión dominante, y manera también de experimentar, a veces en el conflicto interior y el desacuerdo con uno mismo, la complicidad subterránea que un cuerpo que rehúye las directrices de la conciencia y de la voluntad mantiene con las censuras inherentes a las estructuras sociales (Bourdieu, 2000).

Es importante destacar, que la violencia simbólica no opera en el orden de las intenciones conscientes (Bourdieu, 2000). Agrega en relación a esto, que el efecto de la dominación simbólica no se produce en la lógica pura de las conciencias conocedoras, sino a través de los esquemas de percepción, de apreciación y de acción que constituyen los hábitos y que sustentan, antes que las decisiones de la conciencia y de los controles de la voluntad, una relación de conocimiento profundamente oscura para ella misma.

Debido a que el fundamento de la violencia simbólica no reside en las conciencias engañadas que bastaría con iluminar, sino en unas inclinaciones modeladas por las estructuras de dominación que las producen, la ruptura de la relación de complicidad que las víctimas de la dominación simbólica conceden a los dominadores sólo puede esperarse de una transformación radical de las condiciones sociales de producción de las inclinaciones que llevan a los dominados a adoptar sobre los dominadores y sobre ellos mismos un punto de vista idéntico al de los dominadores.

La violencia simbólica sólo se realiza a través del acto de conocimiento y de reconocimiento práctico que se produce sin llegar al conocimiento y a la voluntad y que confiere su «poder hipnótico» a todas sus manifestaciones, conminaciones, sugerencias, seducciones, amenazas, reproches, órdenes o llamamientos al orden. Pero una relación de dominación que sólo funcione por medio de la complicidad de las inclinaciones hunde sus raíces, para su perpetuación o su transformación, en la perpetuación o la transformación de las estructuras que producen dichas inclinaciones (y en especial de la estructura de un mercado de los bienes simbólicos cuya ley fundamental es que las mujeres son tratadas allí como unos objetos que circulan de abajo hacia arriba) (Bourdieu, 2000).

3.1.5. ¿Quiénes o qué trabaja reproduciendo la violencia simbólica?

Bourdieu (2000) expresa, en varias oportunidades, que el trabajo de reproducción queda asegurado por cuatro instancias principales: **la Familia, la Iglesia, la Escuela y el Estado**; las que se encuentran *objetivamente orquestadas* actuando sobre las estructuras inconscientes.

- **la Familia** es la que asume sin duda el papel principal en la reproducción de la dominación y de la visión masculinas; en la familia se impone la experiencia precoz de la división sexual del trabajo y de la representación legítima de esa división, asegurada por el derecho e inscrita en el lenguaje.

- **la Iglesia**, por su parte, habitada por el profundo antifeminismo de un clero dispuesto a condenar todas las faltas femeninas a la decencia, especialmente en materia de indumentaria, y notoria reproductora de una visión pesimista de las mujeres y de la feminidad, inculca (o inculcaba) explícitamente una moral profamiliar, enteramente dominada por los valores patriarcales, especialmente por el dogma de la inferioridad natural de las mujeres.

- **La Escuela**, finalmente, incluso cuando está liberada del poder de la Iglesia, sigue transmitiendo los presupuestos de la representación patriarcal (basada en la homología entre la relación hombre/mujer y la relación adulto/niño), y sobre todo, quizás, los inscriptos en sus propias estructuras jerárquicas, todas ellas con connotaciones sexuales (...) La totalidad de la cultura "docta", no ha cesado de transmitir, hasta una época reciente, unos modos de pensamiento y unos modelos arcaicos y unos discursos oficiales sobre el segundo sexo en el que colaboran teólogos, legisladores, médicos y moralistas, y que tiende a restringir la autonomía de la esposa, especialmente en materia de trabajo, en nombre de su naturaleza «pueril» y necia, haciendo que cada época rebusque en los «tesoros» de la época anterior.

- **el Estado**, que ha acudido a ratificar e incrementar las prescripciones y las proscripciones del patriarcado privado con las de un patriarcado público, inscripto en todas las instituciones encargadas de gestionar y de regular la existencia cotidiana de la unidad doméstica, convirtiendo a la familia patriarcal en el principio y en el modelo del orden social como orden moral, basado en la preeminencia absoluta de los hombres con respecto a las mujeres, de los adultos con respecto a los niños, y de la identificación de la moralidad con la fuerza, con la valentía y con el dominio del cuerpo, sede de las tentaciones y de los deseos, los Estados modernos han inscripto en el derecho de la familia, y muy especialmente en las reglas que regulan el estado civil de los ciudadanos, todos los principios fundamentales de la visión androcéntrica (Bourdieu, 2000).

El documento que presenta Bourdieu (2000), expone y enmarca a la división sexual en el conjunto de oposiciones homologadas del orden social general, describe con claridad cómo la dominación masculina participa de los canales de la estructura social, a través de disposiciones (habitus) reproducidas por las instancias institucionales (habitudes). Estas disposiciones sientan precedente histórico por el inmenso trabajo previo realizado, cuyo correlato es la misma institución de la violencia en la cual las mujeres son negadas en cuanto sujetos, reduciéndolas al estado de objetos o instrumentos de la política masculina.

A su vez, el mismo autor pone en vilo al lector respecto de encarnar la lucha contra la dominación masculina como si fuera sólo un enfrentamiento a conciencia y voluntad, y además se actualiza su análisis, a las distintas situaciones actuales donde los cambios siguen siendo un enlace con las distintas posiciones otorgadas a hombres y mujeres históricamente. Para ello, resulta necesario establecer una acción política que tome consideración de los efectos de esta violencia simbólica, a fin de contribuir a su extinción (Bourdieu, 2000).

3.2. Aspectos generales de la perspectiva de género

En este apartado –central para el posterior análisis–, nos detendremos en los usos y

confusiones generalmente asociados a la idea de género. Luego, abriremos el análisis a través de una definición que a nuestro criterio resulta adecuada y englobadora de las distintas vertientes de estudio sobre esta perspectiva.

3.2.1. Usos comunes y confusiones.

El concepto de género en la actualidad, tiene una multiplicidad de usos e incluso confusiones que presentan impedimentos ideológicos y heurísticos para adherir a esta perspectiva desde un enfoque analítico y de intervención. Barbieri (1996) desarrolla con mayor claridad algunos de estos usos:

- Dentro del propio movimiento de mujeres se emplea como sinónimo de feminismo, y de puntos de vista, experiencias e intereses de las mujeres. Se dice “perspectiva de género” cuando se refiere a la perspectiva de las mujeres y, por lo general, de un grupo de mujeres determinadas; o a la posición de feministas o a una vertiente dentro del movimiento (De Barbieri, 1996). A su vez, Lamas (1996) explica que el término género suena más neutral y objetivo que “mujeres”.
- En años recientes, en el análisis social y en los ordenamientos burocráticos cotidianos, se sustituye la variable sexo. Cada vez es más frecuente encontrar tablas estadísticas en que en lugar de “sexo” se dice “género”.
- Algunas académicas feministas han llamado la atención sobre el uso del concepto para no nombrar y ocultar a las mujeres y a los procesos de subordinación, así como el carácter despolitizador del proceso de apropiación-expropiación (Díaz Roenner, 1995 citado en De Barbieri, 1996).
- Otros autores ven en el uso indiscriminado e impreciso de la categoría género como sinónimo de mujeres, o de varones y mujeres en relaciones de desigualdad y conflicto, un intento más o menos sutil de opacar y tender a la desaparición del conflicto de clases y los procesos específicos de la explotación, en las condiciones actuales del capitalismo globalizado y globalizador.
- Y Nicholson (1992 citada en De Barbieri, 1996) se pregunta si la categoría género puede ser empleada para designar la condición de las mujeres y la de los varones, en otras sociedades distintas de las occidentales (De Barbieri, 1996).

Estos usos y muchos más son los signados al concepto género, tiñendo de esta manera la perspectiva de género. A su vez, representan discusiones y debates internos y externos, de carácter académico preferentemente.

A continuación aclararemos cuál es la definición utilizada para el concepto de referencia.

3.2.2. Especificaciones de la categoría género

La definición que creemos resulta adecuada como categoría de análisis es la empleada por Joan W. Scott (1986 citada en Lamas, 1996), que propone primero la conexión entre dos ideas: el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. Luego la autora distingue cuatro elementos principales:

3. Aproximaciones conceptuales desde la Perspectiva de Género a la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia

- Los símbolos y los mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples.
- Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos.
- Las instituciones y organizaciones de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, la política.
- La identidad. Scott señala que aunque aquí se destacan los análisis individuales – las biografías- también hay posibilidad de tratamientos colectivos que estudian la construcción de la identidad genérica en grupos (Lamas, 1996).

Si bien existe una amplia discusión entre diferentes autores/as sobre la definición empleada por Scott, este constructo representa a las distintas tradiciones y disciplinas que han intentado desarrollar posturas y teorías en relación con la conceptualización de género.

A continuación nos detendremos con mayor profundidad en algunas diferenciaciones y elementos que constituyen y acompañan la perspectiva género.

• **Sexo biológico y diferencia sexual**

Ambos conceptos se relacionan con el concepto de género pero es necesario no confundirlos, ya que no pertenecen a la especificidad demarcada por esta construcción genérica.

Sexo biológico

Lamas (1996) expone con claridad, la diferenciación e interrelación entre género y sexo biológico:

Los seres humanos simbolizamos un material básico, que es idéntico en todas las sociedades: la diferencia corporal, específicamente el sexo. Aunque la biología muestra que los seres humanos vienen en dos sexos, son más las combinaciones que resultan de las cinco áreas fisiológicas de las cuales depende lo que, en términos generales y muy simples, se ha dado en llamar el "sexo biológico" de una persona: genes, hormonas, gónadas, órganos reproductivos internos y órganos reproductivos externos (genitales)¹⁰.

Estas áreas controlan cinco tipos de procesos biológicos en un continuum –no una dicotomía de unidades discretas- cuyos extremos son: lo masculino y lo femenino. Por eso las investigaciones más recientes en el tema señalan que, para entender la realidad biológica de la sexualidad es necesario introducir la noción de intersexos (Fausto, 1993). Como dentro del continuum podemos encontrar una sorprendente variedad de posibilidades combinatorias de caracteres, cuyo punto medio es el hermafroditismo, los intersexos serían, precisamente, aquellos conjuntos de características fisiológicas en que se combina lo femenino con lo masculino. Una clasificación rápida, y aún insuficiente¹¹, de estas combinaciones nos obliga a reconocer por lo menos cinco "sexos" biológicos:

- *Varones (personas que tienen dos testículos).*

¹⁰ - El subrayado es del autor a fin de demarcar la contundencia de las áreas señaladas por Lamas (1996) para el sexo biológico.

¹¹ - El subrayado hace hincapié en lo expuesto sobre Lamas (1996) en relación con lo insuficiente de la clasificación que expone.

- *Mujeres (personas que tienen dos ovarios).*
- *Hermafroditas o herms (personas que tienen al mismo tiempo un testículo y un ovario).*
- *Hermafroditas masculinos o merms (personas que tienen testículos pero que presentan otros caracteres sexuales femeninos).*
- *Hermafroditas femeninos o fermms (personas con ovarios pero con caracteres sexuales masculinos).*

Esta clasificación funciona sólo si se toman en cuenta los órganos sexuales internos y los caracteres sexuales "secundarios" como una unidad. Pero si nos ponemos a imaginar la multitud de posibilidades a que pueden dar lugar las combinaciones de las cinco áreas fisiológicas ya señaladas, veremos que la dicotomía hombre/mujer es, más que una realidad biológica, una realidad simbólica o cultural. Esta dicotomía se refuerza por el hecho de que casi todas las sociedades hablan y piensan binariamente¹², y así elaboran sus representaciones. Las representaciones sociales son construcciones simbólicas que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas (Lamas, 1996).

El sexo biológico, estaría vinculado a las áreas filosóficas del material concreto corporal, las representaciones sociales que separan en forma binaria hombre y mujer forma parte de lo puesto en valor en la concepción de género.

Diferencia sexual

Lamas (1996) expone otra diferenciación de lo que se llama género, que ofrece confusión, y debate respecto de los campos psicológicos y sociales en relación con el término género, cuyo concepto es el de diferencia sexual. La autora explica que *diferencia sexual, desde el psicoanálisis, es una categoría que implica la existencia del inconsciente; desde las ciencias sociales se usa como referencia a la diferencia entre los sexos, y desde la biología incluye otra serie de diferencias no visibles (hormonales, genéticas, entre otras). Tal vez se podría llegar a definir la diferencia sexual como una realidad corpórea y psíquica, presente en todas las razas, etnias, clases, culturas y épocas históricas, que nos afecta subjetiva, biológica y culturalmente (Lamas, 1996).*

La autora –según señala– no se ciñe a lo expuesto por el Psicoanálisis, sin embargo expone que este concepto trabajado en el plano psi, existe una tendencia a confundirlo, y apunta: *así como se usa género en vez de sexo, existe una tendencia a sustituir la categoría analítica diferencia sexual por género, eludiendo el papel del inconsciente en la forma de la subjetividad y la sexualidad. Profundiza lo dicho, señalando: con la sustitución del concepto diferencia sexual por género se evitan conceptos como deseo e inconsciente y se simplifica el problema de la relación de lo social con lo psíquico. Esta incapacidad (¿resistencia?) para comprender el ámbito psíquico lleva a mucha gente a pensar que lo que está en juego primordialmente son los factores sociales. Aunque las personas están configuradas por la historia de su propia infancia, por las relaciones*

¹² - Lo binario del orden social ha sido expuesto a través de la postura de Bourdieu (2000) al exponer los fundamentos de la dominación masculina.

pasadas y presentes dentro de la familia y en la sociedad, las diferencias entre masculinidad y feminidad no provienen sólo del género, sino también de la diferencia sexual, o sea, del inconsciente, de lo psíquico (Lamas, 1996). Y sigue: no se comprende que es absolutamente válida la insistencia del psicoanálisis en explorar el papel del inconsciente en la formación de la identidad sexual, así como descifrar la "compleja e intrincada negociación del sujeto ante fuerzas culturales y psíquicas" (...). Al analizar "la inestabilidad de tal identidad, impuesta en un sujeto que es fundamentalmente bisexual", Penley señala cómo destacan los mecanismos con los que las personas resisten las posiciones de sujeto impuestas desde afuera. Al mostrar que los hombres y las mujeres no están precondicionados, sino que ocurre algo diferente, el Psicoanálisis plantea algo distinto de una esencia biológica o de la marca implacable de la socialización: la existencia de una realidad psíquica. Así, el Psicoanálisis muestra los límites de las dos perspectivas - biológica y sociológica- con las que se pretendía explicar las diferencias entre hombres y mujeres. No es posible comparar o igualar el carácter estructurante de la diferencia sexual para la vida psíquica y la identidad del sujeto con las demás diferencias (biológicas -hormonales, anatómicas-, y sociales - de clase, de etnia, de edad). Las diferencias de índole cultural y social varían, pero la diferencia sexual es una constante universal. Se trata de cuestiones de otro orden (Lamas, 1996).

Básicamente la diferenciación que se hace entre diferencia sexual y género, se determina por la realidad psíquica (e inconsciente) que todo ser humano porta, en relación con la diferencia sexual; y la realidad social variante e histórica en la que se encuentran inmersos los seres humanos, determinante del concepto género.

• **Identidad sexual vs identidad de género**

En relación con la identidad último elemento expuesto por Scott (1986), es necesario reafirmar la diferenciación entre identidad sexual e identidad de género. Lamas (1996) expone:

La identidad genérica de las personas varía, de cultura en cultura, en cada momento histórico. Cambia la manera como se simboliza e interpreta la diferencia sexual, pero permanece la diferencia sexual como referencia universal que da pie tanto a la simbolización del género como a la estructuración psíquica. La identidad genérica se construye mediante los procesos simbólicos que en una cultura dan forma al género. La identidad genérica, por poner un ejemplo simple, se manifiesta en el rechazo de un niño a que le pongan un vestido o en la manera con que las criaturas se ubican en las sillitas rosas o azules de un jardín de infantes. Esta identidad es históricamente construida de acuerdo con lo que la cultura considera "femenino" o "masculino"; evidentemente estos criterios se han ido transformando. Hace treinta años pocos hombres se hubieran atrevido a usar un suéter rosa por las connotaciones femeninas de ese color; hoy eso ha cambiado, al menos entre ciertos sectores.

En cambio, la identidad sexual (la estructuración psíquica de una persona como heterosexual u homosexual) no cambia: históricamente siempre ha habido personas homo y heterosexuales, pues dicha identidad es resultado del posicionamiento imaginario ante la castra-

ción simbólica y de la resolución personal del drama edípico. La identidad sexual se conforma mediante la reacción individual ante la diferencia sexual, mientras que la identidad genérica está condicionada tanto históricamente como por la ubicación que la familia y el entorno le dan a una persona a partir de la simbolización cultural de la diferencia sexual: el género.

Retomando lo expuesto sobre perspectiva de género, se podría decir que: el concepto género tiene vinculación con la cultura y los mecanismos simbólicos acerca de cómo se construye en relación con el punto de apoyo que es el sexo biológico. A su vez, existe otro elemento aparte de lo social y lo biológico, que es precisamente cómo el sujeto aprehende esa diferencia sexual, es la realidad psíquica del sujeto posicionándose frente al drama edípico (proceso inconsciente). A fin de realizar una aclaración acerca de lo descripto, y teniendo presente que se han expuesto las diferencias, distinguimos que: sexo biológico no es género, diferencia sexual no es género e identidad sexual es diferente de identidad de género.

4. Algunas preguntas, conjeturas y reflexiones

Este trabajo intenta presentar un recorrido exploratorio y descriptivo, tanto de la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia, como de la perspectiva de género. Además, invita al debate, a repensar y reflexionar sobre categorías que es necesario reenfocar y analizar de manera omnisciente. ¿Por qué? Porque las situaciones maltratantes revisten diferentes modalidades a través del tiempo y el contexto, ancladas en diferentes códigos o representaciones sociales, que al igual que el género toman diferentes dimensiones en la irrupción del maltrato en la población infantil.

A su vez, propongo pensar tanto la problemática como la perspectiva, una en tensión a la otra. Es decir, poner en perspectiva al MNA y ser mirada desde la posibilidad “cierta” de prevenir las violencias simbólicas, productos de diferentes estereotipos arraigados en la sociedad sobre lo que es ser hombre o mujer. En segundo lugar, problematizar “el género” al ser proyectado en los diferentes mecanismos de dominación empleados con la niñez y adolescencia que implican violencia(s) implícitas fácilmente traducibles en explícitas.

A continuación, se explicitarán interrogantes, premisas y reflexiones producto de este recorrido a través del análisis de ciertos ejes:

- **Desde el Equipo tratante**

La lectura y análisis en clave de género interpela al lector a situarse en su realidad personal, a posicionar su historia en las distintas modalidades de aprendizaje frente a su género, a su vez interpela ciertas enseñanzas impartidas y tenidas como certezas incuestionables posicionándolas en el terreno de la crítica y la elección. Tarea que representa un desafío personal para ser retransmitido y develado por el sujeto tratante. ¿Por qué desafío personal? Porque básicamente es el develamiento de un tipo de dominación y la puesta en escena de mecanismos que a través de la revisión y análisis cotidiano del profesional en su perspectiva, permite desarrollar un enfoque acerca de una de las fuentes de la violencia.

Es posible que el sujeto se haya sentido interpelado e incluso atraído para profundizar en esta perspectiva, sin embargo resulta dificultosa la forma en que se administran herramientas para romper con esta lógica, al igual que al intentar acompañar/los en la construcción de nuevos horizontes.

En cuanto a lo interdisciplinario, esta forma de intervenir puede ser interpelada por

el colega, ya que remite al modo naturalizado en que hemos sido educados personal y familiarmente, y teniendo en cuenta lo que proporcionan los mecanismos de naturalización, el cuestionamiento no tiene lugar.

Esta perspectiva además permite acercarnos con mayor posibilidad a la realidad del sujeto, ya que la violencia simbólica no es patrimonio o atributo de un tipo de población, sino que al ser un modo de cómo el orden social se ordena, todos/as participamos. Sin embargo, este acercamiento puede resultar incómodo para el profesional que se sitúa como sujeto del saber frente a un sujeto -supuestamente- sin saber (Karsz, 2007), lo cual puede resultar una resistencia que se pone en juego en el escenario de la intervención (Carballeda A., 2008).

La controversia puede continuar si tenemos en cuenta la relación entre las diferentes disciplinas, y las distintas teorías o atravesamientos que se juegan en cada una. A su vez, tanto de los estudios biológicos como de lo sociales y psicológicos, han contribuido activamente para la preservación y reproducción de los distintos estereotipos tradicionales de género (Lamas, 1996).

• Desde Prevención – Intervención

La intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Así, la intervención implica una inscripción en ese otro sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una “marca” en la institución y desencadena una serie de dispositivos e instrumentos en ésta (Carballeda, 2006). Las estrategias de intervención se pueden definir como el conjunto de acciones y de procedimientos mediante los cuales se procura hacer efectiva cada etapa de un programa o proyecto, con el fin de que éste pueda realizarse de tal manera que todo se oriente hacia el logro de los objetivos propuestos (Ander-Egg, 1995).

La intervención tiene su objetivo en la acción, “procedimiento que actúa y hace actuar” (Carballeda, 2006), cuenta con ciertas acciones pensadas y reflexionadas en la intimidad de los equipos llamadas estrategias, las que están orientadas por objetivos explícitos e implícitos. Dichos objetivos hacen referencia a los objetivos del equipo e institucionales y objetivos co-construidos con las familias. Resulta interesante pensar a partir de lo expuesto: ¿Intervenir para una nueva clasificación del orden social o intervenir para detener la violencia? Entendiendo según Bourdieu (2000) que la dominación masculina se presenta como forma de ordenar la diferencia sexual¹³ existente, *haciendo que esta relación (de dominación) parezca natural por asimilación de clasificación, donde la asimilación se ejerce directamente sobre los cuerpos, al margen de cualquier coacción física; no podemos separar el modo de ordenar lo social de la violencia simbólica atribuida a la dominación patriarcal* (Bourdieu, 2000).

Resulta incongruente con la realidad plantear lo anterior, ya que la demanda de atención de casos es alta perdiéndose la mirada proyectiva -aunque es notable cómo la acción genera representaciones sociales en el sujeto- y se interviene en el corto plazo, desde la urgencia. Sin embargo, siguiendo los datos ofrecidos a través de estadísticas sobre las prestaciones del Programa Provincial de Prevención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia, se observa que las prestaciones del 2012 con mayor porcentaje son: el segui-

¹³ - Esta referencia a diferencia sexual no se condice con lo expresado con Lamas, y expuesto anteriormente, sino se expresa de acuerdo con lo coloquialmente llamado diferencia sexual o diferencia entre los sexos.

miento (21,7%) y orientación (17,8%) (Area Bioestadísticas y Epidemiología, 2013). Si bien no existe una definición clara para ambas prestaciones se podría deducir la importancia del acompañamiento del equipo con la familia, desde una posición de control y asesoramiento respectivamente. Es decir que la función de la actuación a través del consejo profesional resulta vital para el desarrollo del tratamiento o abordaje. Entonces no resulta incongruente pensar que el profesional debe capacitarse, pensarse y repensarse para luego trasladar estas formas aprehendidas en la intervención, tomando relevancia la capacitación del recurso humano al diagramar una estrategia, a fin de dejar de reproducir la violencia simbólica, ya que, teniendo presente lo expresado por Bourdieu (2000): la estructura de la dominación masculina es el principio último de estas innumerables relaciones de dominación/sumisión singulares (Bourdieu, 2000) en la intervención con los/as sujetos.

Es necesario ser prudentes acerca de ciertos objetivos de intervención o discursos que se desarrollen alrededor de:

- “maternidades esencialistas”, esta mirada criticada por Dietz, tiene su fundamento en “la idea de que la maternidad no sea simplemente un “papel” entre muchos. Las mujeres como madres, según Elshtain, son las cuidadoras de la “vida humana vulnerable” y la actitud que distingue el pensamiento maternal sostiene el principio de que “la realidad de una sola criatura humana [debe] tenerse siempre en mente” (Dietz, 1994). Pensar a la maternidad como función inherente del género femenino, es atrasarse en ciertas miradas religiosas que posicionan a la mujer en el ámbito privado donde “un silencio modesto es la corona de la mujer” (Aristóteles, 1962 citado en Dietz, 1994). A su vez resulta interesante pensar si estas mujeres han pensado que la maternidad es su único proyecto o se pueden embarcar en otras construcciones. No es la primera vez que: “cuando las madres se politizan y, en particular, cuando actúan de manera colectiva (...), pueden lograr asegurar políticas públicas que, entre otras cosas, protejan a los niños. En el proceso, comienzan a darse cuenta de que no son solamente madres, sino que son mujeres que comparten una situación política común con otras mujeres, algunas de las cuales son madres y otras no” (Dietz, 1994).

- “trabajamos con las mujeres porque son las que cuidan de los niños/as”: también conlleva a una postura esencialista, donde posiciona a la mujer como única garante de la protección o –si fracasa- incriminada por no cuidarlo. Los hombres también son garantes de la protección de los/as hijos/as. El hombre también ejerce la paternidad. La nuevas masculinidades, más actuales de lo que pensamos¹⁴, se construyen en pos del cuidado de los/as hijos/as, el desarrollo personal y el autoconocimiento, disfrutar de actividades domésticas, entre otras. Puede que en la práctica no sea el hombre el que asiste, debido a la complejidad de la violencia y sus estereotipos, y también por la verdad naturalizada que implica la frase precedente (Tarducci & Zelarallán, 2010). Si nos corremos de esta afirmación de sentido común, quizás recibiremos más hombres preocupados por el bienestar de sus hijos/as.

¹⁴ - En la actualidad existe un grupo de jóvenes que se agrupan colectivamente, llamados Colectivo De Varones Antipatriarcales, que en noviembre del 2013, tuvieron su Segundo Encuentro Nacional en Mendoza, donde la función principal es repensarse y correrse de visiones machistas y patriarcales como reza su lema: “ni machos ni fachos”. (Contrera, 2011).

- Hay otra cuestión que resulta interesante que es de la atención poblacional prevalente, y la peligrosidad de reproducir ciertos discursos sobre “la familia ya está estable” o el discurso funcionalista en relación a cumplir ciertos roles familiares. Para esta frase se necesitaría otro artículo, sin embargo la sintetizo en atención de familias prevalentemente con bajos ingresos, atención de mujeres con sus hijos/as y la reproducción de un modelo de familia patriarcal y por lo tanto la adecuación de ciertos géneros con ciertos roles o estereotipos que formaría parte de la familia observada como normal o tradicional. Lo cual implica una continuación de violencia simbólica. Es necesario desantificar la familia y desmitificar la maternidad (Dietz, 1994) ya que si bien la unidad doméstica es uno de los lugares en los que la dominación masculina se manifiesta de manera más indiscutible y más visible (y no sólo a través del recurso a la violencia física), el principio de la perpetuación de las relaciones de fuerza materiales y simbólicas que allí se ejercen se sitúa en lo esencial fuera de esta unidad, en instancias como la Iglesia, la Escuela o el Estado y en sus acciones propiamente políticas, manifiestas u ocultas, oficiales u oficiosas (Bourdieu, 2000).

En cuanto a los espacios disciplinares retomo un fragmento de “diversidad y clínica psicoanalítica: apuntes para un debate” de Tajer (2013) que expone: *muchas y muchos teóricos consideran como falologocentrismo, es decir, la homologación de la experiencia de los varones a la de todos los seres humanos, mediante la constitución de un sujeto universal. Y lo que no entra en ese paradigma será misterio, continente negro y habrá que estudiarlo aparte: la femineidad (...) es necesario cuestionar los modos de pensar la sexuación, de manera de incluir las diferencias culturales e históricas para reconceptualizar lo metapsicológico*” (Tajer, 2013). Es importante destacar que el pecado falologocentrista no es atribución exclusiva del campo psi, sino que desde el campo social y biológico se ha contribuido con esta mirada. Actualmente existen corrientes teóricas al interior de las disciplinas cuestionando lo establecido, y proponiendo nuevas formas de mirar.

En el abordaje del MNA, representaría un desafío -necesario- pensar en clave de género. Sería importante repensar básicamente las técnicas de intervención, las cuales han sido validadas en cuerpos, psiquis y relaciones de dominación masculinas, es decir falologocentristas. Sin poder acompañar al sujeto -tanto hombres como mujeres u otras formas de identidad- que construye una nueva subjetividad (Fernández, 2013).

- **La violencia simbólica en el maltrato a la niñez y adolescencia**

Con respecto a la niñez y adolescencia, a partir de publicaciones, investigación y legislaciones actuales, nacionales e internacionales, se ha podido priorizar a esta población al correrse del lugar de objeto, para transformarse en categorías de análisis y construcción histórica de cómo a través de diferentes cambios culturales se ha priorizado a esta población a fuerza de ciertas expectativas sociales. Es así que se ha denominado a la niñez históricamente de diferentes formas: niño puro, niño inocente, niño asexuado, “niñez masculinizada”, niño como menor, niñez como in-fance, de niño como objeto de derechos (Ariés, 1960; García Mendez, 1991; Valgañón, 2001; Casas, 2006), entre otros constructos que han acompañado a esta categoría.

Estas múltiples categorías que no han beneficiado a la niñez, han surgido sobre la base de una autoridad indiscutible llamada patriarcado u orden patriarcal o dominación masculina¹⁵. Esta estructura de disponibilidades se ven reflejadas en la violencia infantil, a partir del reforzamiento de ciertos estereotipos. ¿Por qué? El niño/a o adolescente es fuente de ruptura o desafío de lo existente, ya que es su modo de aprehender la realidad preexistente¹⁶.

Lo dicho anteriormente nos sirve para preguntarnos: ¿En qué proporción la dominación masculina como violencia simbólica tiene parte en el maltrato a la niñez y adolescencia? ¿El maltrato se produce por la condición de niño/a o se produce como consecuencia de la tensión relacional previa? ¿Cómo son los mecanismos en los que la mano oscura de la violencia aprieta más fuerte? En la dinámica interna de la violencia, ¿cuál es el papel de la dominación masculina?

Pensar al niño/a como un sujeto de derechos, un ser sexuado, con derecho a opinar, con un componente personal que lo diferencia de otras/os en su forma de aprehender el mundo, un sujeto con capacidad de acuerdo con su nivel de desarrollo y plena aptitud para relacionarse activamente con su entorno, con derecho a ser niña y pensarse como tal, sin el ojo masculinizado de los/as adultos... serían algunos de los anhelos, sin embargo resulta necesario, cuestionar las diferencias diferenciadoras del orden social donde la dominación masculina tiene su apogeo. Ya que esta forma de dominación tiene la profundidad de las aprehensiones simbólicas y formas posicionales de prevalecer a través del tiempo y en cualquier contexto, en otras palabras, si intervenimos para mejorar la situación de la niñez en situaciones de maltrato, no se puede dejar afuera a la violencia simbólica que es fuente para esta problemática.

5. CONCLUSIONES.

¿Por qué escribir este artículo? ¿Para qué o qué importancia reviste? ¿Hacia quiénes está dirigido? Actualmente son las preguntas que surgen al terminar con el grueso del artículo. Sin embargo, es necesario introducir algunas posturas personales que reflejen alguna respuesta.

El artículo intenta reflejar una postura personal acerca de un trabajo de investigación previo donde en el análisis con historias clínicas se observa la puja constante de la perspectiva de género entre la pareja, entre padre-hijo/a, madre-hijo/a y padre-madre, entre la familia extensa: nuera-suegra, madre-hija-nieta, entre otras relaciones. Allí donde el maltrato a la niñez y adolescencia terminaba reflejando en su dinámica relacional una tensión en clave de género y donde además entre otras fuentes del maltrato se observaba la diferencia de clases sociales, y también la dominación masculina y sus clasificaciones intrínsecas.

También el artículo tiene la responsabilidad y posibilidad de brindar un debate interno o externo a fin de repensar constantemente: ¿Cuál es el lugar de la niñez y adolescencia en las situaciones

¹⁵ - Se establecen estas frases a la manera de sinonimias ya que se denomina patriarcado: *al orden social donde la diferencia sexual se transforma en desigualdad social. El término patriarcado hacía referencia originariamente al "patriarca" que tenía poder absoluto sobre mujeres y niños/as y demás subordinados/as* (Tarducci & Zelarallán, 2010).

¹⁶ - Berger y Luckman (1968) en su obra "La construcción social de la realidad", describen detalladamente cómo es que lo social es internalizado desde las primeras fases de la vida, incluso demarcan las formas de legitimación ocupadas ante los ¿por qué? del niño/a.

3. Aproximaciones conceptuales desde la Perspectiva de Género a la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia

de maltrato? ¿Cuáles son las cuerdas invisibles que sostienen algunas situaciones aberrantes? ¿Qué pasaría si se incluyera preventivamente una mirada de género en el abordaje del MNA?

Plantear además que la perspectiva de género no es un debate consumado, que ya no tiene vigencia. También romper con algunos mitos acerca del satanismo del hombre en relación con la victimización de la mujer, a través de la exposición de las variables o mecanismos en juego expuestos por autores/as como Bourdieu, Lamas, Scott, Fernandez, Tajer, Tarducci & Zelarallán, entre otros/as.

También es necesario anclar esta perspectiva sobre la base de ciertos puntos concretos y locales. Es por ello que se analizaron las definiciones locales, institucionales y las construcciones teóricas de investigadoras locales como: Morelato, Pérez Chaca, Programa Provincial de Atención del Maltrato Infante Juvenil, Equipo de investigación: Morelato, Gimenez, Vitaliti, Casari & Soria. Así como autores de referencia internacional como Kempe & Kempe, Barnett, Manly y Cichetti, Arruabarena & De Paul, entre otros.

A su vez el presente artículo genera ciertos interrogantes e incluso algunas inconclusiones producto de no representar los objetivos para el mismo. Entre ellas, podemos pensar:

- el artículo representa un trabajo descriptivo y fundamentalmente exploratorio, donde se podrían realizar investigaciones que permitieran dilucidar algunas afirmaciones expuestas en el apartado 4.
- La perspectiva de género es un tema de capacitación del recurso humano fundamental ya que representaría una herramienta válida para la intervención en esta problemática. La modalidad de capacitación debería ser preferentemente interdisciplinaria y predispuesta al debate y construcción crítica, en sintonía con las prácticas sociales.
- Es necesario repensar, analizar y construir una definición clara, precisa y consistente de lo que se entiende por maltrato a la niñez y adolescencia. Una propuesta sería construir una doble definición teniendo en cuenta aspectos teóricos y otra definición que implique un conjunto de acciones para intervenir.
- Un punto clave es desmitificar algunos constructos que imposibilitan a la niñez y adolescencia. Para ello pensar al niño/a y adolescente como un ser sexuado, con posibilidad de ejercer sus derechos desde el momento de su nacimiento, prefiguraría un buen comienzo, ya que la crianza en estereotipos masculinos o femeninos influyen en su manera de aprehender la realidad.

Este artículo está dirigido a profesionales hombres y mujeres que trabajen con la población de niños/as y adolescentes, y que básicamente, entiendan que pensarse es la única forma de intervenir acompañando. Que intervenir sobre vulneración de derechos del niño/a implica una actitud política y social de viabilizar el ejercicio de derechos que aún debido al tiempo y contexto no se ejercen. Y este es el objetivo de plantear un tema que opera sobre la violencia simbólica.

Bibliografía

Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario del Trabajo Social*. Argentina: Lumen.

II | APORTES EN RELACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DEL MALTRATO INFANTIL

- Ariés, P. (1960). *El L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien régime*. Alemania: Plon.
- Arruabarrena Madariaga, M. I. (2009). Procedimientos y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 13-23.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Carballeda, A. (2008). La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Margen* (48).
- Carballeda, A. J. (2006). *El trabajo social desde una mirada histórica centra en la intervención*. Buenos Aires: Espacio.
- Casas, F. (2006). Infancia y Representaciones Sociales. *Política y Sociedad*, 27-42.
- Contrera, E. (10 de Junio de 2011) Todas las voces. *Página 12*.
- De Barbieri, M. T. (1996). *Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género*. Estudios Básicos de Derechos Humanos IV. IIDH. Costa Rica: Guzmán, Laura y Pacheco, Gilda.
- Dietz, M. (1994). Ciudadanía con cara feminista: el problema del pensamiento maternal. *Debate Feminista*, 45-65.
- Fernández, A. M. (2013). El orden sexual moderno: ¿la diferencia desquiciada? En Fernández y Siqueira Peres, *La diferencia desquiciada: género y diversidades sexuales*. (págs. 17-26). Buenos Aires: Biblos Sociedad.
- Foucault, M. (1979). *La arqueología del saber*. México: Siglo Veintiuno.
- Galtung, J. (2004). *Violencia, guerra y su impacto: sobre los efectos visibles e invisibles de la violencia*. Obtenido de Polylog: Foro para la filosofía intercultural. Recuperado de: <http://them.polylog.org/5/fgj-es.htm#s4.2>
- García Mendez, E. (1991). *Brasil: de infancias y violencias*. Brasilia: Mimeo.
- García Mendez, E. (1994). *Derecho de la infancia/adolescencia en América Latina: de la situación irregular a la protección integral*. Bogotá: Gente Nueva- Unicef.
- Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social: Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa.
- Kempe, H. (1962). *The battered child Syndrome*. Chicago N.A.: Jama N/181.
- Kempe, R. y Kempe, H. (1985). *Niños Maltratados*. Madrid: Morata S.A.
- Lamas, M. (1996). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Población*, 147-178.
- Ley Provincial N° 6551 (1997) De Creación del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia. En Boletín Oficial N° 25.821, 15 de enero de 1999. Mendoza, Argentina.
- Lucero, N. (2011). *Informe anual del área de estadísticas. Programa provincial de atención y prevención a la niñez, adolescencia y familia. Ley provincial 6551*. Mendoza: Ministerio de Salud.
- Mollo, S. A. (2007). *Detección precoz de maltrato infanto juvenil en niños menores de 5 años*. Mendoza: Inédita.
- Mollo, S., Martín, P. y Stagni, M. (2009). *Diferentes Problemáticas que se abordan desde el Programa y su codificación actual redefinida en el marco de la Ley 26061*. Mendoza.
- Morelato, G. (2009). *Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato familiar*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de San Luis.
- Morelato, G., Gimenez, S., Vitaliti, J., Casari, L. y Soria, G. (2013). Análisis de factores protectores en el abordaje del maltrato infantil desde la mirada clínica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, (Aprobado en proceso de publicación).
- Moreno Manso, J. M. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e investigación en psicología*, 11 (2), 271-292.
- Perea, Loredo, Trejo, Baez, Martín, Monroy, y otros. (2001). El maltrato al menor: propuesta para una definición integral. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 251-258.
- Perez Chaca, M. V. (2007). Intervenciones procedimentales vs intervenciones prescriptivas? Reflexiones desde el fenómeno del maltrato infanto-juvenil. *Escenarios N° 12*, 125.
- Perez Chaca, M. V. (2009). ¿Investigar o intervenir? Aportes para un debate epistemológico en maltrato infanto-juvenil desde la perspectiva del Trabajo Social. *Margen N° 55*, 1-7.
- PPMI. Área Bioestadísticas y Epidemiología (2013). *Estudio comparado de las principales variables para el análisis de la situación en relación al maltrato infanto-juvenil en la provincia de Mendoza*. Mendoza: Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza.
- Programa provincial de prevención y atención del Maltrato infantil. (1999). *Historia del Programa... una experiencia en acción*. Mendoza: Inédito.
- Rafael Correa rechaza la "absurda" y "peligrosísima" ideología de género. (04 de Enero de 2014). *Infobae* Recuperado en: <http://www.infobae.com/2014/01/03/1534727-rafael-correa-rechaza-la-absurda-y-peligrosisima-ideologia-genero>
- Ramajo, J. (14 de Enero de 2014). Superlola, una heroína de cuento contra el 'princesismo'. *Eldiario.es* Recuperado de: http://www.eldiario.es/andalucia/Superlola-princesismo_0_217678744.html
- Tajer, D. (2013). Diversidad y clínica psicoanalítica: apuntes para un debate. En A. M. Fernández, & W. Siqueira Peres, *La diferencia desquiciada: géneros y diversidades sexuales* (págs. 123-142). Buenos Aires: Biblos Sociedad.
- Tarducci, M., & Zelarallán, M. (2010). Nuevas historias: géneros, convenciones e instituciones. En Demarco, De Isla y Isnardi, *Equis. La igualdad y la diversidad de género desde los primeros años*. (págs. 101-123). Buenos Aires: Las Juanas.
- Valgañón, M. (Septiembre de 2001). El niño y su familia. Mendoza, Mendoza, Argentina: Catedra de psicología del Desarrollo I. Fac. de Psicología de la Universidad del Aconcagua.

4.

Una mirada del maltrato infantil desde el Análisis Existencial

María Lorena Matellón

El presente trabajo pretende ser una aproximación al intento de responder los interrogantes del sentido en la vida de aquellos niños que padecen maltrato.

Desde una primera visión, al formar parte de un efector que asiste en el diagnóstico y tratamiento de dicha temática dentro del Programa de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia, surge la necesidad de contar con una articulación teórica de las variables: el maltrato infantil y el análisis existencial.

El Análisis Existencial se puede definir como una psicoterapia fenomenológica centrada en la persona. Su objetivo es la orientación cognitiva y emocional del ser humano para que éste pueda vivenciar experiencias libres, tomar decisiones auténticas y relacionarse responsablemente con el mundo y consigo mismo.

En el análisis existencial moderno está integrada la Logoterapia de Viktor Frankl (1905-1997), psiquiatra y neurólogo vienés. Frankl fue testigo de la máxima expresión de dolor humano durante la Segunda Guerra Mundial con su cautiverio en distintos campos de concentración y la pérdida prácticamente, de todos sus allegados. A partir de 1945, alcanzó renombre mundial, al convertirse en modelo de superación de la injusticia humana.

"Viktor Frankl llama LOGOTERAPIA a la psicoterapia centrada en el sentido que él mismo creó. En este contexto, la palabra "logos" significa "sentido". Así pues la logoterapia es un método de tratamiento basado en el descubrimiento de sentido y en la elaboración de la pérdida del sentido"¹

La Logoterapia se basa en la comprobación de que la vida humana, aún bajo condiciones difíciles y extremas, lleva en sí la posibilidad de una construcción plena de sentido por la realización de valores vivenciales, creadores y de actitud.

Según la antropología analítico-existencial, el ser humano alcanza la realización de su existencia en la vivencia afirmativa de su compromiso con lo valioso. En el centro del análisis existencial está el concepto de existencia, que quiere decir una vida construida con pleno sentido, en libertad, fidelidad a sí mismo y responsabilidad. Existir significa confrontación e intercambio dialógico entre la persona y su mundo. Así el análisis existencial, entiende a la persona como en permanente "estar en interrogación", preguntándose por valores vivenciados o anhelados, que no son indiferentes ya que con ellos "algo pasa" en relación al valor de la propia vida, y al valor de la situación vivida. La realización de la libertad se da en la medida en que la persona puede acom-

¹ - Längle, Alfried. Viktor Frankl. Una biografía. Barcelona: Empresa Editorial Herder S.A. 2000.

pañar su conducta con un constante “sí” interior. Encontrar este consentimiento presupone el acceso a la propia vivencia, es por ello que en la terapia analítico-existencial es central la movilización de la misma.

Längle (2009), afirma que la persona es por naturaleza libre, y realiza su libertad en la decisión. La vida llega entonces a la plenitud, a la “Existencia” integral, cuando se vive con decisión. Ello implica siempre un “para qué”, un algo, un otro por lo que uno se decide. Entra a jugar junto con la libertad de la Existencia, la apertura hacia lo otro. Si la decisión realmente va a incluir al otro, se necesita un intercambio dialógico. El diálogo, es el puente por el que la Existencia alcanza su plenitud.

Un rasgo característico del pensamiento existencial es, que para el ser humano, las cosas no “están ahí” simplemente sino que “le hablan”, le preguntan qué conducta tendrá respecto de ellas, qué piensa hacer con ellas, cómo las puede experimentar, qué significan para él. Es por esto, que para el análisis existencial, vivir implica la exigencia de asumir una posición personal.

Como afirma Längle (2009) siempre están ante nosotros esos interrogantes del Dasein², que pueden cotidianamente presentarse en un cuádruple horizonte: el de la *posibilidad* (qué puede ser -qué puedo yo-, -qué no-), el del *valor* que tiene la vida, el de lo *moralmente justificable*, y el del *sentido*. Así, pueden señalarse cuatro ámbitos temáticos, que el ser humano no puede eludir:

- El mundo, con sus exigencias y posibilidades.
- La propia vida – la propia naturaleza, con su vitalidad.
- El propio ser persona – el ser uno mismo, la legitimidad, la no intercambiabilidad.
- El futuro y la exigencia de actuar, de involucrarse activamente en los contextos

en que uno está y en los que uno puede crear.

La relación con el mundo, con la vida, consigo mismo y con el futuro corresponden, en el Análisis Existencial, a las categorías fundamentales de la existencia descritas por Längle. Si dichas categorías pueden ser vividas adecuadamente y percibidas en su profundidad, representan las condiciones fundamentales de una existencia plena.

Para Längle (2009) estas condiciones representan motivaciones para:

1. La supervivencia física y la conquista cognitiva del Dasein; o sea, *para poder ser*.
2. El placer y las ganas de vivir para los valores de la vida, es decir, *para gustar vivir*.
3. La autenticidad personal y la equidad, para permitirse *ser así como se es*.
4. El sentido existencial y el desarrollo de lo valioso, para *deber actuar*.

A continuación se presentará un recorrido teórico sobre las cuatro condiciones fundamentales de la existencia, extraído de la publicación realizada por A. Längle en

² - Dasein es un término que en alemán combina las palabras «ser» (sein) y «ahí», significando «existencia». Para Andrea Cortés (2007) gracias a la riqueza de los verbos “ser y estar”, y a su gerundio, queda mejor expuesto el Dasein realizado en esta estructura en la fórmula: estar-siendo-en-el-mundo. Dasein es hecho y posibilidad al mismo tiempo, en otras palabras, es ser y estar al mismo tiempo. También se recalca su temporalidad en el sentido de que el Dasein está-siendo-en-el-mundo.

el año 2009³. Luego se intentará responder al interrogante cómo se desarrolla, en los niños maltratados, cada una de estas categorías fundamentales.

La primera condición de la existencia, “*poder ser*”, surge del hecho de que yo estoy aquí, he llegado al mundo, pero ¿Cómo sigue esto? ¿De dónde yo vengo? ¿Puedo llevarlo adelante? Esto implica la cuestión básica de la existencia: yo soy, pero ¿puedo ser? ¿Puedo yo, en estas condiciones, y con las posibilidades que tengo, ocupar un lugar en este mundo?

En cuanto que yo soy, al mismo tiempo estoy en peligro de no ser (Längle, 2000). Como puedo no ser, la tarea existencial va a consistir en que tengo que hacerme cargo del ser.

Para poder ser se necesitan tres cosas: protección, espacio y sostén. ¿Tengo yo protección, aceptación, una patria, un hogar? - ¿Tengo yo espacio suficiente, para ser? - ¿Qué da sostén a mi vida?

Si estas tres cosas faltan, surge la intranquilidad, la inseguridad, la angustia. Si en cambio eso está, se aprende a confiar en el mundo y en el sí mismo.

La suma de las experiencias de seguridad conforma la confianza fundamental, confianza última en aquello que yo siento como sostén definitivo de mi vida. Esta es la experiencia ontológica fundamental de la existencia; siempre hay algo que da sostén, y que es más grande que uno mismo: un mundo, un orden, un cosmos, un Dios.

Esta confianza, como afirma Längle, lleva a una actitud de serenidad y da fundamento al ser. Es como el suelo en el que enraíza el árbol. No podemos abarcarlo, sólo podemos relacionarnos a cada instante con él, contactar “desde afuera”, como con las raíces que succionan el alimento del suelo y desde lo profundo lo llevan a lo alto, a la “apertura del ser”.

La experiencia de estar sostenido nos permite un “sí al mundo”, un “sí al Dasein” y a sus condiciones; dar conformidad y acuerdo a lo que podemos aceptar como dado. La actitud activa para estas condiciones del Dasein es aceptar lo positivo y soportar lo negativo.

Hay momentos en los que es necesario soportar las condiciones de la existencia para poder ser, pero de lo que se trata es de poder lograr la aceptación. Aceptar es percibir la realidad y disponerme a ser con lo que la vida me da, “estar ahí” y no huir.

Soportar supone fuerza para sobrellevar lo difícil, lo amenazante, lo funesto, lo fatal, lo irremediable, lo que no se puede cambiar. En el soportar hay una actitud de lucha, de fuerza y esto desgasta.

En cambio en el aceptar hay una posición de soltura, de aflojar los brazos y entrar en interacción con la situación. En el aceptar, el ser humano crea un espacio para lo que necesita el Dasein; lo que yo puedo aceptar, me deja espacio para ser.

Si el ser humano tiene espacio en el mundo, ubica entonces allí su vida; pero la segunda condición fundamental de la existencia plantea que no es suficiente estar

³ - Längle, Alfried (2009). Las motivaciones personales fundamentales. Piedras angulares de la existencia [Versión electrónica], Revista de Psicología, 5 (10). Recuperado el 19 de Mayo de 2013, de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/motivaciones-personales-fundamentales.pdf>

allí; debe ser bueno vivir, se debe *“tener ganas de vivir”*. Estar vivo significa llorar y reír, sentir alegría y dolor, pasar por lo agradable y lo desagradable, tener felicidad y pena, encontrarse con el valor y chocar con el disvalor. Así como podemos alegrarnos mucho podemos también sufrir hondamente.

De esta manera, el Dasein nos presenta la pregunta fundamental de la vida: yo vivo – pero, ¿tengo yo ganas de vivir? ¿Es bueno ser ahí? No siempre son sólo las cargas y padecimientos lo que nos quita la alegría de vivir; también la chatura de lo cotidiano, el descuido del modo como se lleva la vida, pueden hacerla insípida.

Para gustar vivir, para amar la vida, de nuevo, necesito tres cosas: relaciones, tiempo y cercanía. ¿Tengo yo relaciones en las que me siento cercano, en las que yo empleo tiempo y con las que me siento ligado? ¿Para qué me tomo yo tiempo? ¿Puedo yo aceptar y mantener la cercanía con cosas, plantas, animales y personas? ¿Puedo yo permitir la cercanía de un otro?

Si falta la cercanía, el tiempo, las relaciones, surge entonces la nostalgia, la frialdad, y al final la depresión. Si estas experiencias se presentan, se hace perceptible la profundidad de la vida y se conforma el valor fundamental del Dasein.

Dicho valor implica una relación recíproca con el valor de la vida, es el más profundo sentimiento que se tiene con la vida (Längle, 2000). En cada vivencia resuena el valor fundamental, que es el que le da emoción y afecto a la situación vivida.

Mediante la dedicación, la cercanía, y el dejarse afectar por lo que es, la vida se torna particularmente sensible, adquiere intensidad, consistencia. Si nos dedicamos al hecho de estar vivos, asumimos la relación con la vida misma y logramos una comprensión de ella.

La pregunta central que nos presenta la condición de ser viviente es la del gustar. Esto implica un acercamiento con los sentimientos del Dasein. Si se mira la vida y se la siente, se plantea la pregunta fundamental: ¿Cómo es para mí, de modo enteramente personal, el estar yo aquí vivo? ¿Cómo siento mi vida con 30, 40, 60, 70 años, con los años futuros y pasados, con sus heridas y dolores, con las penas, con la fuerza del placer y la alegría, con un corazón que late? ¿Cómo se siente el estar vivo? ¿Qué resuena en mí?

Estas preguntas no son para ser pensadas, implican una aprehensión emocional, una interna apertura a la relación con la propia vida. Lo que se hace de este modo es escuchar y sentir el interior del ser, practicar una apertura fenomenológica al sí mismo.

Esta experiencia interior de la vida permite vislumbrar “el valor de la vida en sí”. Si se puede decir: ¿es bueno lo que se me da? ¿Es bueno para mí y para los demás?, se instala en lo profundo del sentir el valor que tiene la vida como tal.

El valor de la vida también requiere del asentimiento interior: yo me abrazo a la vida, me involucro en ella cuando me dedico a los otros seres humanos, a las cosas, a los animales, a los contenidos espirituales, a mí mismo, cuando verdaderamente desde mí voy hacia ella, y asumo la cercanía, entrando en contacto con la vida misma. Sobre todo implica el consentimiento para dejarme afectar por lo que hace vibrar la vida en mí.

La tercera condición de la existencia plantea que por más hermosa que sea esa sensible vibración, no alcanza para una existencia completamente realizada, es necesario “*permitirse ser uno mismo*”. En toda ligazón cercana con la vida y los seres humanos, uno se experimenta como único, no intercambiable, diferente de los demás. Cada persona está identificada por una singularidad que le da un “yo” y la delimita de los demás.

Esto nos pone frente a la cuestión fundamental del ser persona: yo soy yo, ¿Estoy autorizado para ser así? ¿Tengo derecho a ser como soy y a conducirme como lo hago?

Este es el plano de la identificación, del descubrimiento de sí mismo y de la ética. Para llevar esto a cabo, necesito tres cosas: consideración, justificación, aprecio. ¿Por quién seré yo realmente visto, mirado, atendido? ¿Puedo yo reconocer lo que me es propio? ¿Puedo mantener mi conducta y considerarla correcta ante mí? ¿Para qué recibo yo aprecio, para qué me puedo yo valorar a mí mismo?

Si estas cosas faltan, surge la soledad, el esconderse tras la vergüenza, la histeria; pero si están presentes, la persona se encuentra con ella misma, con su autenticidad y el respeto por su propio ser. La suma de estas experiencias forma el más profundo valor del yo.

El acercamiento al fundamento del “yo” implica una escucha interior. Ser persona significa en el fondo aceptarse y salir al encuentro de uno mismo. Aceptarse quiere decir estar preparado para aquello que surge del interior y que se vivencia como propio.

El yo puede entonces ser descripto como capacidad de aceptarse. Está en cierto modo con los brazos abiertos, en una actitud receptiva para lo que viene del mundo, y de la misma manera para aquello que proviene de sí mismo, que sale de su interior.

El lugar del encuentro de la persona consigo misma es el de su intimidad. A su vez, si la persona se puede aceptar sin tapujos, entonces es auténtica. La autenticidad de la persona es por tanto una actitud de apertura hacia sí misma y la honesta aceptación de lo propio (Länge, 2009).

Poder ser uno mismo y vivir según lo interior, supone una apertura llena de confianza en sí para poder permitirse ser uno mismo. También se necesita respeto por sí mismo, para no dejarse manipular y poder entregarse libremente a ser sí mismo.

Para ser uno mismo, no es suficiente obtener consideración, justificación y aprecio; también se requiere de aprobación interior y salir activamente a buscar lo propiamente mío. Límites y encuentro son los dos medios con los que se puede vivir el sí mismo. El encuentro permite reencontrar el Yo en el Tú y con ello se construye la valoración que me permite ser.

Si se puede ser ahí (1° Motivación), si se quiere la vida (2° Motivación), y si se puede encontrar a uno mismo en ella (3° Motivación), se está más cerca de la plenitud de la existencia, pero aún falta algo: trascender el Dasein y superarse. La cuarta condición de la existencia implica “*tener que actuar*”.

La transitoriedad del Dasein pone a la persona ante la cuestión del sentido de la existencia: Yo estoy ahí, pero ¿Para qué es bueno esto? Requiriendo de tres cosas: un ámbito de actividad, un contexto estructural valorado y un valor en el futuro. La suma de

estas experiencias conforma el sentido existencial de la vida y lleva a la plenitud del vivir.

En esta cuarta motivación el sujeto se pregunta: ¿Tengo yo algo donde sea requerido, donde puedo ser productivo? ¿Me veo y represento a mí mismo en un contexto más amplio, que dé estructura y orientación a mi vida? ¿Hay todavía en mi vida algo que deba hacerse?

Si el sentido falta, aparece el vacío, la frustración de la vida, la desesperación y hasta una adicción.

No basta, sin embargo, estar en un ámbito de actividad, saberse en un contexto, y tener valores en el futuro, nuevamente se requiere una actitud fenomenológica, un “giro existencial”, una actitud de apertura.

Dicha actitud implica que la persona se deje interrogar por la situación y se pregunte, ¿Qué quiere de mí este momento, a qué debo yo responder? No se trata sólo de lo que la persona puede esperar de la vida, sino que, fiel al modelo dialógico de la existencia, se trata también de lo que la vida quiere de la persona, de lo que ella puede y debe hacer por los demás y también por ella misma.

Se requiere una consonancia con la situación, verificar si es bueno lo que se hace por los demás, por uno mismo, por el futuro, por el mundo en el que se está. De esta manera alcanza plenitud la existencia.

Si bien las cuatro motivaciones fundamentales de la existencia son un constructo teórico propuesto por A. Längle, esta cuarta dimensión fue anteriormente desarrollada por V. Frankl, quien consideraba la búsqueda de sentido como la motivación más profunda de los seres humanos. Tal como lo menciona Längle (2009), Viktor Frankl ha caracterizado el Sentido como “la más valiosa posibilidad de una situación”. El sentido existencial es entonces lo que aquí y ahora es posible sobre la base de los hechos y de la realidad. Junto con el sentido existencial está el ontológico, el sentido de la totalidad. Es el sentido filosófico y religioso, el sentido de la evolución, del Creador. La búsqueda ontológica del sentido pertenece a la espiritualidad.

Articulación

Para poder articular las variables de maltrato infantil y análisis existencial, se realizará un *Análisis de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia en el contexto del trabajo con niños maltratados en una zona rural*. Este análisis surge de la experiencia de la autora en el Centro de Salud n° 39 de Ugarteche, Luján de Cuyo, Mendoza.

En cuanto a la primera motivación fundamental, como se mencionó anteriormente para poder ser se necesitan tres requisitos: espacio, protección y sostén.

Lo primero que surge al reflexionar sobre esta motivación, es cómo llegan al mundo los niños que asisten al efector de referencia. En general, nos encontramos con familias numerosas, que no realizan de manera consciente una planificación familiar. Por lo tanto estos niños hacen su llegada a una familia en la que muchas veces no hay

espacio físico, ni psíquico para un nuevo integrante. Los padres no se han preguntado si quieren tener un hijo o si las posibilidades de la familia permiten pensar en la llegada de un niño. Algunos pueden reflexionar sobre la llegada del bebé a medida que transcurre el embarazo y otros no lo hacen ni durante ese tiempo. El grado de reflexión que los padres alcanzan guarda relación con el sentimiento de aceptación de ese nuevo integrante de la familia.

En cuanto al espacio físico, cuando los recursos económicos lo permiten, pueden preparar una cuna o moisés para el nuevo integrante, pero en general aquí el bebé duerme en la cama con los padres durante los primeros años de vida.

No es posible generalizar al respecto, pero en la tarea cotidiana del consultorio se observa cierto grado de relación entre la capacidad que tienen los padres de proteger al niño y los recursos internos y externos de los que disponen.

Se han observado algunas experiencias de maltrato que podrían rotularse como desprotección de esos niños, pero cuando uno indaga en la realidad de la familia se evidencia que ignoran ciertas conductas de protección como abrigo, alimento.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone la siguiente definición de maltrato: "toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psíquica o sexual de una persona, o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de algún otro miembro de la familia".

De esta manera, la definición misma de maltrato implica que los padres de estos niños no han adoptado medidas de protección de su bienestar psicoemocional.

En cuanto al sostén, surge la reflexión sobre cómo sostienen al niño. En Ugarteche, lugar donde funciona el efector, se observan pocas madres con sus hijos en los brazos. Las madres de nacionalidad boliviana con frecuencia cargan a sus hijos en las espaldas, sostenidos por una manta que está atada a su abdomen.

Por su parte, las madres argentinas asisten al centro de salud muchas veces provistas de un coche y el niño permanece en el mismo aún cuando está despierto.

Sostener también implica brindar una base para que el otro se apoye. En este sentido, se observa que los niños maltratados no han contado con adultos que los sostengan. Por el contrario, en los casos de niños que sufren maltrato emocional por estar expuestos a relaciones de parejas violentas, son ellos los que brindan apoyo y contención a los adultos.

Hay casos en donde los adultos pueden brindar sostén económico, pero en un alto porcentaje los niños que llegan al Programa de Prevención de Maltrato Infantil no han recibido sostén emocional por parte de los adultos responsables.

En la segunda condición de la existencia, para gustar vivir se necesitan tres aspectos: relaciones, tiempo y cercanía.

De las relaciones es posible decir que todos construimos relaciones, quizás lo que marca la diferencia es la calidad de las mismas. Ugarteche es una comunidad a la que

se podría atribuir de “cerrada”, donde no resulta fácil establecer una nueva relación. Existen diversos grupos y asociaciones en la comunidad en donde, las personas tienden a establecer relaciones, pero difícilmente se abren a nuevos vínculos.

Si se enfoca la relación del niño maltratado con los adultos significativos, en general se observa que está marcada por una gran distancia emocional. Se trata de una relación vertical, autoritaria y fría, en donde la escolarización y los quehaceres domésticos aparecen como los principales temas de comunicación. Para estos padres, el principal medio de relación es la imposición de órdenes y la impartición de castigos que inducen a la sumisión del niño.

El chico maltratado, en general está deseoso de establecer una relación estrecha y afectivamente cercana con un adulto. En este sentido, muchas veces la relación alumno-docente aparece como una importante fuente de satisfacción.

En la investigación “Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo” (Alarcón Forero y otros, 2010), se afirma que los niños maltratados observan conductas agresivas y pobres relaciones interpersonales, existiendo una relación estrecha entre el maltrato y el desarrollo de habilidades sociales. Los niños maltratados reportaron problemas para iniciar y mantener relaciones interpersonales significativas, tanto en el hogar como en la escuela.

¿A qué dedican su tiempo los padres de niños maltratados? Al trabajo principalmente y al esparcimiento los fines de semana, pero no se observa que dediquen tiempo al juego o a la relación con sus hijos.

Muchas veces se considera que el tiempo dedicado al trabajo es tiempo dedicado al hijo, porque trabajan para brindarles alimentos, vestimenta y educación. Por ello, luego de finalizada la jornada laboral no se piensa en dedicarles tiempo.

Fuera del trabajo, los adultos de la comunidad de Ugarteche, dedican su tiempo a la religión y al consumo de bebidas alcohólicas con pares. Este último aspecto es producto de un gran número de situaciones de violencia y maltrato hacia los niños, ya sea porque es la madre quien consume alcohol (abuso fetal por consumo de drogas), o bien porque son víctimas de estados agresivos provocados por el consumo.

Por su parte, los niños maltratados pasan una gran cantidad de tiempo fuera del hogar. La escuela y los pares aparecen como dos fuentes importantes de actividad.

En cuanto a la cercanía, entendiéndola como la posibilidad de brindar una proximidad emocional, dentro del Programa, es frecuente encontrarse con adultos a quienes les cuesta contactarse con sus propias emociones y mucho más exteriorizarlas. En consecuencia, estos niños también tienen dificultades para expresarse emocionalmente.

Recuerdo que sorprendí en la sala de espera a una madre que había estado alejada de sus hijos debido a situaciones de violencia intrafamiliar y se estaba sacando fotos con ellos. A mí me alegró verla, pero ella experimentó vergüenza por haber sido descubierta en una situación de cercanía emocional con sus hijos.

En dos años de trabajo, me he encontrado con algunos padres que poseen más recursos internos que otros, pero a todos les cuesta hablar del aspecto emocional y mostrarse cercanos y cariñosos con sus hijos.

En general los niños maltratados crecen con adultos a quienes les cuesta expresar sentimientos positivos y ser empáticos con ellos. Cuando la propuesta de trabajo es desde la cercanía afectiva, estos niños responden aferrándose a ese contacto que les resulta nuevo, pero placentero.

Es la falta de cercanía lo que justamente en la investigación “Frecuencia de asma en preescolares con historia de maltrato y su relación con el tipo de maltrato experimentado” (Páramo-Castillo y Rubio-Ruiz, 2009), ha llevado a afirmar que en los niños maltratados, la aparición de síntomas de asma puede explicarse como el grito de auxilio que el niño lanza ante un abandono físico o emocional.

Para llevar a cabo la tercera motivación, se requieren tres requisitos: consideración, aprecio, justificación.

En cuanto a la consideración, se puede decir que es difícil que estos niños se consideren porque llegan al Programa porque sus derechos no han sido tenidos en cuenta. A los padres les cuesta pensar que ese niño tiene derechos, y que son ellos los responsables de que los mismos se cumplan.

En general, los niños maltratados se desarrollan en un ambiente que no los considera como seres con gustos e intereses particulares y únicos. ¿Cómo pueden estos niños tener derechos si están inmersos en una relación basada en la imposición y la autoridad?

La justificación, se entiende como la acción y efecto de justificar o justificarse, implica la conformidad con lo justo. Para el sí mismo es importante obtener justificación, siempre esperamos un trato justo de los demás.

Muchos de estos niños tienen la vivencia de haber sido tratados injustamente. Con ellos es más fácil trabajar, porque al vivenciar lo injusto del trato, pueden reconocer que el otro, el adulto no tuvo en cuenta lo propio de ellos.

Otros en cambio, han naturalizado de tal manera la violencia recibida, que desarrollan el sentimiento de que merecían ser tratados de esa manera. Estos niños han conformado su identidad basándose en principios negativos: “soy malo”, “soy rebelde”, “soy caprichoso”. Aquí nos encontramos con el desafío de mostrarle lo valioso y único que ellos tienen como personas, y que hasta el momento no pueden reconocer porque no ha existido un adulto que los reconozca en su particularidad.

El concepto de justicia está muchas veces distorsionado en los niños maltratados, porque es muy difícil ser justo con los demás, cuando los demás no han sido justos con uno.

Es de suponer que el maltrato se da porque estos niños no han sido apreciados en lo que tienen de particular y único. Muchas veces se los castiga por no responder a un estereotipo que los padres tienen de cómo debería comportarse un niño o un adolescente.

En general, a los padres les cuesta apreciar y valorar las cualidades de ese niño, y por eso son bastante frecuentes las comparaciones con otros hermanos que, a entender de los padres, “no son problemáticos”.

Es frecuente encontrarse con niños a quienes les cuesta aceptarse y reconocer su propia emocionalidad, y esto tiene su origen en que muchas veces no son primero aceptados por sus padres.

Lo mismo que para la aceptación cabe para el respeto: uno observa que a estos niños les cuesta respetarse a sí mismos, y que muchas veces por identificación con el modelo violento de los padres, no logran respetar oportunamente a los demás. Pero tampoco ha existido primariamente el respeto de los adultos responsables por la particularidad de ese niño.

En esta tercera motivación fundamental encontramos la respuesta a la baja autoestima que se observa en muchos niños maltratados: para desarrollar autoestima necesito de auto-observación, auto-consideración y auto-respeto. Pero estas tres cosas devienen de haber sido en un primer momento observados, considerados y respetados por adultos significativos.

La cuarta condición fundamental de la existencia, guarda relación con el proyecto de vida, y lo primero que se me ocurre para reflexionar es el llamativo hecho de que una alta proporción de los adolescentes que se encuentran en seguimiento en nuestro efector no presentan un claro proyecto futuro.

Cuando se trabaja clínicamente este factor, a los adolescentes les cuesta reflexionar al respecto. No se han planteado su futuro, no aparece la valoración del estudio ni existe un reconocimiento de la importancia de la propia vocación.

Anteriormente expuse que esta motivación requería un ámbito de actividad, un contexto estructural valorado y un valor en el futuro. Pero como ya he expresado, el futuro en ellos no tiene valor y el foco de atención está puesto en el presente.

Tanto los niños como los adolescentes observan la extrema preocupación de sus padres por la subsistencia y por el hoy. Los adultos no se plantean una proyección futura, y los niños adolescentes que asisten al efector copian este modelo de falta de cuestionamiento por el futuro.

En cuanto al ámbito de actividad, son pocos los adolescentes que se plantean una actividad diferente de la agrícola industrial. Lo fundamental de este punto radica en el hecho de que este ámbito no aparece como una elección personal, sino que terminan en él porque no queda otra posibilidad.

No se observa en los adultos, ni en los niños/adolescentes que asisten al Programa una preocupación por el sentido de la vida. No hay una reflexión sobre qué se espera de mí, y para qué puedo yo ser útil en esta sociedad.

De más está decir que estos niños y adolescentes no se observan a sí mismos como parte de un contexto estructural más amplio. No se plantean conscientemente que su quehacer productivo contribuye a una estructura social más amplia.

Dado que ellos no se plantean de manera espontánea una actitud de apertura hacia las circunstancias que se les presentan, es necesario ayudarlos a plantearse qué requiere de ellos esa situación particular.

Reflexión final...

Tendrá el lector, luego del análisis, la impresión de que estos niños no tienen posibilidad y que el trabajo terapéutico con ellos no tiene sentido. Siguiendo a Greco (2010), podemos decir que la psicoterapia es un proceso de aprendizaje y de ensanchamiento de la conciencia, que debe dirigir la atención hacia lo singular de cada persona.

Entendido así, el punto de partida en el trabajo con niños maltratados debe ser siempre “su vivencia”, que es personal y única: puede haber vivido lo mismo que su hermano/a, pero seguramente lo ha vivenciado de manera diferente.

La movilización de la vivencia es tanto más importante en el trabajo con niños víctimas de maltrato, en donde muchas veces nos encontramos familias con discursos contradictorios y que niegan la realidad, y nos subimos a las presiones de instituciones que nos piden saber “la verdad”. Pero ¿cuál es la verdad? No importa cómo fue que le pegó, o con qué le pegó, lo verdaderamente importante es cómo se sintió ese niño.

En el trabajo con los padres de estos niños, también es fundamental partir de su vivencia. En un alto porcentaje ellos también han sido víctimas de maltrato durante su infancia, por lo tanto es necesario ayudarlos a pensar sobre su conducta, más que tratar de cambiarla, ayudarlos a expresar los sentimientos que los inundan en la difícil tarea de la paternidad/maternidad.

En este punto cabe mencionar la estrategia de “Crianza humanizada”, de Posada-Díaz y otros⁴, donde se propone que:

“En la crianza que no es humanizada priman la intrascendencia y el tener; en la humanizada, la espiritualidad y el ser.

En la crianza que no es humanizada las prácticas de crianza se basan en el autoritarismo, que es la praxis del poder en su ejercicio, por lo cual no es una verdadera autoridad. Esta forma de relacionarse con los niños, niñas y adolescentes es impositiva, vertical y maltratadora. Su único método de relación es dar órdenes e impartir castigos, generalmente físicos, para inducir la sumisión.

En la crianza que no es humanizada es muy común la sobreexigencia, que se traduce, en los estratos económicos bajos, en la exigencia a los niños, niñas y adolescentes a que trabajen, mendiguen o se encarguen de los quehaceres hogareños en desmedro de sus derechos; y en los estratos altos, en la exigencia de participación en eventos fuera de la casa, como clases de artes, deportes.

La crianza que no es humanizada suele basarse en el irrespeto, generalmente por desconocimiento de los hitos de crecimiento y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. Ejemplo de ello es la pretensión de control temprano de esfínteres, la pretensión de que los niños y niñas coman en la cantidad y en la forma que los cuidadores adultos quieren y la pretensión de que los adolescentes no utilicen su acelerada autonomía.

Es importante el trabajo en “crianza humanizada” con los padres de niños maltratados, pero no se trata sólo de aportarles teóricamente lo que implica este método de crianza. Toda crianza es empírica, es decir, basada en la experiencia; de allí la importancia de reflexionar sobre la crianza recibida por estos padres para que no se repitan de manera automática y acrítica conductas desfavorables. Y también de allí la importancia de aportarles un “vínculo terapéutico humano”, para que luego ellos puedan transferir eso al vínculo con sus hijos”.

Greco (2010) menciona que la psicoterapia se funda en dos hechos claves: la relación

⁴ - Posada-Díaz, Álvaro; Gómez-Ramírez, Juan Fernando y Ramírez-Gómez, Humberto. “Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil”. Revista Acta Pediátrica de México Volumen 29, Núm. 5, 2008: 295-305.

interpersonal y el darse cuenta. El darse cuenta tiene un poder curativo sorprendente. Para comprender su poder es necesario integrarlo en la biografía del paciente y la totalidad de la persona, ya que de alguna manera cada intromisión que se logra permite reconstruir una parte fragmentada de la biografía y de la persona. Es como un rompecabezas: cada parte engarza en otra hasta formar una figura. Los fragmentos sueltos no son nada pero juntos poseen un sentido. Cada vez que “nos damos cuenta” dónde va una pieza, la fragmentación se reduce y la figura crece. Y para seguir con la metáfora, como en el rompecabezas, conviene empezar por los bordes, por lo más evidente y consciente y avanzar, decididamente, hacia el centro.

Así, en el trabajo con los niños maltratados debemos partir por la vivencia particular de ese niño, es decir, el borde; y avanzar hacia el centro: la búsqueda del sentido.

Esta última constituye una exigencia muy compleja del ser humano, y quizás para un niño maltratado, que vive en un contexto rural como el descripto, sea una búsqueda prolongada en el tiempo. Será importante que en ese recorrido, el niño y/o el adolescente se encuentre con adultos y/o instituciones que colaboren con ellos en esa búsqueda.

Si en el trabajo con estos niños comenzamos por aceptarlos sin prejuicios, les permitiremos tener una actitud personal de autoaceptación. Si los ayudamos a sentir lo valioso de la propia vida, les permitiremos darse cuenta de que es bueno existir. Si los consideramos y apreciamos como sujetos únicos e irrepetibles, les permitiremos ser ellos mismos. Si los ayudamos a reflexionar sobre el sentido de su vida, les permitiremos trascender y superarse.

Bibliografía

- Alarcón Forero, L., Araújo Reyes, A., Godoy Díaz, A. y Vera Rueda, M. (2010) Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *Revista Med Unab*, 13(2), 103-115.
- Albarracín, D., Méndez, B. A., Contreras, D., Ayarde, E., y Ontiveros, E. (2012) Trabajo, historias de vida y currículum intercultural. ExT: *Revista de Extensión de la UNC*: 4(2).
- Cortés, A. (2007) El “hombre-en-el-mundo” y lo gestell heideggeriano en las redes de las nuevas tecnologías. *Escritos* 15(34), 97-111.
- Diccionario Real Academia Española. Recuperado el 14 de Julio de 2013 de <http://lema.rae.es/drae/?val=protecci%C3%B3n>
- Grecco, E. (2010) *Muertes Inesperadas*. Buenos Aires, Argentina: Continente.
- Längle, A. (2000) *Viktor Frankl. Una biografía*. Barcelona: Empresa Editorial Herder S.A.
- Längle, A. (2009). Las motivaciones personales fundamentales. Piedras angulares de la existencia [Versión electrónica], *Revista de Psicología*, 5 (10). Recuperado el 19 de Mayo de 2013, de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/motivaciones-personales-fundamentales.pdf>
- Längle, A. (2000) *Seminario “Las motivaciones Fundamentales de la Existencia”*. Transcripción Lic. Graciela Caprio. Buenos Aires.
- Páramo-Castillo, D. y Rubio-Ruiz, C. (2009) “Frecuencia de asma en preescolares con historia de maltrato y su relación con el tipo de maltrato experimentado”. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 66, 34-40.
- Posada-Díaz, A., Gómez-Ramírez, J. y Ramírez-Gómez, H. (2008) “Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil”. *Revista Acta Pediátrica de México* 29(5), 295-305.

5.

Una modalidad de intervención focalizada en maltrato infantil: Psicoterapia Psicoanalítica Focalizada

Silvina Gimenez

Silvina Caballero

Introducción

Cuando hacemos referencia al maltrato a los niños, pensamos en lo que implica la violencia y las consecuencias que ello genera a corto y mediano plazo.

No existe una definición única de maltrato infantil, ni una delimitación clara y precisa de sus expresiones. Sin embargo, lo más aceptado como definición es todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, cometidas por personas, instituciones o la propia sociedad. Ello supone la existencia de un maltrato físico, negligencia, maltrato psicológico o abuso sexual (NCCAN, 1988). Esta definición está en concordancia con la existente en el Manual de Psiquiatría DSM-IV.

Existen muchos profesionales, de distintas disciplinas, comprometidos con esta problemática que la investigan, estudian y abordan. Es por ello, que el objetivo de este trabajo consiste en aproximarnos a elaborar un modelo de intervención que nos facilite el abordaje centrado en la problemática familiar.

Al hablar de Maltrato Infantil, hacemos referencia al Maltrato físico, Negligencia o abandono, Maltrato emocional, Abuso sexual, Síndrome de Münchhausen by Proxy y Maltrato institucional.

Las causas del maltrato infantil

Los estudiosos del tema del maltrato infantil han tratado de explicar su aparición y mantenimiento utilizando diversos modelos, así tenemos: el modelo sociológico, que considera que el abandono físico es consecuencia de situaciones de carencia económica o de situaciones de aislamiento social (Wolock y Horowitz, 1984); el modelo cognitivo, que lo entiende como una situación de desprotección que se produce como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas de los progenitores/cuidadores en relación a los niños a su cargo (Larrance, 1983); el modelo psiquiátrico, que considera que el maltrato infantil es consecuencia de la existencia de psicopatología en los padres (Polansky, 1985); el modelo del procesamiento de la información, que plantea la existencia de un estilo peculiar de procesamiento en las familias con menores en situación de abandono físico o negligencia infantil (Crittender, 1993); y por último el modelo de afrontamiento del estrés, que hace referencia a la forma de evaluar y percibir las situaciones y/o sucesos estresantes por parte de estas familias (Hilson y Kuiper, 1994).

En la actualidad el modelo etiopatogénico que mejor explica el maltrato infantil, es el modelo integral del maltrato infantil.

Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros, interactuando en una dimensión temporal. Existen en este modelo factores compensatorios que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores estresores que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros.

La progresiva disminución de los factores compensatorios podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno del maltrato infantil. Entre los factores compensatorios se señalan: armonía marital, planificación familiar, satisfacción personal, escasos sucesos vitales estresantes, intervenciones terapéuticas familiares, apego materno/paterno al hijo, apoyo social, buena condición financiera, acceso a programas sanitarios adecuados.

Entre los factores estresores se cuentan: historia familiar de abuso, desarmonía familiar, baja autoestima, trastornos físicos y psíquicos en los padres, farmacodependencia, hijos no deseados, padres con funcionamiento ausente, madre no protectora, ausencia de control prenatal, desempleo, bajo nivel social y económico, promiscuidad.

Consecuencias del maltrato infantil

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. La importancia, severidad y cronicidad de las estas secuelas depende de:

- Intensidad y frecuencia del maltrato.
- Características del niño (edad, sexo, temperamento, habilidades sociales).
- El uso o no de la violencia física.
- Relación del niño con el agresor.
- Apoyo intrafamiliar a la víctima infantil.
- Función de quienes ejercen la parentalidad.
- Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, psicológica y social.

En los primeros momentos del desarrollo evolutivo se observan repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en la autoestima del niño. Así como pesadillas y problemas del sueño, cambios de hábitos de comida, pérdidas del control de esfínteres, deficiencias psicomotoras, trastornos psicossomáticos.

En escolares y adolescentes encontramos: fugas del hogar, conductas autolesivas, hiperactividad o aislamiento, bajo rendimiento académico, deficiencias intelectuales, fracaso escolar, trastorno disociativo de identidad, delincuencia juvenil, consumo de drogas y alcohol, miedo generalizado, depresión, rechazo al propio cuerpo, culpa y vergüenza, agresividad, problemas de relación interpersonal.

Diversos estudios señalan que el maltrato continúa de una generación a la siguiente. De forma que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta. Lo cual no es determinante.

Intervención en Crisis

Se considera que la familia que atraviesa situaciones de violencia explícita, se encuentra en situación de crisis.

El tema de las crisis abre muchas puertas porque nunca remite a un solo individuo recortable, sino que en realidad la crisis siempre involucra a más personas.

Tradicionalmente se pensó la crisis como un desorden, un desequilibrio entre dos períodos de equilibrio, algo así como que el antes y el después de una crisis serían momentos relativamente equilibrados y que justamente, la pérdida de cierto equilibrio marcaría como un corte. Actualmente los sociólogos piensan la crisis de manera diferente; es decir como un cambio permanente, donde las sociedades entran en dinámicas de cambio tales que cuando se equilibran esos cambios, no se vuelve a estabildades sino que se desemboca en nuevos cambios.

El psiquismo entra en crisis cuando se encuentra ante un cambio súbito, imprevisto, en las condiciones de vida: crisis accidentales. La reacción inicial es de perplejidad, de confusión, de desorientación. Sartre (1905-1980) acentuó el cambio de perspectiva de existencia. Lo primero que se señala, como reacciones psíquicas globales, es la experiencia de angustia. El psiquismo no está preparado, lo cual genera una experiencia de relativa impotencia, angustiada y muchas veces deprimente, porque muchas veces suelen venir pérdidas. Entonces la angustia y la depresión son los dos primeros estados detectables en una crisis. Kaplan (1997) afirma que a partir de ahí se abren dos caminos, uno es el camino de la crisis normal y otro es el camino de la crisis patológica: aceptación y atravesar el proceso o generar un inicio de proceso saludable, o negación individual o institucional.

En la crisis normal el psiquismo está sujeto a ese impacto de cambio súbito invadido por la experiencia de confusión o de perplejidad, de angustia y de cierta depresión. Pasa un tiempo donde todo está alterado, que es el tiempo en el que el psiquismo intenta buscar una respuesta. La noción de crisis normal supone que después de un tiempo prudencial, el psiquismo encuentra alguna respuesta al cambio de su vida. Es decir, la crisis normal es aquella situación en la que el psiquismo encuentra, en un tiempo, respuestas al cambio que se ha presentado. Dar respuesta a una crisis supone cambios conductuales que son producto de cambios internos y simbólicos.

El camino de la crisis patológica tiene una complejidad muy grande, porque se van cumpliendo los tiempos de la crisis normal y el psiquismo no encuentra respuestas. Éste sin respuestas empieza a poner en marcha una serie de circuitos retroalimentadores que amplifican la problemática de la crisis. A medida que va pasando el tiempo el psiquismo no se queda detenido; si no mejora, empeora; es decir si la angustia no se puede resolver por el camino de un cambio que dé respuesta a la crisis, la angustia empieza a crecer cada vez más y se retroalimenta junto con la depresión. Esto es una experiencia de impotencia psíquica que comienza a crecer, donde se producen circuitos retroalimentadores, amplificadores de la desviación: retroalimentación negativa. Entonces el psiquismo está cada vez más confuso, más perplejo, más sumido en

la impotencia generando así nuevas reacciones patológicas y entrando en regresión. Entonces, si el psiquismo entra en desorganización, comienzan a aparecer ansiedades psicóticas: confusionales y persecutorias, que crecen por la experiencia de impotencia.

A medida que pasa el tiempo la situación tiende a empeorar, porque la persona no está pudiendo dar respuestas por su cuenta, por lo tanto alguien tiene que intervenir, y esa persona no es el sujeto implicado porque es justamente quien no encuentra respuesta. Se trata de asistir lo antes posible, porque cuanto más precoz es la intervención, más se reducirá el daño. En maltrato infantil generalmente no existe demanda.

Un tema importante en la crisis, es que el riesgo tiene que ser detectado por alguien que esté fuera de la crisis, porque el que está dentro, ya no lo percibe ni puede operar. Muchas veces en la crisis patológica, hay que crear la demanda porque justamente quién más va a necesitarla es quien no está sano para poder demandarla. En cambio, quien pide ayuda es alguien que tiene las condiciones para demandar y significa que está empezando a salir de la crisis.

Teniendo en cuenta la etimología de la palabra crisis, que proviene del griego kri-nein, quiere decir decisión, porque justamente la crisis nos enfrenta con una decisión en más de un nivel. Con respecto a esto, Kaës (1993) destaca que el psiquismo tiene apoyos que son necesarios para la estabilidad, los cuales son el cuerpo; el sí mismo; de ahí toda la problemática del narcisismo; las funciones maternas que pueden cumplir diversos sujetos: pareja, familia extensa, institución; y el último, que es lo grupal.

Entonces, tomando en cuenta esta noción de los apoyos del psiquismo en el cuerpo, en el sí mismo, en cierta función materna y en cierta experiencia o realidad de grupo, estos autores plantean que la crisis hace perder alguno de estos pilares. Kaës (1993) plantea que en la crisis se ha quebrado el equilibrio entre los apoyos que el psiquismo tenía y los pilares que soportaban esos apoyos. Es decir, en la crisis se han perdido los contratos de apoyatura y tales contratos son silenciosos, por eso cuando se pierden hacen ruido. Al trabajar con una situación de crisis, es importante conocer cuáles eran los contratos implícitos que el paciente tenía.

Los entornos son decisivos para la evolución de las crisis tanto en lo que respecta a los recursos o los factores equilibradores o desequilibrantes. El sujeto en la crisis tiene muy acentuadas sus dependencias con respecto a los suministros. Kaës (1993) plantea que a lo largo del desarrollo se constituye un área potencial interno-externa esencial para el sostén del individuo, por ello es importante grupalizar la crisis. El encuentro de ese grupo real es necesario para la reorganización psíquica y la elaboración de la crisis. Es importante repensar aquí, la función de las instituciones intervinientes.

La crisis tiene un doble filo: primero puede tomar el camino de un aumento de la negatividad; o segundo, la otra opción es el desafío de crear alguna alternativa diferente.

Articulación del Maltrato Infantil (M.I.) y Crisis Patológicas

Volviendo al tema de las crisis patológicas, es importante relacionar este concepto con el maltrato infantil dentro del ámbito familiar. Para ello, es necesario, definir las

categorías dentro de las crisis, lo cual va a definir el tipo de intervención:

- Emergencia: donde la intervención debe ser urgente. (Riesgo vital, no intervención del PPMI)
- Urgencia: la intervención debe ser dentro de las 48 hs. de producido el hecho fáctico.
- Crisis propiamente dicha, normal.
- Patológica: intervención desde el PPMI.

Cabe aclarar que los equipos intervinientes tienen diferentes dinámicas, ya que abordan la situación en distintos momentos. Cohen y Ahearn (1989) proponen adecuar la intervención a las tres fases que se identifican en el hecho disruptivo.

Las intervenciones en la emergencia y en la urgencia requieren de un accionar rápido y efectivo dentro de las primeras horas. El primer objetivo es que el paciente tome contacto con los referentes identificatorios: madre, hermano, amigo, cualquier persona significativa a fin de devolverle la referencia de sí mismo, ya que en esa situación se encuentra confundido, desorganizado y esto le permite cohesionar su sí mismo. La intervención en esta instancia, debe facilitar la presencia de un tercero, familiar o no que posibilite lograr tal objetivo. El segundo objetivo es ayudar al paciente a que pueda unir la vivencia emocional con el hecho fáctico. Es decir, brindarle un espacio para que la persona relate lo sucedido y que un agente comunitario, terapeuta lo pueda escuchar, para que de este modo pueda ligar el hecho con alguna representación palabra. En la primera intervención con el paciente en crisis, predomina la escucha.

En una situación de urgencia fallan todas las funciones básicas del yo, es ahí donde el equipo debe apuntalarlas desde la intervención y que esto esté acordado para trabajar sobre lo mismo y de la misma manera. Respecto de las funciones defensivas, en una primera etapa no se deben modificar. Es la función del terapeuta brindar un espacio para una escucha psicológica que le permita ligar, iniciar un proceso de reorganización psíquica. Esto paralelamente a la intervención de los otros profesionales del equipo, para definir el diagnóstico situacional; detectando factores de vulnerabilidad y de protección en las diferentes series psíquicas.

Posteriormente, en un tercer momento, que abarca los primeros meses posteriores al desencadenante que posibilitó la incorporación de un tercero: institución, se comenzará a trabajar con las funciones integradoras en el marco de una psicoterapia de sostén, nunca en la emergencia y en la urgencia.

Con respecto al abordaje del maltrato infantil, es bien conocido por todos que debe ser interdisciplinario dado que el origen es multifactorial. A la vez, es necesario revisar los marcos teóricos y prácticos para que éstos sean adecuados a la situación clínica.

Como se mencionaba más arriba, la crisis patológica requiere la intervención de un tercero y es aquí donde el accionar del equipo interdisciplinario entra en escena.

Diseño de Abordaje Psicoterapéutico Focalizado en Intervención del M.I.

Fiorini (2002) plantea la importancia de tener un panorama amplio de la situación clínica que incluya diferentes niveles diagnósticos. En lo que respecta al maltrato infantil,

resulta imprescindible tener esta visión ya que existen varios factores que influyen en su aparición, por lo tanto la perspectiva debe ser multidimensional.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ¿De dónde parto?: los diferentes diagnósticos reflejan el hecho de que toda persona y todo grupo humano expresan a la vez su inserción en diferentes planos de interacciones sociales, de modo que sus procesos psíquicos responden a diferentes sistemas de leyes, mecanismos y modos de transformación. Las series diagnósticas son diferentes fenómenos que hablan de una misma situación. A fin de realizar una aproximación clínica fecunda, es importante indagar los diferentes niveles diagnósticos, que se pueden agrupar en diez categorías.

- **diagnóstico clínico:** comprendemos aquí las categorías de la clínica psiquiátrica: neurosis, psicosis, psicopatías, alteraciones por enfermedades orgánicas, trastornos psicósomáticos. Es de suma importancia este diagnóstico porque de acá se desprenden algunas opciones estratégicas como por ejemplo: medicación, internación, medidas de continencia ambiental, elección de técnica psicoterapéutica, criterios diagnósticos.

- **diagnóstico psicopatológico psicodinámico:** acá se identifican diversos tipos de conflictos, de ansiedades, de mecanismos defensivos, de identificaciones, que subyacen a un determinado motivo de consulta. En este nivel se hace posible la comprensión dinámica de un síntoma, rasgo de carácter.

- **diagnóstico evolutivo:** Fiorini (1999) toma los modelos de Erikson (1902-1994), quien plantea la evolución de la libido y la relaciona con el desarrollo evolutivo de la persona y el entorno social. Cada etapa de vida supone tareas que le son propias. Por ejemplo: adquirir la confianza básica, la independencia, el desarrollo de las funciones yoicas, la identidad sexual y vocacional, la elección de pareja, la conformación de la familia, la procreación, la síntesis de vida.

- **diagnóstico adaptativo y prospectivo:** se trata de evaluar cuál es el estado de las funciones yoicas, qué relación guarda el estado de esas funciones con las exigencias que se trata de enfrentar. Evaluar si la persona tiene un proyecto y la cualidad del mismo junto con la viabilidad.

- **diagnóstico grupal:** evaluar las dinámicas grupales en las cuales el paciente está inserto con su conflictiva. Considerar mitos, creencias, estilos comunicacionales, emergente grupal, ideologías, recursos sociales. Incluir la conceptualización del síntoma en cuanto al emergente grupal, los roles estereotipados, los fenómenos de depositación en determinados miembros, los mecanismos de homeostasis grupal frente a la crisis, la inclusión del trastorno individual en las redes constituidas como historia del grupo.

- **diagnóstico psicosocial:** comprende reconocimientos sobre los sistemas de valor que constituyen una ideología, en sus dimensiones conscientes e inconscientes, sobre la problemática que afecta al paciente. Asimismo comprende la consideración de las inserciones institucionales, en cuanto portadoras de sistemas y prácticas ideológicas, ejercen su poder de influencia sobre los conflictos, ansiedades, defensas del paciente.

- **diagnóstico comunicacional:** comprende la identificación de los sistemas de

mensajes que manejan individuo, grupo, instituciones. Modalidades y distorsiones en la emisión y recepción de los mensajes. Estilo comunicacional propio de la estructura de personalidad. Diagnóstico de códigos verbales y de acción.

- diagnóstico de potenciales de salud: comprende la evaluación del estado de las funciones yoicas, de sus condiciones de eficacia en lo adaptativo, creativo y elaborativo. El manejo de la ansiedad que permiten esas funciones, el estado del juicio de realidad, la capacidad de demora, rodeo, control de los impulsos, regulaciones de ensayo y error, utilización de la experiencia, flexibilidad para el enfrentamiento de condiciones nuevas, uso del pensamiento y lenguaje, discriminación, anticipación, evaluación de la propia conducta, capacidad de asociación, de insight, de elaboración. Estas evaluaciones son de suma importancia para la planificación estratégica.

- diagnóstico de la problemática del cuerpo: comprende diferentes aspectos como el esquema corporal, la autoimagen, ansiedades hipocondríacas, somatizaciones, significaciones otorgadas a las disfunciones o lesiones, fenómenos de conversión. Áreas de intervención médica, psicológica y de trabajo interdisciplinario.

- diagnóstico del vínculo terapéutico: considerar la capacidad de establecer la alianza terapéutica. Conciencia de enfermedad, capacidad de establecer y mantener un contrato y su tarea, capacidad de esperar cambios positivos, capacidad de colaborar para generar esos cambios. Asimismo comprende la identificación de fenómenos trasferenciales y contratrasferenciales.

EVALUAR EL NIVEL DE RIESGO

A partir de la evaluación que se realiza de las series diagnósticas, se detecta el nivel de riesgo en el cual el niño se encuentra inmerso. Se advierte la serie más afectada, en este caso la familiar y se focaliza en ella para intervenir. Considerando que el psiquismo funciona en red, es posible lograr cambios favorables interviniendo desde las áreas más sanas o libres de conflicto ya que una mejora en estas series, se irradia a otras áreas.

Un indicador importante para evaluar el riesgo, es la presencia de algunos indicadores, tales como:

- Que los padres puedan detectar el nivel de vulnerabilidad del niño y/o adolescente, es decir considerar la etapa evolutiva.
- Que el equipo evalúe el tipo de daño que ha sufrido el niño.
- Que los padres puedan activar mecanismos de protección hacia el niño a partir de las intervenciones efectuadas desde el equipo.

A partir de ellos se desprenden otros indicadores, entre otros, como:

- Adultos con la capacidad de reconocer el conflicto en ellos mismos.
- Adultos con capacidad de ensayar conductas nuevas
- Tener motivación para el tratamiento.

En la situación de crisis siempre el área más afectada es el cuerpo, por ello es imprescindible valorar el riesgo físico. Aquí se debe recordar que uno de los sostenes del psiquismo es el cuerpo, por lo tanto en la crisis lo primero es cuidar el cuerpo. En

ese caso todo supuesto de intelectualismo debería relativizarse, porque la crisis no se intelectualiza. Dentro del riesgo hay que considerar los aspectos clínicos tanto individuales como familiares. A la vez evaluar los factores de vulnerabilidad y de protección en todas sus dimensiones: individual, familiar, social, contexto. Existe menor riesgo cuando los malos tratos son reconocidos por uno de los miembros con capacidad de proteger al niño. Y el riesgo aumenta cuando hay negación, ocultamiento de la situación, lo cual, en algunos casos, requerirá de la intervención de alguna medida de protección o excepción, para el resguardo del niño.

Otro aspecto importante es la toma de decisiones necesarias para garantizar el bienestar bio-psico-social del niño. Es decir, se atenderá a la seguridad del niño en relación al nivel de riesgo, lo cual va a determinar las acciones a seguir, los objetivos del diagnóstico, metodología. Se evaluará si es necesaria la internación y en qué institución, la separación del núcleo familiar, la consideración de la red social familiar, si requieren derivación a otra institución, judicialización. Tales decisiones tendrán en cuenta la protección del niño, intentando poner un límite a la situación de maltrato y a la vez atender la trama compleja de los vínculos familiares.

Existen tres sistemas para la protección del niño, los cuales son la familia, el equipo de salud y si es necesario la intervención de la justicia.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS: ¿a dónde voy?

Los objetivos son específicos de cada caso en particular. Sin embargo es posible definir objetivos generales tales como:

- Protección integral del niño y/o adolescente: el psiquismo cuenta con una red de apoyos (cuerpo, sí mismo, función materna y el grupo) que al romperse uno de ellos el psiquismo entra en crisis.
- Disminuir los factores de vulnerabilidad y reforzar los de protección.
- Que el paciente tome contacto con los referentes identificatorios, esto le permite cohesionar su sí mismo, ya que en situaciones de crisis el yo tiende a desorganizarse, confundirse.
- Ayudar al paciente a que pueda unir la vivencia emocional con el hecho fáctico.
- Fortalecer las Funciones Parentales

Es importante señalar que tales objetivos se comienzan a trabajar desde las áreas más sanas del sujeto. En los momentos de crisis suelen fallar todas las funciones, por lo cual se comienza a trabajar con las funciones básicas del yo, por lo tanto es necesario buscar como se mencionó anteriormente, los referentes identificatorios, los recursos sociales con que cuenta el paciente.

ELABORACIÓN ESTRATÉGICA: acá es importante definir según el diagnóstico y los objetivos el tipo de psicoterapia de elección entre una de insigth y una de sostén o continencia. Existen entre ambas diferencias significativas. Para la intervención en crisis, la psicoterapia de sostén resulta conveniente por diversas razones:

5. Una modalidad de intervención focalizada en maltrato infantil. Psicoterapia Psicoanalítica Focalizada

- Se trabaja con la situación de crisis actual.
- Se tiende a la supresión o alivio de síntomas.
- Fortalecimiento de los aspectos sanos del yo.

Respecto a las características de la psicoterapia de continencia, se pueden mencionar algunas:

- Comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de las crisis.
- Participación activa del terapeuta.
- Apoyo en los aspectos sanos del paciente
- Hacer consciente lo inconsciente va a depender del tipo de psicoterapia (en la de sostén no es el objetivo; sí en la de insight.).
- Regla de abstinencia no en la de sostén, sí en la de insight.
- Arsenal terapéutico multidimensional (trabajo en equipo, técnicas verbales, en espejo, psicodramáticas)
- Se trabaja con la Alianza de Trabajo (terapeuta como persona real).
- Se ejecuta una Focalización.
- Se realiza una Planificación propuesta por el terapeuta y se acuerda en conjunto con el paciente.
- Encuadre: la regresión está limitada por el número de sesiones, no más de dos semanales, el tiempo está limitado, es una relación cara a cara, se interpreta la transferencia como hace resistencia al tratamiento, se apoya en los aspectos sanos del paciente, el terapeuta es flexible.
- Regulación de la intensidad de las ansiedades.
- Se estimula las funciones inherentes a la capacidad de discriminación: mundo interno-mundo externo; lo posible- lo imposible; lo público- lo privado.

Es posible afirmar que existen ciertos fenómenos-ejes que desempeñan el papel de organizadores dentro de un proceso. Desde esta perspectiva, es posible definir los ejes del proceso en psicoterapia de la siguiente manera: producir en el paciente una activación de sus funciones yoicas, mediante las cuales se hace posible elaborar de modo focalizado la problemática inserta en una situación vital, vivido en una relación de trabajo personificada con el terapeuta, con la correlativa activación de las funciones yoicas de este último.

Como se mencionara más arriba, la indicación para la intervención en crisis es la psicoterapia de sostén con focalización selectiva. Es aquí donde comienza el proceso psicoterapéutico apoyado sobre un trípode que le da sustento a dicho proceso: Foco-Relación de Trabajo Personificada- Activación de las Funciones Yoicas.

El trabajo psicoterapéutico se orienta siempre hacia la delimitación de un eje o punto nodal de la problemática del paciente. La modalidad asumida por la tarea en sesión es la de una "focalización", pero ¿qué significa focalizar? Focalizar es recortar un material que el paciente aporta, delimitando así una zona de trabajo, centrándose en ciertos puntos de la problemática del paciente. El foco puede ser comprendido como una totalidad concreta sintética.

La Focalización está guiada por la motivación que jerarquiza tareas en función de resolver ciertos problemas vividos como prioritarios. Es así que el motivo de consulta se transforma en eje motivacional de la tarea a la vez que la facilita y se refuerza la alianza terapéutica.

El foco tiene una estructura. Por un lado, tiene un eje central que es el motivo de consulta: síntomas, situación de crisis, amenazas de descompensación, fracasos adaptativos, y ligado íntimamente a éste, se localiza cierto conflicto nuclear exacerbado. El eje dado por el motivo de consulta y el conflicto nuclear subyacente se inserta en una específica situación grupal que condensa un conjunto de determinaciones.

Es posible entonces, deslindar una zona de componentes de la situación tales como:

- aspectos caracterológicos del paciente: dinanismos interpersonales activados en esa situación, modalidades defensivas, etapas no resueltas del desarrollo infantil, actualizadas por la estructura de la situación
- aspectos históricos-genéticos individuales y grupales reactivados
- momento evolutivo individual y grupal: tareas que se desprenden de las necesidades de ese momento evolutivo y la prospectiva global que comporta esa etapa
- determinantes del contexto social más amplio: la serie de componentes de la situación tiene que ser puesta en relación a un conjunto de condiciones económicas, laborales, culturales, ideológicas.

El modelo de foco contiene una serie de componentes condensados en la situación estructurada. La profundidad con la que se indague cada uno de los componentes y las articulaciones del conjunto depende de otros factores propios de la situación terapéutica conocidos como reguladores o modeladores del foco, los cuales comprenden:

- desde el paciente y su grupo familiar: condiciones de vida, motivación y actitudes para el tratamiento
- desde el terapeuta y la institución: esquemas teóricos, recursos técnicos, disponibilidades de personal y espacios, objetivos y técnicas
- momento del proceso.

Tomando a Winnicott (1994), es posible pensar que el trabajo terapéutico con el foco funciona como objeto transicional para que la persona que está en crisis pase del contacto de la vivencia traumática al contacto con la realidad externa, articulando la vivencia con el hecho traumático. La palabra funciona como un objeto articulando el mundo interno con el mundo externo.

Otro de los ejes del proceso psicoterapéutico, la Relación de Trabajo Personificada se apoya sobre las áreas sanas o libres de conflicto tanto individuales, familiares y sociales. La Alianza de Trabajo es una parte del vínculo psicoterapéutico y éste puede ser definido de la siguiente manera: dos interlocutores sostienen un diálogo con ritmo, gestos, posturas, mímica verbal habituales, comparten una tarea en una relación igualitaria, aunque sus roles son distintos. Uno de ellos es experto sobre cierto nivel de la problemática humana, el otro aporta elementos de esa problemática singular. Se produce un encuentro especial donde se recrea un espacio conector entre paciente y terapeuta.

El funcionamiento de esta relación dependerá de varias condiciones del paciente: tipo de problemática, momento vital, nivel cultural, estructura caracterológica, inserción grupal; y también de las actitudes del terapeuta, de su capacidad para realizar aportes al vínculo.

Winnicott (1994) habla de ese espacio transicional donde se entretiene algo del paciente: demanda, deseo de cura y del terapeuta: historia, conocimientos, teorías, técnicas, que conforman el espacio transicional, y en este espacio se juega la alianza. En este espacio interactúan los fenómenos repetitivos (transferenciales) y los no repetitivos (creativos). Se comienza a trabajar la alianza desde un comienzo, con los aspectos transferenciales y contratransferenciales. Se conforma el contrato de trabajo con aquellos aspectos más conscientes del paciente. En las crisis patológicas el tiempo está pautado dentro de ese contrato, ya que se va a trabajar con el foco que es el emergente más importante de la crisis.

Es función del terapeuta establecer un contrato de trabajo ya que éste ejerce una primera función equilibradora, receptora del terapeuta y continente en el vínculo creando un "nosotros".

Cabe describir un conjunto de rasgos que definen el perfil del terapeuta en psicoterapia:

- Contacto empático manifiesto.
- Calidez.
- Espontaneidad.
- Iniciativa.
- Actitud docente:
 - motivar para la tarea
 - clarificar los objetivos
 - reforzar todo avance en la tarea
 - claridad del método expositivo
 - exposición abierta de su método de pensamiento
 - utilización de todo recurso facilitador del proceso de investigación y comprensión de la problemática.
- Inclusión del terapeuta como persona real.

El otro eje del proceso lo constituye la activación de las Funciones Yoicas. El estudio de las mismas permite una comprensión dinámica de la conducta y entender los mecanismos de acción de las influencias correctoras sobre esa conducta; a la vez por razones de eficacia terapéutica, ya que el éxito o fracaso de la psicoterapia depende de la evolución o descuido de los recursos yoicos del paciente.

Es importante diferenciar entre la función propiamente dicha: percepción, planificación, coordinación, de los efectos del ejercicio de esas funciones: control de los impulsos, integración, adaptación, y las cualidades asignables a esas funciones en base a sus rendimientos objetivos, verificables según la calidad de aquellos efectos: fuerza vs. debilidad, plasticidad vs. rigidez, cohesión vs. dispersión.

Es necesario realizar diferenciaciones jerárquicas en tres órdenes de funciones:

- funciones yoicas básicas: dirigidas al mundo externo, a los otros y a los aspectos de sí mismo (percepción, atención, memoria, pensamiento, anticipación, explora-

ción, ejecución, control y regulación de la acción). Estas funciones aparecen dotadas de un cierto potencial de autonomía. Este potencial de acción “libre de conflictos” es relativo, reversible, móvil en cuanto a su amplitud.

- funciones defensivas: dirigidas a neutralizar ansiedades mediante diversas modalidades de manejo de los conflictos creados entre condiciones de realidad, impulsos y prohibiciones (disociación, negación, evitación). Las funciones defensivas actúan simultáneamente con las básicas, las cabalgan, y a menudo las interfieren.

- funciones integradoras, sintéticas, y organizadoras: constituyen un funcionamiento superpuesto jerárquicamente a las anteriores. Permiten mantener una cohesión, una organización, un predominio de los sinergismos sobre los antagonismos funcionales. La fuerza de estas funciones integradoras se pone a prueba cuando frente a cambios en la situación debe el sujeto reorganizar sus relaciones con el mundo. Se revelan en la posibilidad de coordinar metas “racionalmente elegidas”. La síntesis consiste, por ejemplo, en articular eficazmente el contacto con el propio deseo y las condiciones reales de satisfacción del deseo. Estas funciones operan tendiendo a un centramiento de la persona, se expresan también en un nivel de intencionalidad.

El trabajo en psicoterapia dirigido a reforzar funciones yoicas debe partir de respetar los efectos exitosos de estas funciones así como señalar los fracasos y explorar los motivos de esos fracasos.

Los efectos de las funciones yoicas comprenden. Adaptación a la realidad, sentido y prueba de la realidad, control de los impulsos, regulación homeostática del nivel de ansiedad, mayor tolerancia a la ansiedad y a la frustración con capacidad de demora, productividad, capacidad sublimatoria, integración y coherencia de diversas facetas.

Retomando el punto donde se hacía referencia al diagnóstico de situación, cabe recordar la serie diagnóstica adaptativa y prospectiva, donde es posible inferir que en la situación de crisis aparecen fallas tanto en las funciones básicas, defensivas y en las integradoras. En un primer momento, las básicas deben ser apuntaladas por el equipo con el objeto de restablecer su funcionamiento. Las defensivas se intenta mantenerlas intactas ya que son el modo que el paciente encontró para hacer frente a la situación crítica. En un tercer momento, se puede trabajar con las funciones integradoras con una psicoterapia de sostén pero nunca en la emergencia y en la urgencia.

RECURSOS TÉCNICOS (¿con qué cuento?): resulta importante considerar el arsenal terapéutico multidimensional, como el equipo interdisciplinario, las técnicas verbales, el trabajo en red con otras personas, grupos o instituciones.

Dentro de las intervenciones verbales del terapeuta que son herramientas en las psicoterapias encontramos:

- Interrogar al paciente: preguntar es consultar a la conciencia del paciente, sondear limitaciones y distorsiones.
- Informar: el terapeuta cumple un rol cultural y docente (proporcionar o facilitar datos).
- Confirmar o rectificar enunciados del paciente.

5. Una modalidad de intervención focalizada en maltrato infantil. Psicoterapia Psicoanalítica Focalizada

- Clarificaciones: apunta a lograr un despeje en la maraña del relato, recortando los elementos significativos.
- Recapitulaciones.
- Señalamientos.
- Interpretaciones.
- Sugerencias.
- Intervenciones directivas.
- Operaciones de encuadre.
- Meta-intervenciones.

Resulta pertinente aclarar que en la intervención en crisis, no se apelarán a todos los recursos verbales que arriba se mencionan. Sí es necesario interrogar, dar información, clarificar, sugerir y en algunos momentos realizar intervenciones directivas, ya que nos encontramos con un paciente en situación de crisis.

RECURSOS TÁCTICOS ¿cuándo los aplico?: aquí es importante tener en cuenta el timing del paciente y la evaluación de la situación en la que se encuentra. No es lo mismo si hablamos de una emergencia, urgencia o una situación de crisis patológica. Cada categoría va a necesitar por parte del terapeuta una personalidad, un entrenamiento y una formación específica.

Resulta oportuno tomar los conceptos de Benyacar (2006), quien define lo disruptivo como todo evento con capacidad de irrumpir en el psiquismo y alterar la capacidad integradora y de elaboración. Es inesperado, amenazador, interrumpe el equilibrio, mina el sentimiento de confianza, posee rasgos novedosos no codificables. Dentro de lo que se considera evento disruptivo, encontramos el evento fáctico: mundo externo, la vivencia: mundo interno y la experiencia: articulación entre mundo externo- mundo interno.

Cohen y Ahearn (2007) proponen adecuar la intervención en tres fases:

- Primera etapa: primeras horas y días. La urgencia requiere que se “seleccionen” desastres. Se trata de evaluar conductas de desorganización transitoria cognitiva y emocional, grado y nivel de crisis con el objeto de aliviar la situación y las reacciones psicofisiológicas. No se debe intentar modificar la conducta defensiva porque conserva el funcionamiento de la personalidad durante la fase aguda.

- Segunda etapa: primeras dos semanas. La crisis toma forma y comienza un proceso de duelo. Se intenta disminuir la tensión, restaurar la organización cognitiva, lograr un control emocional relativo, apelar a las interacciones sociales y a la capacidad para obtener los recursos necesarios para restaurar la vida normal con el objeto de lograr mayor autonomía.

- Tercera etapa: primeros meses. Se debe atender a la vulnerabilidad y descompensación del yo. Apoyar al paciente para que pueda asumir la nueva realidad interna y externa. Los equipos de atención deben contar con una sólida formación y gran flexibilidad para no intervenir de manera estereotipada. Se debe planificar la estrategia según los puntos descriptos.

CAMBIOS ¿qué efectos produce?: se pueden tener presentes los indicadores de cam-

bio en sus diferentes categorías: cualitativos, cuantitativos (menos ansiedad, menos angustia, mayor discriminación) interpersonales e internos.

Existen los agentes de cambio con los que el terapeuta va a trabajar:

- Experiencia Emocional Correctiva. Alexander (1891-1964) plantea que en la relación terapéutica el dominio de un conflicto irresuelto se hace posible no sólo debido a que el conflicto transferencial es menos intenso que el original, sino también a que el terapeuta adopta una actitud distinta de la asumida por el progenitor hacia el niño en la situación conflictiva original.
- Reconstrucción Cognitiva. Se intenta producir en el paciente una activación de las funciones yoicas, mediante las cuales se hace posible elaborar de modo focalizado la problemática inserta en una situación vital, vivido en una relación de trabajo personalizada con el terapeuta.
- Insight y modificaciones de las relaciones interpersonales: las intervenciones verbales apuntarán a producir insight y evoluciones en las relaciones interpersonales.
- Modificaciones de la Relaciones Personales.

Acá se evaluarán los objetivos definidos en la elaboración estratégica. Una vez que se alcanzaron los objetivos, se realiza una evaluación del proceso del paciente para reevaluar en forma conjunta la continuidad del tratamiento.

Para finalizar, cabe aclarar que el Programa de Atención y Prevención de Maltrato Infantil interviene en situaciones de crisis, intentando atenuar los factores de vulnerabilidad y fortaleciendo los de protección tanto individuales, familiares y sociales. Una vez que el paciente -en este caso el niño- se encuentra en un contexto de protección, se trabaja con el mismo y su contexto sociofamiliar para sostener los objetivos alcanzados. Se intenta brindar las herramientas necesarias que le permitan al paciente afrontar futuras crisis.

Dada la complejidad de la temática del maltrato infantil, teniendo en cuenta la coexistencia de multifactores, es posible pensar que estos se pueden activar frente a otras situaciones de crisis que la familia atraviese, produciendo así un reingreso al Programa. No obstante algunas familias han logrado superar otras crisis apelando a las herramientas adquiridas en el transcurso del proceso terapéutico.

Que nuestras intervenciones no agraven las crisis ya existentes, sino que sean el puente para el encuentro de una salida.

Bibliografía

- Benyacar, M. (2006) *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante las guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos,
- Mejía de Camargo, S., Save the Children, Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado (1994) *Manual para la Detección de caso de maltrato a la niñez*. Bogota: Save the Children.
- Chahla, E. (1997) *La Convención Internacional de los Derechos del Niño*. SAP
- D'Antonio, D y Arsenio, F. (1999) *Maternidad y familia*. Entre Ríos: Ed. Delta.
- Eliachff, C. (1997) *Del niño rey al niño víctima*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Fiorini, H. (1999) *Nuevas líneas en psicoterapias psicoanalíticas: teoría, técnica y clínica. Seminarios en ACIPPIA*. Madrid: Ed. Psicósomática,
- Fiorini, H. *Teoría y técnica de psicoterapia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Fiorini, H. *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Kempe, R. y Kempe, H. (1996) *Niños maltratados*. Madrid: Ed. Morata.
- Mesterman, S. y Groisman, C. (1998) *Maltrato al menor*. Buenos aires: Ed. Universidad.

III.

PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

1.

Prevención y capacitación, algunas estrategias

Cecilia Vatzlav

Verónica Vatzlav

Introducción

El Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia -Ley 6551- se creó en el año 1998, con la finalidad de abordar la problemática del maltrato desde una perspectiva integral. No sólo se quiso dar respuesta a los casos mediante la atención y asistencia a situaciones donde la violencia intrafamiliar ya estaba instaurada, sino también, llegar a poblaciones con altos niveles de factores estresores y brindar a la comunidad la posibilidad de tener acceso a una formación en materia de maltrato.

Esta tarea tenía como objetivo disminuir la incidencia y los casos nuevos desde el punto de vista de la promoción de la salud en la población. Asimismo, se apuntaba a trabajar con grupos de personas pertenecientes a contextos sociales vulnerables, intentando reducir los factores de riesgo que se hallan íntimamente ligados a la violencia intrafamiliar.

Estrategias de Prevención

Las actividades específicamente preventivas, pensadas desde el inicio, se vieron desbordadas por la apremiante realidad, la cantidad de casos de maltrato que comenzaron a revelarse a partir de la instalación de la “Línea de los Chicos, Línea 102” y del conocimiento de la existencia de un organismo público que atendiera la problemática. Por este motivo, todas las políticas de acción, los recursos humanos, económicos y demás del Programa, se debieron abocar a la asistencia de la contingente situación de maltrato en la Provincia de Mendoza.

Esta realidad derivó en que las acciones de prevención, sólo estuvieran destinadas a cursos de capacitación para profesionales del Programa y a la participación en algunas jornadas o conferencias, organizadas por otras instituciones, a las que se asistía como disertantes invitados.

Luego de dos años de la puesta en marcha del Programa, en el año 2000, se crea el Área de Prevención y Capacitación. Un Área que se dedica específicamente a trabajar en diferentes comunidades en donde se observan situaciones de vulneración de derechos, que ponen en riesgo la salud de niños y adolescentes. Ello se realiza a través de diversas estrategias y abordando temáticas varias para fortalecer los vínculos familiares.

Desde el comienzo se vislumbra la imperiosa necesidad de dar a conocer, a nivel masivo, el funcionamiento del Programa, su modalidad de abordaje como así tam-

bién, pautas o indicadores para la detección de situaciones de vulneración de derechos, además de orientar para la oportuna derivación, mediante la participación en medios de comunicación televisivos, gráficos y radiales. Durante cinco años, desde el 2000 al 2004, se asistió, con una frecuencia semanal a un programa de radio, de interés general, donde se pudo cumplir con los objetivos propuestos, contando con la colaboración de profesionales del Programa que voluntariamente concurrían para exponer temáticas relacionadas con el maltrato y su prevención.

Otra de las acciones que se llevaron a cabo fue la firma de convenios con diferentes instituciones para desarrollar estrategias de abordaje interdisciplinario focalizadas en zonas de mayor incidencia de la problemática en el Gran Mendoza. Las instituciones intervinientes fueron el Programa Materno Infantil y Nutricional (PROMIN), perteneciente a la Dirección de Maternidad e Infancia de la Nación; la Universidad del Aconcagua, carreras de Licenciatura en Psicología y en Minoridad y Familia, y la Escuela de Psicología Social de Pichón Riviere. Cada una de ellas aportó diversos recursos para llevar a cabo un trabajo preventivo integral en escuelas públicas y jardines maternos.

A partir de esos convenios, se implementó un programa de pasantías, no rentadas, tendientes a realizar un trabajo sistemático de prevención en las comunidades educativas seleccionadas, con alumnos de los últimos años de las carreras antes mencionadas, otorgándoles algunas herramientas necesarias para incorporarse al ámbito laboral. La coordinación, capacitación y supervisión estuvo a cargo de profesionales del Programa y de PROMIN.

La modalidad de las pasantías consistía en talleres destinados a docentes y padres de los establecimientos con una duración aproximada de seis meses. Se abordaba una temática común en todas las instituciones, por ejemplo: límites en la infancia, pautas de desarrollo esperables para cada edad, autoestima en niños y adolescentes, diferentes modalidades de comunicación y roles dentro de la familia, sexualidad infantil y adolescente, entre otros; y otra temática que se organizaba de acuerdo a la demanda espontánea de la comunidad, sin perder de vista la prevención del maltrato a la niñez y adolescencia.

Si bien los convenios establecían que las pasantías tendrían una duración de seis meses, el trabajo se extendió en algunas instituciones, gracias al compromiso de los pasantes y al vínculo establecido con la comunidad que manifestaba la necesidad de continuar con las acciones emprendidas. A partir de todo esto, surge el primer curso de capacitación como necesidad de brindar una formación teórica en el marco de este convenio de pasantías para todos aquellos estudiantes que realizarían actividades preventivas.

Las vivencias fueron muchas, las experiencias diversas tanto para los pasantes como para los grupos de la comunidad, que semana a semana trabajaban proyectándose hacia el futuro y generando esperanzas. Se abarcó una gran cantidad de jardines maternos de los cuales se podrían narrar incontables historias tanto personales como grupales, pero buscando en el historial se encontró un relato que refleja y sintetiza la tarea realizada.

A continuación se transcribe textualmente el breve artículo publicado en el Boletín Informativo del Programa de diciembre de 2003, escrito por Ana Pisi y Maya Castro, Operadoras en Psicología Social, relacionado con la experiencia vivida con un grupo de mujeres de un barrio de Colonia Segovia, Guaymallén.

DE LA CARIDAD A LA DIGNIDAD

Tres años... Quince mujeres y dos operadoras en Psicología Social que apostaron al cambio. A través de un convenio entre el programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y familia y la Escuela de Psicología Social E.P. Riviere de Mendoza, se comienza a trabajar en el jardín maternal "El Sueñito", sito en el Barrio Nevot, km 16, Guaymallén. Nosotras estrenando título y el grupo "Juntas para mejorar" intentando transformar su cotidianeidad. La propuesta fue el dictado de talleres durante seis meses el desafío fue continuar a lo largo de estos tres años trabajando en base a las necesidades grupales: "trabajo digno", "Un Nevot digno", "Límites en la niñez y adolescencia", "Autoestima", "Relaciones intrafamiliares", "Sexualidad infantil y adolescente, "Vínculos", etc.

Había una inquietud grupal que surgió reiteradamente a lo largo del año 2001 y 2002: capacitarse como medio para lograr un trabajo digno, su sueño..... "LA PANADERIA EN EL BARRIO". Sueño que se trabajó, se investigó y concretó en el primer paso.

La capacitación en panadería se realizó a través de un convenio con un hipermercado. Su duración fue de tres meses con una frecuencia de dos veces por semana. El resultado fue un certificado, dos puestos de trabajo, la valorización de sí mismas y del otro (grupo) y una nueva postura frente a los proyectos. Reflexión de una integrante del grupo: "existe otro mundo más allá del Nevot".

Se trabajaron alternativas que ayudasen a paliar el hambre, preocupación instalada en cada una de las mujeres. En esta búsqueda se realiza un convenio con la Fundación Solidaridad que capacitó semanalmente durante seis meses sobre huerta orgánica, animales de granja y energías alternativas; participó la comunidad en general.

La escuela de futbol se concretó por un pedido expreso de las mamás que se preocupaban por la utilización del tiempo libre de sus hijos. Escuela que hoy continúa funcionando con setenta niños y adolescentes, a través de un convenio con la Subsecretaría de Deportes. Hoy a fines del 2003 el esfuerzo esta puesto en la concreción de nuevos proyectos a nivel grupal, "la panadería", y a nivel comunitario, "La plaza" y "El polideportivo".

Concluyendo, nosotras sabemos que el acompañamiento, la permanencia y la responsabilidad en la tarea hicieron posible el logro de estos proyectos. Estamos convencidas de que nuestro proyecto "DE LA CARIDAD A LA DIGNIDAD" es el único camino posible para transformar esta realidad devastadora que nos sumerge en la impotencia y la tristeza.

El que se entrega a la tristeza renuncia a la plenitud de la vida. Para sobrevivir, planificar la esperanza"¹

Con el paso de los años y con la práctica en los distintos establecimientos educativos se observa que es importante trabajar mayor cantidad de tiempo en cada comunidad en particular para construir vínculos estables que generen confianza, brinden protección y fortalezcan la capacidad para resolver problemas. Ya que es en la labor sistemática y continua que los profesionales pueden insertarse como parte de la comunidad y así ser partícipes de cambios significativos.

Por ello, se decide acotar las pasantías para dar lugar a un trabajo sostenido a lo largo del tiempo con profesionales rentados que tengan la predisposición y el compromiso para llevar a cabo la tarea.

Otra de las acciones que se modifican, a partir de la experiencia, es el abocarse específicamente a trabajar la prevención en jardines maternas priorizando el vínculo madre-

¹ - Artículo: "De La Caridad A La Dignidad", publicado en el Boletín Informativo del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia, en Diciembre de 2003, Mendoza.

hijo desde la temprana infancia, puesto que se observa que en edades más avanzadas el maltrato infantil ya está instalado, por lo que se hace necesario abordarlo desde los primeros años. Estas instituciones reciben niños desde los cuarenta y cinco días de vida hasta los cuatro años de edad, incorporando a la comunidad educativa madres y otros familiares como auxiliares del jardín, lo que favorece la inclusión y el sentido de pertenencia.

Específicamente se realizan talleres de prevención grupales con padres y docentes de la comunidad educativa. Su dinámica consiste en brindar un estímulo disparador para motivar y generar la participación del grupo, el intercambio de ideas, experiencias y vivencias relacionadas con el tema. Debido a la alta demanda de situaciones personales que surgen en estas reuniones y que no pueden ser abordadas a nivel grupal, se contempla la necesidad de organizar un espacio para trabajarlas individualmente. Dicho espacio se llama “consultorías de orientación familiar”. Como su nombre lo indica, se orienta a la familia sobre la problemática que los preocupa y, si es necesario, se la deriva a la red interinstitucional.

Siguiendo la misma línea de trabajo, se elabora un proyecto para los Servicios de Maternidad de algunos hospitales de la provincia de Mendoza, firmando los acuerdos correspondientes. Esta estrategia se realiza desde el año 2004. El objetivo principal es fortalecer la díada madre-hijo potenciando la función materna. La metodología de trabajo consiste en entrevistas individuales en las salas de internación donde se abordan diferentes temáticas referidas al momento del nacimiento y el establecimiento de ese primer vínculo fundante para el psiquismo del bebé. Asimismo, se intenta contener todas las ansiedades movilizadas en las madres en esta situación especial, asesorar y orientar con respecto a la importancia de la lactancia materna y los cuidados que requiere el bebé recién nacido. En caso de detectar falencias importantes en el vínculo, se deriva oportunamente para que la problemática sea abordada con mayor profundidad desde un equipo interdisciplinario del Programa o en alguna otra institución que el caso requiera.

Paralelamente se realizan talleres con grupos de madres cuyos bebés se encuentran hospitalizados y con mujeres embarazadas que están en la sala de espera aguardando ser atendidas por el médico obstetra. Planteando tópicos como crianza de los niños, puesta de límites, conductas esperadas según la edad, vínculos familiares, métodos anticonceptivos, la familia hoy, entre otros.

En la actualidad, se continúa con varias de las estrategias que se han narrado, teniendo como eje unificador, el fortalecimiento del vínculo temprano abordado desde distintas aristas.

Sintetizando, se trabaja con talleres grupales y consultorías de orientación individual, en jardines maternos y en servicios de maternidad de hospitales públicos. Hasta aquí se han desarrollado diversas acciones relacionadas con prevención y promoción del maltrato a la niñez y adolescencia, es por ello que ahora se describirá cómo fue la evolución de las estrategias pertinentes a capacitación, desde el inicio hasta la actualidad.

Estrategias de Capacitación

Como se mencionó anteriormente, el Programa cuenta con un espacio de formación en el que se capacita a profesionales involucrados en materia de maltrato infantil y

adolescente. La existencia de este espacio es fundamental para promover una estructura social que esté preparada para contener los casos de violencia.

Las acciones han sido organizadas teniendo en cuenta diversas variables. Para mencionar algunas, se puede señalar la importancia, no sólo, de brindar información a partir de la experiencia, sino además, de generar un espacio en donde reflexionar y construir conocimientos acerca de la problemática que nos convoca y el accionar frente a cada situación.

La elección de los destinatarios de las capacitaciones no ha sido casual, por el contrario, se ha tenido en cuenta el rol fundamental que cumplen dentro de la sociedad en relación con los niños, niñas y adolescentes. Docentes y actores de todos los niveles del sistema educativo, agentes de policía, promotores de salud, profesionales y estudiantes de carreras como psicología, psicopedagogía, psicología social, medicina, trabajo social, minoridad y familia, diversos profesorado, abogacía, entre otras y personas de la comunidad que estén interesadas en la problemática. La capacitación en maltrato infantil para quienes tienen a su cargo la formación de los niños y la interacción con la comunidad educativa es prioritaria a la hora de dar una respuesta positiva para evitar la ocurrencia de casos nuevos, así como para realizar asesoramiento y derivación oportuna a los equipos públicos de salud especializados en la temática.

Una de las primeras acciones que se llevaron a cabo desde el Área, fue un ciclo de formación que duró cuatro años (desde 2002 al 2005), destinado exclusivamente a alumnos de primero y segundo año de la carrera de Tecnicatura Universitaria en Seguridad Pública, dictada en el Instituto Universitario de Seguridad Pública, dependiente del Ministerio de Seguridad. Para ello fue menester firmar un acta acuerdo entre ambas instituciones para que el ciclo fuera incorporado a la currícula de los futuros agentes de policía. El objetivo era brindarles conocimientos sobre maltrato infantil que les permitieran enfrentar situaciones diversas en el desempeño de su labor profesional con la comunidad. Esta experiencia pudo mostrar el impacto que produjo la temática del maltrato y en especial el abuso sexual infantil, sobre todo al trabajar con diversas frases, mitos, como por ejemplo... *“las niñas abusadas tuvieron una actitud provocativa y seductora hacia el abusador”, “el abuso sexual existe sólo cuando hay violación o penetración”, “los niños mienten cuando señalan que están siendo víctimas de algún abuso” “el hecho que el niño no haya develado con anterioridad el abuso sexual, implica que éste no fue mal recibido”*. Se pudo observar la cristalización de algunos conceptos erróneos, fuertemente arraigados en el pensamiento colectivo de los agentes, principalmente los relacionados con las víctimas del abuso.

Otra de las tareas que se efectúa es la de participar desde hace varios años en los cursos de capacitación que efectúa el Programa de Salud Reproductiva. Este organismo dicta cursos a lo ancho y largo de la provincia, destinados a diferentes actores públicos como por ejemplo personal de salud, enfermeros, médicos, psicólogos, personal de comunidades educativas, docentes, preceptores, bibliotecarios, y solicita al Departamento de Prevención y Capacitación que exponga el funcionamiento del Programa y profundice sobre la temática del abuso sexual infantil. Para estas capacitaciones se

cuenta con la ayuda de los profesionales de las diferentes unidades especializadas.

Como se mencionó anteriormente, el primer curso de capacitación que presentó el Programa, en el año 2000, surgió como necesidad de brindar una formación teórica en el marco del convenio de pasantías. Originariamente se pensó en los pasantes como únicos destinatarios, pero luego, alumnos de otras carreras y profesionales empezaron a demandar herramientas y conceptos teóricos, por lo que se amplía la propuesta. El curso se dictó inicialmente en el Hospital Dr. Humberto Notti, con modalidad de cursado presencial obligatorio. Los disertantes eran profesionales idóneos en materia de violencia intrafamiliar.

A partir que el Programa se fue instalando en la población y se hace más conocido, aumenta la demanda por parte de la comunidad educativa a la "Línea de los Chicos", en las que se denunciaban casos de maltrato detectados en los diferentes ámbitos educativos y se solicitaba asesoramiento permanente por parte de los mismos. Por ello, resulta necesario elaborar un proyecto para que el curso de capacitación con modalidad presencial, sea avalado por la Dirección General de Escuelas otorgándole puntaje a aquellos docentes que lo cursen y aprueben.

Con esta capacitación se pretende brindar herramientas para actuar e intervenir en los niveles de detección, prevención y orientación frente a situaciones de violencia intrafamiliar. Y dar información oportuna a personas que están en contacto con niños y adolescentes, a través del conocimiento de los indicadores físicos, conductuales y el marco legal vigente; para comprender cuáles son las vías de posibles soluciones, conservando la objetividad y sintiéndose seguro de los recursos internos para enfrentar este tipo de situaciones.

Con el correr de los años se fueron haciendo ajustes y modificaciones para mejorar las propuestas de las capacitaciones, teniendo en cuenta los aportes y críticas constructivas de las personas que reciben la formación, como así también los cambios legales, institucionales y de otra índole que van aconteciendo.

Se cambiaron algunos aspectos tanto formales relacionados con la organización, como de contenido. Al inicio, la capacitación era masiva, se inscribían entre ciento cincuenta a doscientas personas, lo cual era muy positivo ya que "aumentaba las estadísticas" pero las clases eran de tipo exponencial ya que se dificultaba el trabajo en grupos u otras estrategias de aprendizaje más dinámicas. Con el tiempo se da más relevancia a la calidad de los contenidos que se brindan y la posibilidad de apropiación de los mismos más que en la cantidad de los capacitados, pudiendo implementar ponencias interactivas con técnicas de reflexión grupal. Esta modalidad genera espacios de intercambio donde se permite que el sujeto sea activo en la construcción de conocimientos y no un sujeto pasivo que sólo incorpora lo que escucha.

El curso de capacitación se fundamenta teóricamente en el Paradigma de la Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes; en el Modelo Ecológico, en la trascendencia del Vínculo Temprano y en el Enfoque de Resiliencia.

El temario que se brinda actualmente es amplio, propone contenidos que se relacionan directa o indirectamente con el maltrato a la niñez y adolescencia. El curso aborda temáticas como: marco legal formado por las leyes nacionales y provinciales, el maltrato

infantil y adolescente desde diferentes vertientes y causalidades. Se hace hincapié, no sólo en los desarrollos conceptuales del maltrato en sus distintas formas de presentación, sino también en modalidades de abordaje y estrategias en cuanto a prevención y atención. En una segunda instancia se tratan diversas problemáticas, como por ejemplo: consumo problemático, salud reproductiva, violencia de género, adopción y el modo de trabajo del Órgano Administrativo de Aplicación de la Ley Nacional N° 26.061. La presencia en el curso de estas temáticas se fundamenta en la necesidad de dar a conocer el funcionamiento de instituciones del medio y sus recursos, para que los participantes sepan a dónde y cómo recurrir según las problemáticas a las cuáles se enfrentan.

Los objetivos son que el capacitando reflexione sobre distintos posicionamientos a partir de los cuales construir herramientas para intervenir y prevenir desde su función social y en colaboración con otros agentes de la comunidad; que conozca diversos procedimientos que guíen su accionar; que desarrolle la capacidad de observación y pueda detectar con mayor facilidad situaciones de violencia intrafamiliar involucrándose socialmente, convirtiéndose en promotor de derechos y de salud mental.

Frente a un mundo que avanza sobre la tecnología, en el año 2006 se hizo necesaria la ampliación de la capacitación, pensando en una formación que favorezca la democratización de la distribución del conocimiento superando las barreras del tiempo y el espacio. Por ello se propone la construcción de un curso con una metodología innovadora como es la educación a distancia, con el objetivo de socializar los conceptos fundamentales que hacen a la comprensión del fenómeno del maltrato a la niñez y adolescencia. Esta iniciativa permite abordar ciertas estrategias e intervenciones con docentes de distintos niveles y de diferentes zonas de la provincia, del país como así también de países vecinos, con un marco de referencia en común. Esta propuesta se realiza desde el Programa y la Dirección de Educación a Distancia e Innovación Educativa de la U.N.Cuyo, aunando esfuerzos desde estas instituciones, cuya finalidad es trascender sus propias incumbencias en beneficio de los destinatarios.

Este curso se realiza a través de la plataforma virtual de la Universidad Nacional de Cuyo, la cual se puede definir como:

“El entorno virtual de aprendizaje, será aquel escenario de significaciones compartidas en las que se establecen estrategias de enseñanza para provocar estrategias de aprendizaje e interacciones ricas en significación respecto al conocimiento que se desea construir. Para ello se desarrolla la intencionalidad educativa en una estructura en la cual se combinan diversos lenguajes de manera atractiva y se organiza a través de conexiones o enlaces y en el cual es posible que el usuario tome decisiones respecto al camino a seguir por su alto grado de interactividad y movimiento con sentido” (Ozollo, 2007).

El curso es dictado por diferentes profesionales idóneos. El campus virtual cuenta con las figuras de tutores y docentes contenidistas, entre otras.

“El tutor: Es un experto en distintas temáticas cuya función es acompañar al alumno en el proceso de aprendizaje a través de las herramientas de comunicación que ofrece el entorno virtual, sea para abordaje de las dificultades o dudas que puedan aparecer con las actividades o su normativa de entrega. El docente contenidista: es un experto en la temática que desarrolla y su función es acompañar en el proceso de aprendizaje de la temática que expone.”

La plataforma tiene múltiples herramientas y recursos que favorecen el diseño de espacios didácticos abiertos y flexibles permitiendo el desarrollo de variadas estrategias de enseñanza y aprendizaje. La comunicación constante, en esta modalidad, es imprescindible.

En relación a los contenidos conceptuales, el eje central es el mismo que para el curso con modalidad presencial. Los temas están organizados en módulos, que se desarrollan en forma virtual. Cada eje temático tiene actividades prácticas para la acreditación del curso.

El docente para ejercer su labor en educación a distancia necesita formación constante y revisión de los modelos incorporados. Debido a las matrices de aprendizaje aprehendidas a lo largo de la vida de cada uno es que cuesta tomar distancia y volver a construir un rol docente diferente, en donde los canales de comunicación son otros, la didáctica, metodología y estrategias de aprendizaje son diferentes.

Como otras estrategias, el Departamento de Prevención y Capacitación realiza diversas actividades destinadas a distintos actores de la comunidad. Por nombrar algunas, se pone como ejemplo la participación en jornadas municipales, provinciales y nacionales relacionadas con la temática; charlas y talleres en establecimientos educativos de diferentes niveles: inicial, primario, secundario y universitario, por solicitud de sus docentes y autoridades interesadas.

Actualmente el Departamento está formado por un equipo interdisciplinario constituido por licenciados en psicología, en psicopedagogía, en minoridad y familia, en psicología social y una docente de plástica. Sin embargo, se nutre de otros profesionales con diferentes especialidades, que pertenecen a las demás áreas del Programa que colaboran y hacen posible la realización de las tareas propuestas.

CONCLUSIONES

Por todo lo expuesto, se hace necesario resaltar la importancia de trabajar la prevención del maltrato infantil fortaleciendo el vínculo madre-hijo, abordándolo desde sus comienzos y en la temprana infancia. Trabajando con constancia y continuidad, para insertarse en las diferentes comunidades y así construir juntos cambios significativos.

Se considera importante la necesidad de una capacitación continua y permanente para los profesionales que conforman el Departamento, sobre temas relacionados con nuestra labor cotidiana que nos permita acercarnos a la demanda de la sociedad.

Haciendo referencia a los informes aportados por el Departamento de Bioestadística del Programa, se observa el impacto que tienen los cursos de capacitación en los docentes y, a través de ellos, en las instituciones escolares, en la prevención y, más específicamente en la detección y derivación oportuna de situaciones de maltrato infantil.

Tanto en prevención como en capacitación se visualiza la importancia de la interdisciplina, donde confluyen diversos saberes y miradas que enriquecen el trabajo frente a situaciones de vulneración de derechos. Las estrategias y actividades desarrolladas por el Departamento deberían abarcar a la comunidad toda, cruzando las

III | PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

barreras socioculturales, por ello, resulta esencial poder incorporar a otros profesionales con diversas formaciones.

El Departamento de Prevención y Capacitación desde su creación hasta hoy, ha transitado un largo camino con avances y retrocesos, aciertos y errores. Se han podido consolidar acciones que han persistido en el tiempo y son de suma importancia para la prevención de situaciones de maltrato. Asimismo, se piensa que aún queda mucho por realizar. Nuevos proyectos, nuevos destinatarios, nuevas actividades, revisión constante de algunas estrategias.

Bibliografía

- Ozollo, F. (2007) *Uso Operativo del Campus Virtual de la UNCuyo para la apropiación de Herramientas Web*. UNCuyo. Mendoza: Material sin editar.
- Pisi, A. Y Castro, M. (2003) *De La Caridad A La Dignidad*. En Boletín Informativo del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia, Mendoza.
- Vatzlav, V., Vatzlav, C. y Marsonet, B. (2011) *Prevención de maltrato a la niñez y adolescencia. Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia*. Mendoza: Material sin editar.
- Vatzlav, V., Vatzlav, C. y Marsonet, B. (2011). Prevención de violencia intrafamiliar. Una problemática social para abordar con los docentes. En *Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia*. Mendoza: Material sin editar.

2.

Promover, preparar, anticipar, construir, compartir. Abordajes y fundamentos del trabajo de prevención en el Programa de Prevención de Maltrato a la Niñez y Adolescencia de Mendoza

María Belén Marsonet
Cecilia Vatzlav
Verónica Vatzlav

*“El tiempo de los bebés es infinito,
el instante de malestar o de sufrimiento es infinito
como así también el de bienestar y el de alegría.
Son las vivencias que dejan huellas, que abren o cierran al mundo.
Esto implica para los adultos, la familia, los profesionales y la sociedad
una gran responsabilidad y un extraordinario desafío
porque es en los más pequeños detalles de la vida cotidiana
que se concretan o naufragan las más bellas teorías”.*

Agnes Szanto, citada en Chokler, 1998.

Introducción

La violencia intrafamiliar es considerada un problema de salud pública de primer orden por diversas organizaciones nacionales e internacionales y comporta graves riesgos para la salud de las personas, tanto a nivel físico como psicológico. Por ello, es necesario desarrollar aspectos vinculados a la prevención cuando se aborda esta problemática.

Las primeras relaciones dentro del ámbito familiar constituyen las bases sobre las cuales se estructurará la personalidad de niñas y niños, por este motivo, tanto la promoción de pautas de crianza saludables como todas aquellas acciones destinadas al trabajo desde la prevención con las situaciones de violencia intrafamiliar resultan imprescindibles.

A continuación se desarrollan las estrategias y acciones del Departamento de Prevención y Capacitación del Programa de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia, Ley 6551, de la provincia de Mendoza (PPMI). El objetivo no es sólo descriptivo sino que se intentarán explicitar los fundamentos teóricos a partir de los cuales se planifica y organiza todo el trabajo en este Departamento.

Prevención de Situaciones de Violencia Intrafamiliar

Sobre la violencia

La palabra “violencia” tiene en primera instancia una raíz etimológica indoeuropea “wi”, que significa fuerza vital. Es decir que designa a aquella energía útil a los fines de sostener la vida. En segunda instancia, violencia posee un antecedente etimológico latino en los términos “vis” o “vir” que significa fuerza.

Distintos autores concuerdan en considerar que la violencia implica el uso de la fuerza para producir un daño. En sus múltiples manifestaciones, la violencia es una forma

de ejercicio del poder, mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política) e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos.

Según lo desarrollado por Perrone (2000) “la agresividad sirve para definir el territorio de cada uno y hacer valer su derecho. La violencia en cambio, rompe los límites del propio territorio y los del otro, invade la relación y los vuelve confusos. Es una fuerza destructora de sí mismo y del otro”. Cabe destacar, siguiendo a este autor, que la violencia no es un fenómeno individual, sino la manifestación de un fenómeno interaccional, ya que no puede explicarse sólo desde la esfera de lo intrapsíquico, sino en un contexto relacional. Asimismo, cualquier individuo puede llegar a ser violento con diferentes modalidades o manifestaciones. Éste no es de por sí violento, pero en determinado contexto o en determinada interacción puede manifestar violencia. Por ello es que puede aparecer en distintos ámbitos de la vida de los seres humanos: en la pareja, en la familia, en el ámbito escolar, en lo social, lo político, lo económico, etc. Sin embargo, cuando aparece en la familia tiene consecuencias especiales en la formación de los sujetos ya que es la primera matriz de aprendizaje de los mismos. Para Perrone (2000):

“la violencia adopta dos formas distintas: violencia agresión, que se encuentra entre personas vinculadas por una relación de tipo simétrico, es decir, igualitaria. O la violencia castigo que tiene lugar entre personas implicadas en una relación de tipo complementario, es decir desigualitaria. Cuando se trata de violencia agresión se observa que los interlocutores aceptan la confrontación y la lucha, en esta situación la identidad y la autoestima están preservadas: el otro es existencialmente reconocido. En la relación complementaria, la violencia toma forma de castigo y se inscribe en el marco de una relación desigual. Se manifiesta en forma de castigos, torturas, negligencia o falta de cuidados. Puesto que se trata de una relación de desigualdad, la violencia es unidireccional e íntima. El que actúa la violencia se define como existencialmente superior al otro, y éste por lo general lo acepta. La diferencia de poder entre uno y otro puede ser tan grande que el que se encuentra en la posición de desventaja no tiene alternativa y debe someterse contra su voluntad. En la violencia castigo está afectada la identidad de la persona en posición de desventaja, puesto que se le niega el derecho a ser otro. Las secuelas son profundas, la autoestima está quebrantada y el pronóstico es reservado”.

Se puede relacionar la violencia y la agresión con la noción de límites, ya que toda violencia se define en relación a la ruptura de un límite. El primer límite en la configuración del ser humano es el que existe entre adentro-afuera, interior-exterior.

“Es un primer límite fundamental, ya que a lo largo de toda la vida, el trabajo más grande del ser humano, es mantener claramente diferenciados y a la vez interrelacionados estos dos mundos. Cuando este límite adentro-afuera se hace como un muro: la permeabilidad adentro-afuera estará alterada y el individuo tenderá al aislamiento. Si, en cambio, ese límite no se establece: el individuo tenderá a la desintegración, a la desestructuración, al descontrol, a los comportamientos impulsivos, pero también a un exceso de permeabilidad con la que el individuo queda muy vulnerable, arrasado constantemente por lo que otros hacen con él, fallando el autocontrol y las defensas normales” (Abadi, 1993).

La importancia del vínculo temprano

El vínculo temprano es considerado el eje a partir del cual se piensan y organizan todas las estrategias y acciones del Departamento de Prevención y Capacitación del Programa. Es por ello, que se sintetizan, a continuación, las ideas principales relacionadas con la temática desde la perspectiva de los autores más relevantes.

Para Chokler (1998):

“el niño es un ser que se desarrolla como sujeto a partir de otros, con otros y en oposición a otros, mientras va otorgando sentido y significación a su entorno con el que establece intercambios recí-

2. Promover, preparar, anticipar, construir, compartir. Abordajes y fundamentos del trabajo de prevención

procos. Pequeño, fuertemente dependiente, pero persona entera siempre, más allá de la normalidad o de la patología, más allá de lo que tenga o de lo que le falte. Inevitablemente en interacción con un medio que lo anida, éste facilita u obstaculiza, modela las matrices de aprendizaje para que produzca en sí mismo la serie de transformaciones sucesivas que constituyen su proceso singular, original, de crecimiento y de desarrollo en tanto individuo, ser y devenir sujeto histórico y cultural, en el pasaje progresivo del predominio de la dependencia al predominio de la autonomía”.

El niño desde el nacimiento tiene la capacidad para establecer relaciones afectivas con el entorno. Para Bowlby (1976) el vínculo de apego constituye los lazos primordiales con los adultos que lo cuidan. Chokler (1998) refiere que la función de este vínculo es proteger, contener, sostener y tranquilizar al niño en su contacto con el mundo, que, por ser nuevo y renovado permanentemente, le despierta curiosidad, interés y también inquietud, alarma y ansiedad.

“Aunque el niño tiene una tendencia genética a promover la proximidad o el contacto con una persona y apearse a ella, también hay un aprendizaje de la función y es evidente que ésta se va desarrollando hacia aquéllas con las que tiene más interacción o que le brinden las respuestas específicas más cálidas y adecuadas” (Bowlby, 1976).

De acuerdo a cómo se establezcan esas primeras relaciones, se posibilitará en el niño la estructuración de un psiquismo sano y la constitución de su subjetividad, así como también se pueden conformar vínculos que propicien o no, modalidades de interacción violentas. Dice Chokler (1998) al respecto:

“Los avatares de dicha interacción con las personas significativas, la calidad predominante de gratificación o de frustración que le aporten: sensación de sostén, de seguridad, de apaciguamiento, filtrando los estímulos invasores, o por el contrario, las vivencias de temor o de ansiedad, están en la base de la construcción de las matrices afectivas, relacionales y sociales que permiten al sujeto sentirse mejor acompañado, confiando en su entorno y seguro de sí mismo o precariamente sostenido y hasta, a veces, perversamente sometido”.

La misma autora refiere:

“La constitución del vínculo de apego, con sus cualidades de mayor o menor firmeza, estabilidad y solidez, se realiza cuerpo a cuerpo desde las primerísimas impresiones a través del olfato, del tacto, el contacto, la tibieza, la suavidad, los movimientos, los mecimientos, la mirada, los arrullos, la sonrisa y la voz, que quedan ligadas al placer por la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas”. “... la falta de sostén físico y emocional, de contención, ataca el frágil estado de integración del bebé, provocando sensaciones caóticas de desborde y de disgregación de sí con una activación excesiva de las ansiedades primitivas. Toda experiencia vivida como invasora, nociva, desagradable -el hambre intensa, por ejemplo- o toda vivencia inesperada, dolorosa o brusca, como la hiperestimulación sensorial y/o laberíntica de los giros, los desequilibrios, las sacudidas, la inestabilidad de apoyos suficientes, los cambios rápidos de posición, en los que pierde los referentes espaciales, propioceptivos y visuales, sin alcanzar a prepararse para su secuencia ni pudiendo captar su sentido, puede angustiar y desorganizar al bebé, dejando huellas de sufrimiento en el cuerpo, sin imágenes ni representaciones todavía por la precariedad del sistema nervioso y del psiquismo. Este sufrimiento que provoca una desestabilización neuropsicológica del sistema general de adaptación y que puede actualizarse más adelante en trastornos del sueño, de la alimentación, de aprendizaje, de la conexión con el ambiente y/o en somatizaciones va consolidando una estructura a veces extremadamente vulnerable que pone en riesgo el desarrollo del niño”.

Es desde esta perspectiva que se fundamenta el trabajo con los adultos significativos desde la prevención de situaciones de violencia intrafamiliar, intentando minimizar los daños y fortaleciendo conductas protectoras. Se debe cuidar fundamentalmente a los adultos que se ocupan de los niños, para garantizar el crecimiento y desarrollo de los mismos, ya que es muy difícil que alguien pueda dar lo que no tiene. No se puede brin-

dar sostén, respeto, continencia, afecto, si uno no se siente querido, sostenido, contenido, reconocido y respetado. Además, es importante considerar que estos adultos son producto de condiciones históricas, sociales y culturales, son portadores de conceptos acerca de cuál es y cómo deben llevarse a cabo los cuidados y la crianza, qué es lo principal y qué lo secundario y quiénes son los responsables de esa tarea.

Prevención

Prevenir implica preparar, disponer con anticipación, facilitar recursos para el desarrollo del autocuidado y poner al alcance de todos la información necesaria. La prevención de situaciones de violencia intrafamiliar implica el conjunto de acciones destinadas a evitar tanto la aparición de las mismas, como las acciones dirigidas a disminuir el daño y su cronificación. Existen distintos niveles de prevención que tienen que ver con el momento en el que se realiza la intervención y con el grado de evolución de la situación. Teniendo en cuenta esto, cualquier intervención es preventiva.

Prevención viene del latín “*praeventio*” y significa preparación para hacer algo o evitar un riesgo. Según el Diccionario de la Real Academia Española es la “preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo”.

Desde el Departamento de Prevención y Capacitación del PPMI se apunta a trabajar a partir de estrategias de promoción y de prevención primaria llevadas a cabo en Servicios de Maternidad de hospitales públicos y Jardines Maternales de Mendoza. En ambos espacios, esto se realiza a través de talleres, consultorías y generación de espacios y/o dinámicas según cada institución o contexto.

¿Por qué en Servicios de Maternidad?

Se trabaja en los servicios de Maternidad porque para prevenir situaciones de maltrato infantil, resulta imprescindible desarrollar todas aquellas acciones que lleven a fortalecer el vínculo temprano entre la madre y el bebé así como aquéllas destinadas a la prevención de dificultades en ese vínculo. Según Winnicott (1995):

“la experiencia primaria es fundamental porque sin una persona específicamente orientada hacia las necesidades del bebé, éste no puede encontrar una relación eficaz con el mundo externo. Sin alguien que le proporcione gratificaciones psicofísicas, el bebé no puede encontrar su cuerpo ni desarrollar una personalidad integrada. Sin alguien a quien amar y odiar, el bebé no puede darse cuenta que ama y odia a una misma persona, y encontrar su sentimiento de culpa y su deseo de reparar. El bebé necesita un ambiente limitado en el que pueda conocer y descubrir en qué medida sus ideas agresivas resultan inocuas, diferenciando fantasía y realidad. Es necesario para un desarrollo psicológico sano, que dentro de su estructura familiar, estén definidas claramente las funciones paternas y maternas a fin de superar las primeras etapas de vida”.

Aurora Pérez (1987) afirma que “el bebé al nacer adviene a una matriz extrauterina: el grupo familiar. Este momento crucial inaugura el período de crianza, dado a llamar vincularidad temprana, continente estructurante del aparato psíquico”. En este marco, el amamantamiento puede ser considerado como un modelo de interacción comunicacional apropiado, porque además de proveer los elementos nutritivos e inmunológicos

2. Promover, preparar, anticipar, construir, compartir. Abordajes y fundamentos del trabajo de prevención

adecuados para el óptimo desarrollo en el inicio de la vida, aporta el tejido relacional que facilita una saludable estructuración de la unidad somatopsíquica social.

Según diversas investigaciones y a partir de las observaciones en el trabajo llevado a cabo en los Servicios de Maternidad, se puede afirmar que se encuentra una alta correlación entre las dificultades en el vínculo temprano y la aparición de situaciones de violencia, por ello la importancia de trabajar desde aquí.

¿Por qué en Jardines Maternales?

Porque los Jardines Maternales son servicios a los que tienen acceso las familias en un período de edad en el que sus niños están en pleno desarrollo. El personal de estas instituciones se encuentra en una posición favorable para detectar niñas y niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades de promoción.

Algunas de estas instituciones en Mendoza cuentan además con un Centro de Apoyo Educativo (C.A.E.), en los cuales se brinda apoyo escolar en horario de contraturno escolar a niños de 6 a 13 años de edad que lo requieran, siendo un espacio con fines pedagógicos pero también de desarrollo social, artístico, recreativo y comunitario, según el contexto.

Asimismo, estos Jardines son espacios referenciales para la comunidad, ya que las familias los perciben y sienten como espacios de protección, contención, ayuda e información. A ellos pueden recurrir cuando se les presentan situaciones problemáticas pero también para proponer actividades recreativas y con finalidades comunitarias que, a su vez, les permite lograr mayores niveles de organización y compromiso.

Modalidades de intervención en Servicios de Maternidad y Jardines Maternales: Talleres

Se trabaja a partir de la modalidad de taller porque se considera esencial implementar espacios grupales donde se promuevan pautas de crianza saludables a partir de la propia experiencia de los participantes. El compartir con otros facilita la construcción de los aprendizajes y surgen situaciones en las que las personas pueden poner en juego los conocimientos previos y confrontarlos con los demás, pudiendo así revisarlos con posibilidades de modificarlos. Además, se posibilitan fenómenos de movilidad identificatoria que pueden tomarse como medio para trabajar conceptualizaciones, mitos y prácticas sociales.

La modalidad de taller permite explorar diversas vías de solución de problemas y además posibilita intercambios que promueven y mejoran los procesos de reflexión individual, lo cual evita la modalidad tradicional de transmisión de conocimientos donde alguien externo plantea saberes elaborados y descontextualizados de la vida de los participantes para que éstos los reciban pasivamente. También permite que se visualicen modelos vinculares distintos a los que ya conocen los participantes, no sólo en la relación de niños con adultos sino también modelos vinculares distintos entre los mismos adultos: pareja, vecinos, amigos; en los cuales encuentren mayor riqueza y posibilidades de interacciones diversas.

Para el Departamento de Prevención y Capacitación del PPMI los talleres son muy importantes debido a que posibilitan espacios donde se pueden plantear alternativas

de promoción de pautas de crianza saludables, evitando así la aparición de situaciones de maltrato infantil o la cronificación del mismo. A través de ellos se favorecen procesos de reflexión en padres, madres y cuidadores de niños que asisten al Jardín, así como en el personal del mismo. En la dinámica de los talleres a partir de la construcción de aprendizajes de los adultos en interacción con otros se logra: fortalecer las funciones parentales, brindar herramientas para potenciar los factores protectores, disminuir los factores de riesgo y favorecer la aplicación de los conceptos, procedimientos y actitudes aprendidos a diversos contextos.

Consultorías

Las consultorías surgen como complemento de los talleres. Ambos son modalidades de abordaje distintas, que comparten los mismos objetivos según lo requiera cada situación.

En las consultorías se realiza atención individual, de pareja o, en algunos casos, familiar y están dirigidas a madres, padres, abuelas, abuelos, tutores y personal de los jardines. Se atienden las derivaciones hechas por el personal del Jardín, así como la demanda espontánea de los interesados y las situaciones que por sus características exceden el encuadre de los talleres.

La modalidad de intervención es escuchar, orientar, asesorar, informar, aclarar y contener. También se identifican indicadores de violencia intrafamiliar y en esos casos se realiza la articulación y/o derivación oportuna a los equipos interdisciplinarios de atención del PPMI. No se realiza tratamiento específico, ya que los casos que lo requieren se derivan a los efectores municipales, de salud, educación, de la comunidad que corresponda.

Las temáticas que se trabajan, generalmente, son: pautas esperables según el desarrollo evolutivo, cuidados según las edades, límites, situaciones de violencia en distintos ámbitos, vínculo temprano, funciones parentales, funcionamiento familiar, sexualidad, celos, trastornos de conducta, dificultades de aprendizaje, recursos de la red de salud, de educación, de ayuda económica según la zona. Se realizan esclarecimientos en relación a las prácticas de castigo corporal y psicológico que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos; se discuten métodos alternativos de crianza; se identifican y valoran los puntos valiosos y positivos de los padres: esfuerzos, experiencias, competencias, entre otros. Estas temáticas son similares a las trabajadas en los talleres, sin embargo en algunas ocasiones debido a las características personales de los participantes (desborde emocional, vulnerabilidad social, problemática compleja, entre otras) se aborda en este espacio individual y privado.

Capacitación

En el marco de las acciones de promoción y de prevención, se insertan los cursos de capacitación a profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos de intervención. Estos cursos están a cargo de profesionales del PPMI, idóneos en el tema ya que cuentan tanto con la capacitación teórica continua como con la práctica especializada. Por tales motivos, pueden dar a conocer y abordar conocimientos y modalidades de intervención diferenciados para que sean accesibles a los asistentes.

2. Promover, preparar, anticipar, construir, compartir. Abordajes y fundamentos del trabajo de prevención

A partir de estas instancias, la población en general, tiene la posibilidad de acceder a los fundamentos teóricos y modalidades de abordaje en relación a la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil, así como a obtener diferentes miradas desde donde posicionarse al vincularse con niños y adolescentes para realizar intervenciones contenedoras, detección precoz, orientación y derivaciones pertinentes.

En este sentido, el enfoque de resiliencia es válido como fundamento teórico ya que permite correrse de los modelos tradicionales basados en el riesgo y centrados en la enfermedad, el síntoma y aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico y social. En cambio, la resiliencia muestra que los daños o riesgos, no son consecuencias inevitables sino que existen factores protectores que atenúan sus efectos negativos y los pueden transformar en factor de superación de las situaciones adversas.

Según Vanistendael (2002), la resiliencia es “la capacidad del individuo para hacer las cosas bien pese a circunstancias adversas. Esto implica una capacidad de resistencia y una facultad de construcción positiva. Es decir, que es la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella. No es invulnerabilidad ni impermeabilidad al estrés, promover la resiliencia es reconocer la fortaleza más allá de la vulnerabilidad”. Grotberg (1995), la define como “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas”. “La resiliencia como concepto y herramienta de trabajo ha abierto una perspectiva que brinda un optimismo realista, ya que va a la búsqueda de los recursos disponibles de las personas para avanzar constructivamente, aún a pesar de serias dificultades en la vida” (Suárez Ojeda, 2001).

Los cursos están organizados y sistematizados desde el punto de vista administrativo, pedagógico y didáctico para que se logren procesos de aprendizaje que impliquen no sólo la incorporación de información sino también que se logren la revisión y reflexión sobre conocimientos previos, paradigmas conceptuales y modalidades de intervención. Por ello se toman como fundamentos teóricos las conceptualizaciones de los procesos de enseñanza y aprendizaje elaborados por Vigotsky, Feuerstein y Filidoro principalmente.

Desde estos autores se considera que la persona que aprende es un sujeto activo que construye su conocimiento en interacción constante con su entorno. El aprendizaje es considerado como la manera que tiene todo ser humano de apropiarse de la realidad, un proceso de construcción continua que implica cambios, avances, retrocesos y se da a lo largo de toda la vida. Es el proceso que posibilita el acercamiento, la apropiación productiva de los objetos del mundo y la producción de conocimientos.

Asimismo, se da un rol central a la mediación, que es un estilo de intervención intencional, entre el mundo y el individuo que posibilita seleccionar, reorganizar, ordenar la información de la realidad, a fin de garantizar los procesos cognitivos, las respuestas adecuadas y el aprovechamiento de la propia experiencia.

Según Feuerstein (1990), la mediación es la “calidad de la relación que se establece entre el ser humano y el entorno. Tiene características estructurales especiales, producto de los cambios introducidos en esta interacción por un mediador. Esta interposición activa está marcada por un objetivo que trasciende la inmediatez de la situación específica que da origen a la interacción y siempre tiene en cuenta una intencionalidad, un significado y la trascendencia”, esto hace referencia a manifestar siempre y claramente lo que se quiere hacer y por qué se quiere hacer, tener claro el para qué, lograr en el otro la búsqueda de su significado e ir más allá del objetivo inmediato, lo cual implica que lo que se aprende en un aquí y ahora, se aplica luego en infinitas situaciones.

CONCLUSIONES

El objetivo del presente fue desarrollar las estrategias y acciones del Departamento de Prevención y Capacitación del Programa de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia de la provincia de Mendoza explicitando los fundamentos teóricos a partir de los cuales se planifica y organiza todo el trabajo en este Departamento. Esto ha permitido una sistematización que posibilita continuar repensando y ampliando dicho trabajo.

De todo esto, se puede concluir y resaltar:

- La premisa de trabajar desde la promoción de vínculos sanos, especialmente en la primera infancia, es el eje a partir del cual se deben organizar las estrategias y actividades de prevención de situaciones de violencia intrafamiliar.
- Se debe tener una mirada amplia y no reducir la prevención a un determinado sector de la sociedad.
- Cabe destacar la importancia de trabajar en todos los niveles y en todas las áreas, en la difusión de ideas relacionadas con la crianza, el desarrollo temprano, los límites, las modalidades de comunicación, los vínculos, las redes de sostén, el fortalecimiento de los adultos como tales, la influencia del bagaje cultural y las representaciones sociales, entre otros.
- Asimismo es necesario abordar temas relacionados con la violencia intrafamiliar y sus consecuencias, brindando información y construyendo espacios compartidos con distintas modalidades (talleres, charlas, cursos, actividades recreativas o artísticas, entre otros).
- Se debe trabajar la promoción y la prevención haciendo hincapié en los factores protectores.
- El trabajo con los adultos que “cuidan” es fundamental.
- Es necesario destacar la importancia del establecimiento del vínculo temprano, de brindar y propiciar que todas las niñas y niños puedan ser acogidos y sostenidos por un adulto que cumpla con la función materna, ya que de ello depende la constitución de su personalidad y su salud mental.

Bibliografía

- Abadi, S. (1993). *Agresión y violencia: formas y orígenes que existen en la escuela*. Buenos Aires: Cuaderno de la Fundación EPPEC.
- Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Chokler, M. (1998) *Los organizadores del desarrollo psicomotor*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Diccionario de la Real Academia Española, en: <http://www.rae.es/>
- Feuerstein, R. (1990). *Pédagogies de la Mediation*. Jerusalem: Cronique Sociale.
- Grotberg, E. (1995). *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. La Haya: Bernard van Leer Foundation.
- Melillo, A. y Suárez Ojeda, N. (2001) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Pérez, A. (1987) *Temas de familia y pediatría*. Buenos Aires: Eudeba.
- Perrone, R. (2000) *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002) *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1995) *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Lumen Hormé.
- Winnicott, D. (2004) *La naturaleza Humana*. Buenos Aires: Paidós.

3.

Experiencias con adultos significativos de niños y adolescentes en el marco de la prevención de la violencia intrafamiliar

Cecilia Vatzlav
Verónica Vatzlav

A continuación, se exponen diferentes experiencias de los diversos equipos pertenecientes al Departamento de Prevención y Capacitación del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia, quienes realizan trabajos comunitarios de prevención y promoción de la salud.

El eje unificador de la labor del Departamento es trabajar sobre el fortalecimiento del vínculo temprano madre-hijo desde el nacimiento, comprendiendo, también, la primera infancia. Dado que, se considera que es esta primera relación la que sienta las bases para un crecimiento sano.

En primer lugar, las profesionales que trabajan en un Jardín Maternal en Guaymallén plantean en **“El sufrimiento de un niño. ¿Niños agredidos o niños agresivos?”** el abordaje de la agresividad a través de la Psicomotricidad y el trabajo interdisciplinario. Luego, en **“Experiencias grupales con padres”**, el equipo realiza una descripción del abordaje con padres en el contexto del jardín. En tercer lugar, se explicita la labor llevada a cabo en un Servicio de Maternidad público de nuestra provincia, haciendo hincapié en el fortalecimiento del vínculo temprano, **“Prevención del Maltrato Infantil: Equipo de apoyo vincular. Servicio de Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore”**. Por último, en el artículo titulado **“Experiencia en el Jardín Manaslú, inserto en el basural a cielo abierto de Las Heras”**, se relata la tarea que efectúa el equipo de prevención en esa comunidad.

El sufrimiento de un niño: ¿Niños agredidos o niños agresivos?

Johanna Baidal
Miriam Rovere

Cuando se habla del sentido de las manifestaciones agresivas en el niño, se hace referencia a una descarga de tensiones debidas a una pulsión de la que no se permite discutir sus orígenes pero que sin duda está reforzada por factores exteriores. Esta descarga brutal de energías es una de las manifestaciones esenciales de nuestra

existencia en el mundo, queda más o menos bien canalizada según las exigencias socioculturales del entorno y se vierte en modos de expresión variados, más o menos aceptables a nivel social.

Estas manifestaciones se encuentran reforzadas por privaciones en todos los órdenes y la privación principal en el niño es una privación existencial. Es menester comprender la agresión, bajo sus formas más diversas, como un medio útil para inscribirse en la existencia, pero al mismo tiempo como una profunda búsqueda de una mutación hacia un “mejor estar”, en fin, como una demanda para situarse en la dinámica afectiva del otro. Por medio de la agresión el niño dice: “existo, pero existo mal; necesito que me ayudes a ser reconocido”, y también dice; “necesito estar en vuestra mirada, en vuestro deseo, para crecer”.¹

“La agresión es para el niño el medio de significar su rechazo; tiene el sentido de una llamada para ser oído, escuchado, reconocido, amado, para obtener un mejor ser y estar existencial: en el fondo, se trata de una llamada a la comunicación.”²

“La agresividad es un modo de relación con el otro, una comunicación” Lapierre y Aucouturier

El niño actúa, se mueve en su deseo de ser reconocido, aceptado y por tanto despliega su acción con su cuerpo, con y sobre los otros, con y sobre los objetos, en y sobre un espacio. Pero es en ese espacio donde encontrará, de parte de los otros y de los objetos, distintos niveles de limitaciones, de restricciones.

Se encuentran a diario diversas manifestaciones de la agresividad, habiendo niños que producen una acción sobre los otros niños, o adultos, los objetos, el espacio, violenta o muy violenta. Niños que pareciera que están en cuatro sitios a la vez, de los que comúnmente se dice “no paran”, que se comportan como animalitos salvajes, en tanto y en cuanto no respetan ninguna norma, tiran los juguetes, los materiales, los destruyen, se tiran al suelo, dan patadas, pegan, tiran del pelo, muerden a la menor ocasión. Otros que antes de llegar a la agresión en sí, con su cuerpo, con sus gestos, con su voz, anticipan la acción, niños que se ponen rojos de rabia antes de estallar, que chillan amenazando, que se les desorbitan los ojos, que rigidizan su cintura escapular y brazos, que aprietan fuertemente los puños. Niños que con toda esta gesticulación dan la apariencia de ir montando en cólera.

Y por el contrario, también la agresividad puede manifestarse dentro del propio niño, bloqueada, sin poder ser expresada al exterior, inhibida, pero latente. Cuando se encuentra ante un niño inhibido, es erróneo pensar que no es agresivo, y peor aún expresar “es tan bueno, tan tranquilo” evidenciando un juicio de valor que no permitirá al niño liberar sus sentimientos, sus deseos, por miedo a dejar de ser aceptado y querido por el adulto, por miedo a pasar a ser “malo” y no merecer ya el reconocimiento del otro. Un niño que permanentemente inhibe su agresividad en el momento que, creadas las condiciones, pueda expresarla, liberarla, podría hacerlo violenta, explosi-

¹ - Aucouturier, B., Darrault, I., Empinet, J.L.: “La práctica psicomotriz”.

² - Aucouturier, B., Darrault, I., Empinet, J.L.: “La práctica psicomotriz”.

vamente. Es el caso de los niños que se sitúan en un rincón, apoyados a la pared, que miran de reojo lo que sucede a su alrededor, que permanecen en un mundo interior, que prácticamente no sonríen, que hablan poco o nada (en el caso de ya tener adquirido el lenguaje oral), son niños que suelen aferrarse más tiempo al objeto de apego, que esquivan permanentemente la mirada del adulto.

Pero si lo planteado en este último párrafo llega a nivel extremo, donde no hay en absoluto participación en lo que sucede fuera de sí mismo, se dan los casos de autoagresión. Allí la comunicación se encuentra fuertemente alterada ya que hay serias dificultades en su proceso de identidad, una desorganización en la construcción de su personalidad. Estas autoagresiones provocan un daño real, heridas, dolor.

Por tanto, la agresividad, en un primer momento, es una reacción a las diversas frustraciones necesarias que genera el entorno, la realidad, el mundo en que ese sujeto quiera afirmarse y ser reconocido. La agresividad a través de sus distintas fases es la respuesta con la que el niño se opone y rechaza el entorno y los valores sociales. De investigar, de descubrir, de manipular, de experimentar. Todo es nuevo, muchísimas cosas llaman la atención del niño, pero las limitaciones, las prohibiciones, el peligro (aunque ante estos sí es necesario que se actúe contundentemente en un primer momento) frenan el movimiento natural y espontáneo del niño.

Para desarrollar mejor la temática, se presenta uno de los casos trabajados, Pedro de 2 años que asiste a un Jardín Maternal de SEOS: Servicio Educativo de Origen Social.

Observación y relato del caso:

- Cuando Pedro pudo adaptarse al Jardín y apropiarse del espacio comenzó a manifestarse, agrediendo a sus pares o arrojando objetos sin control.

Esta situación provocó en los adultos la necesidad de buscar estrategias y nuevas alternativas mientras se intentaba comprender por qué actuaba con tanta impulsividad. No sólo la docente y auxiliar de sala se abocaron a esta tarea, a diario todo el equipo se reunía intentando colaborar con el caso.

Después de unas semanas el equipo decidió reunirse con los padres, para compartir con ellos lo que se observaba en el jardín y conocer cómo era el vínculo familiar.

Desde el rol del equipo de prevención del PPMI y del primer encuentro con los padres se obtuvo la siguiente información:

Ambos padres estudian y trabajan, no tienen mucho tiempo para jugar o interactuar con el niño, que es muy inquieto, que no les hace caso, que no lo pueden llevar a ninguna parte porque se porta muy mal, que no lo pueden dejar ni un minuto solo porque se trepa en todo lo que esté a su alcance: mesa, repisas... Que suele tirar cosas por el aire sin dirección. Toma su merienda solo, y ninguna de sus actividades de rutina es acompañada por un relato verbal, no posee lenguaje oral desarrollado, su forma de expresarse es a través de gritos o balbuceos. Utiliza sonidos, gestos y pocas palabras (mamá, guagui) para comunicar sus demandas.

Para que ellos puedan estudiar, lo sientan frente al televisor con películas de niños

que él suele aprobar y son repetidas una y otra vez hasta que desiste de verlas. Lo mismo a la hora de comer y dormir, lo hace teniendo el tele prendido.

Se coordinan en la entrevista distintos tipos de organización en la convivencia, tratando de bajar las ansiedades y angustias, ya que ante frustraciones y comportamientos del niño, se despiertan afectos dolorosos, y de sufrimiento de los padres.

Se les mostró a estos la necesidad de ayudar al niño a atenuar sus emociones poniéndole palabras a sus acciones, ya que él no posee la palabra para hacerlo. Se le dieron ejemplos concretos: *“¿tirás los juguetes porque querés decirnos algo?”*, *“¿le pegás a tu amigo porque estás enojado?”*, *“¿te enojaste porque agarró tu juguete?”*- hablarle mirándolo a los ojos, cambiar los largos momentos de televisión, por otros más cortos y por paseos a la plaza, realizar relatos verbales acompañando la rutinas cotidianas, narraciones de cuentos cortos, colocarle los juguetes a su altura y a su disposición, entre otras sugerencias. Ambos asintieron comprendiendo la propuesta.

En la segunda entrevista con estos padres se pueden ver avances y retrocesos en el proceso. El logro que más anima, es que el niño ha podido jugar con otros sin agresión ni tirar todo como al comienzo y siguen trabajando en el lenguaje, pronunciación, que arme oraciones.

Si bien los padres están haciendo un esfuerzo en la atención del niño, dedicando horas de práctica de lenguaje y otros cambios por ejemplo: menos televisión, paseos; se observa en ellos la falta concreta de acuerdos en la educación, horarios y límites. Se refuerzan estas normas desde los avances del niño, la madre cuenta asombrada que, pasando por el Canal Cacique Guaymallén, él señaló, y dijo claramente “agua”.

Queda en claro que el niño demanda atención y aprende rápidamente cuando se la prestan desde su hogar y/o docentes.

Como el abordaje es interdisciplinario, es necesario un seguimiento y continuidad del trabajo entrevistando semanalmente a la docente y la auxiliar de la salita.

Es notorio el desborde, la angustia; ambas manifiestan que hay días que no pueden más con el niño. A veces se turnan porque realmente no logran contenerlo... ni al resto de niños y niñas de la salita que también sienten un desgaste ante la agresividad de él. Comienzan trabajando sus propias angustias por no lograr en ocasiones satisfacer las demandas del niño.

Acordaron las docentes y la dirección diferentes actividades para realizar con el niño. Especialmente el no coartarle esos momentos de ira que necesita expresar, y convertirlos en juegos supervisados, donde se pueda mantener un contacto visual, algo muy difícil de lograr al principio. De a poco va respondiendo a su nombre y contacto con las docentes. A los pocos días se dan instantes donde el niño abraza y se deja abrazar cariñosamente por las docentes, llamando a una de ellas mamá, y aunque se le explica que no lo es, él insiste en hacerlo.

Empiezan a notarse cambios en las conductas del niño. Fue evidente el proceso realizado tanto en la casa como en el jardín. Él ha logrado transformar su impulsividad, controla los golpes y empujones, cuando quiere imponerse solamente da un grito suave o busca al adulto con la mirada para que intervenga.

3. Experiencias con adultos significativos de niños y adolescentes en el marco de la prevención de la violencia intrafamiliar

Para final del año, está sentado merendando con el resto y hasta ayuda a su compañerita con un paquete de galletas que no puede abrir. Tiene por momentos conductas protectoras... y de mucha creatividad en sus trabajos. Atiende las consignas, mira a las docentes y sus compañeritos cuando le hablan. Aún le cuesta hacerse entender, aunque se le escuchan algunas palabras claras no arma oraciones.

Al finalizar el año, es un niño más relajado y tranquilo... en su actitud ya que al comienzo era de ausencia y de ataque permanente.

Desde bebés y hasta los dos años, el niño aún no habla y por tanto su campo relacional se constituye a través de su cuerpo y sus movimientos que poco a poco va conociendo, descubriendo y dominando. Es por ello que los gestos, las miradas, los tactos y los contactos, las actitudes, los sonidos son las expresiones primarias del niño y van constituyendo las comunicaciones relacionales que puede ir estableciendo, cobrando también importancia primordial, las actitudes, las miradas, los gestos, los sonidos, los tactos y los contactos de los padres (en un primer momento de la madre) y los demás adultos que rodean de cotidiano al niño. De allí la importancia de la continuidad, de la afectividad, de la seguridad, de la estabilidad que la relación con el adulto brinde al niño desde sus primeros días de vida (y hasta antes de nacer). Estas relaciones que se expresan a nivel corporal y motor constituyen la comunicación a nivel psicomotor. Por ello se entiende a la intervención psicomotriz en el plano relacional.

Conclusiones

La primera hipótesis del equipo antes de las entrevistas fue que Pedro sufría maltrato físico. Con el correr del tiempo y del trabajo grupal se acercaron cada vez más a otro tipo de maltrato: "abandono emocional", "indiferencia". Esta manifestación de la agresión fue el medio útil de este niño para inscribirse en la existencia del otro u otros. Una llamada de atención para ser oído, escuchado, reconocido, amado, para obtener un mejor ser y estar existencial. Pedro se sentía impulsado por una fuerza destructora porque vivía privaciones alrededor de él, una agresión extrovertida donde el espacio, los objetos y las personas son los lugares de sus desbordes violentos, permanentes o momentáneos como los realizados en el Jardín.

El primer objetivo que el equipo se propuso lograr fue ayudar a los padres y docentes a comprender que estas manifestaciones agresivas del niño que generaban rechazo, desborde, angustias e impotencia en ellos se entendieran como manifestaciones del... **sufrimiento de un niño...** Con esta actitud empática comenzaron el trabajo con Pedro.

En segundo lugar el equipo, guiado por las psicomotricistas, trabajaron en permitir que la agresión se manifestara porque sabían que su expulsión era indispensable para la descarga de tensiones y para llegar a un estado de distensión que hiciera posible la creación y comunicación, es decir, ayudaban a lograr la evolución de la agresión del niño hacia modos de ocupación simbólicas aceptables y reconocidas a nivel social... cambiar la naturaleza de la agresión.

Este trabajo intenta demostrar que con el abordaje psicomotriz se encuentran medios de canalización y aceptación social de la agresividad “infantil” que en realidad se deposita y se regenera en los niños pero que es la consecuencia de la agresividad del adulto, del entorno social que a su vez la provoca y reprime.

Clave en el proceso fue *ayudar al niño a poner palabras sobre su agresión, porque justamente él agrede porque no posee las palabras, y si no encuentra las palabras a lo mejor nosotros tenemos las palabras para darle el sentido a esa agresión, el significado de esa agresión... La palabra le va a permitir al niño atenuar su emoción.*

De gran importancia fue el trabajo y la apertura de los padres sobre las propuestas del Jardín, que estos aceptaran y percibieran la necesidad del cambio fue un factor favorecedor para los procesos del niño. Los acuerdos institucionales, la comunicación entre todos los adultos, la construcción significativa del vínculo con las docentes: el contacto con la mirada y el salto cualitativo a la verbalización del conflicto, llevaron a un proceso de aseguramiento y comunicación importantes para el niño.

El niño es un ser que necesita cuidados, afectos, contención, límites, valores, un lugar dentro de la familia y un lugar dentro de la sociedad, para esto necesita adultos que lo ayuden y no que lo condenen, aíslen, rechacen y discriminen ya que lo conducen a más violencia.

En definitiva, lo que intenta mostrar este trabajo, es descubrir nuestra propia agresividad y su relación, su condicionamiento social, su fuerte influencia del entorno. Esto nos puede ayudar a comprender la agresividad que manifiestan los niños, que no es otra ni distinta a la nuestra. Y al comprenderla quizá entonces, la podamos aceptar, desculpabilizar, y ayudar a simbolizar y canalizar.

Entendiendo la importancia que cobra la comunicación a nivel psicomotor en edades tan tempranas es que la Psicomotricidad es la vía, el método, el camino que ayuda a crear un espacio distinto donde el niño exprese lo que es, lo que siente, lo que desea, por medio de su propio cuerpo. Al decir de Aucouturier (1985): *“Permitir al niño, que tiene dificultades, que se convierta en un ser de juego, de palabra y de comunicación”.*

Experiencias grupales con padres

Lorena Matellón

Lorena Hernández

A partir de una convocatoria del Área de Prevención y Capacitación en el año 2001, se comenzó a trabajar en prevención, en diferentes Jardines de la provincia de Mendoza. La labor se llevó a cabo en nueve jardines situados en zonas del Gran Mendoza, instituciones ubicadas en la Ciudad de Mendoza, en diversos distritos de los departamentos de Godoy Cruz, Las Heras y Guaymallén. Estos Jardines están insertos en

distintos contextos socioculturales, algunos más vulnerables que otros.

El trabajo preventivo en los jardines mencionados, consistió en la realización de talleres grupales para padres en etapa de crianza y cuyos niños concurren a estos establecimientos. En algunos casos se trabajó con talleres de reflexión para docentes.

En el año 2005, como consecuencia de la dinámica grupal desarrollada durante la reflexión con padres y docentes, surgían interrogantes o elaboraciones personales que no eran posibles de trabajar en el grupo, algunos participantes al finalizar el taller se acercaban a las coordinadoras de manera individual y privada con dudas acerca de su situación particular.

A raíz de ello se creó un espacio individual al que se denominó "Consultoría". Para acceder al mismo, los padres y/o docentes solicitaban turno al finalizar el taller para trabajar en un espacio aproximado de 30 minutos, temáticas de su interés. Desde ese momento y hasta la actualidad, el trabajo preventivo en los jardines tiene dos áreas que se intercalan y retroalimentan: el espacio grupal de reflexión y el espacio individual de consultoría.

Algunas de los temas recurrentes y significativos que surgieron en las consultorías son: límites, sexualidad, violencia de género, adopción, adquisición de hábitos, celos de hermanos, "berrinches", función materna, función paterna, entre otros.

Dada la diversidad y cantidad de jardines en los que se ha trabajado, en el presente artículo se tomarán dos experiencias significativas, por la polaridad del contexto sociocultural y por la continuidad de nuestro quehacer allí: "La Casita" y "Estrellita Luminosa".

Jardín de la Ciudad de Mendoza. Una experiencia en un contexto sociocultural urbano.

Nuestra labor en el Jardín comienza en el año 2004 por pedido de quien era Directora del establecimiento en ese momento. Ella conocía la existencia del recurso del Departamento de Prevención del Programa de Maltrato Infantil y pidió el mismo debido a las demandas e inquietudes de los padres.

Lo llamativo de este jardín era el alto grado de convocatoria que tenían los padres. En general asistían a los talleres entre 15 y 25 participantes. Nunca un taller debió ser suspendido por la ausencia de papás. Con el transcurrir de los años, los mismos padres se autoconvocaban e invitaban a nuevos participantes a concurrir a los talleres.

En la mayoría de los casos asistía la pareja parental. Se trataba de padres de niños entre 0 y 4 años. En general el nivel académico de los padres respondía a un grado terciario o universitario. Los padres trabajan en diversos organismos gubernamentales y en su mayoría eran profesionales: contador, psicólogo, docente, comunicador social, entre otros.

En el primer año de trabajo, las temáticas de los talleres fueron sugeridas por las coordinadoras. Se realizaron los siguientes talleres: "Conductas Esperables", "Hay límites que matan", "Cómo poner límites a la familia extensa", "Cómo poner límites sin afectar la autoestima y la seguridad de nuestros hijos" y "Cómo tratar el tema de la sexualidad con nuestros hijos".

La demanda de los padres hizo que los años siguientes las coordinadoras trabajaran sólo temáticas propuestas por ellos. Se colocó un buzón y del mismo surgieron las siguientes propuestas: Hiperactividad, Dispersión, Celos, ¿Cómo ayudarlos para independizarse?, Respeto a la independencia del hijo, Nacimiento de un hermanito, ¿Cómo transmitirle los valores?, El niño agresivo, Ubicación del hijo: mayor, medio, menor, Berrinches – Libertad y Caprichos, Sexualidad, Estimulación y Juegos, Autoestima y Seguridad, Conducta y Disciplina, Expresión afectiva de los padres a los hijos, Límites disciplinarios, Sociabilidad, El hijo único, Violencia Emocional, Desarrollo Cognitivo, Familia Extensa, Comunicación – Diálogo - ¿Cómo hacer para que cuenten lo que les pasa? e Integración al grupo a pesar de las diferencias.

En el desarrollo de los talleres, los participantes lograban muy buenas reflexiones, integrando los aspectos teóricos aportados por las coordinadoras con sus vivencias cotidianas de manera natural y con mínimo esfuerzo. La dinámica grupal era favorecida por señalamientos e interpretaciones que no sólo provenían de las coordinadoras, sino también del grupo de pares. Llegó un momento (año 2006) en que para los padres era valioso que los talleres finalizaran con un cuento. Esto era así, porque el cuento además de servir como cierre y síntesis es facilitador de nuevas reflexiones. Asimismo el cuento permitía integrar lo trabajado en el plano intelectual durante el taller, con los sentimientos y emociones que en cada papá se habían disparado.

El trabajo con el grupo era productivo en un doble sentido: se fortalecían y potenciaban las individualidades de los padres entre sí. Muchos comentaban cuánto los hubiera beneficiado obtener las herramientas brindadas en los talleres con anterioridad y cuánto sentían que mejoraban como padres.

Al mismo tiempo, el trabajo con el grupo de padres enriquecía a las coordinadoras, quienes no sólo se gratificaban a partir de la visualización de sus avances reflexivos, sino que también por la calidad del grupo, se encontraban con el desafío de formarse para alcanzar propuestas superadoras y afines a las demandas de los padres.

Prevención del Maltrato Infantil: Equipo de apoyo vincular. Servicio de Neonatología del Hospital Luis Lagomaggiore

*María Virginia Rodríguez
Graciela Ochoa*

El equipo de prevención que se desempeña en el Servicio de Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore está conformado por una Licenciada en Psicología y una Licenciada en Minoridad y Familia desde agosto del 2012, trabajando en forma mancomunada con el Banco de Leche Humana, el Servicio de Neonatología y Fundación Fundacer

(Fundación Niños por Nacer).

Es importante aclarar que el Banco de Leche Humana es un Servicio del Hospital conocido comúnmente como el lactario, que fomenta la lactancia materna brindando un espacio cuidado donde las madres concurren para la extracción de leche materna. También trabajan con la donación de leche voluntaria de todas las mamás lactantes del gran Mendoza y se van expandiendo a otros departamentos de la provincia. Buscan por el domicilio la leche congelada que es donada y esa leche se brinda a los bebés prematuros del Hospital Lagomaggiore, dado que no es suficiente la que se extraen las mamás que tienen a sus bebés internados en el Servicio de Neonatología. La Fundación Fundacer ofrece una residencia para hospedar a las mujeres que tienen a sus bebés internados.

La tarea del equipo es llevada a cabo con el grupo de madres de bebés prematuros y de alto riesgo que están en Neonatología. La misma consiste en la contención de las mamás durante su estadía en el hospital (residencia para madres), lugar en el que viven o pasan todo el día, durante días, semanas o meses, dependiendo de la gravedad de su bebé.

En el transcurso de estos dos años, se han puesto en práctica diferentes estrategias de contención y acompañamiento, teniendo en cuenta que, son mamás que atraviesan situaciones angustiantes y que al estar cuidando a su bebé, es importante guiarlas, ayudarlas y facilitar, promover, apuntalar y consolidar el vínculo. Además del apoyo vincular mamá-bebé, se trabaja con la problemática familiar, asesorando y derivando a organismos según corresponda.

También se evalúa la situación actual de la mamá para poder informar, asesorar, acompañar, indagar, investigar según el caso y se brindan prestaciones de servicio para el Banco de Leche Humana (BLH) y el Servicio de Neonatología según los mismos las requieran.

La implementación de dichas actividades se lleva a cabo a través de diferentes dispositivos tales como:

- **Entrevistas individuales:** consisten en el contacto inicial con cada mamá, se realiza la presentación del equipo, la toma de datos personales de ella, del bebé y su pareja en caso de tenerla, el grupo familiar conviviente, el método anticonceptivo que ha decidido utilizar (se deriva a salud reproductiva o se la acompaña personalmente si es necesario). Estas entrevistas permiten que las mujeres puedan abrirse y contar sus sentimientos, miedos, angustias y proyectos a partir de la escucha atenta y contenedora y del ambiente cálido que se genera.

Se pone en valor la lactancia materna explicándoles que su leche es fundamental para el desarrollo y crecimiento sano. El bebé así siente que su mamá está más cerca y a partir de allí se genera el vínculo, no sólo lo está alimentando orgánicamente sino también afectivamente.

El lactario es un servicio que brinda el hospital a las mamás que están internadas en maternidad. También otras mujeres que deseen donar leche pueden hacerlo. Se

intenta concientizar sobre la importancia de concurrir al lactario para la extracción de leche materna ya que a partir de estadísticas del mismo servicio se observó que las mamás no asisten con frecuencia.

También se informa sobre el Proyecto Mamá Canguro dentro del Servicio de Neonatología; se explica la metodología, se orienta a que pregunte al pediatra de cabecera si puede realizarlo y se expresan los beneficios.

Estas entrevistas sirven para observar la relación con el bebé, preguntar cómo fue el embarazo, el parto, cómo se sintió con el nacimiento anticipado y qué siente hoy con su bebé internado en el Servicio de Neonatología y sobre el apoyo emocional con el que cuenta la mamá.

Dentro del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia, se realiza una investigación sobre Funciones Parentales, en colaboración con este proyecto al finalizar la entrevista se pregunta qué es ser mamá para ella y qué necesita ella para brindarle a su bebé, a partir de sus respuestas se pide que elijan tres palabras que definan la maternidad y las ordenen según su prioridad.

- **Talleres Grupales:** se realizan una vez por semana, abordando diferentes temáticas, por ejemplo: Lactancia, para lo cual se realizaron dos cursos de lactancia y consejería en lactancia dictado por profesionales del hospital; Prevención de muerte súbita en menores de un año; Características generales de los bebés prematuros: alimentación y ambientación en la casa, Cuáles son los cuidados de los bebés prematuros en el hogar, mediante la proyección de videos. En ocasiones se trabaja con temáticas que proponen las mamás, como por ejemplo: ansiedades frente a la muerte.

Otra de las temáticas que se aborda es la convivencia entre las mamás en la residencia donde se hospedan durante la internación de sus bebés, debido a inconvenientes surgidos en la cotidianeidad. También se implementan diferentes estrategias como juegos didácticos relacionados con la situación actual que están viviendo con el objetivo de generar espacios recreativos.

Luego de cada taller se hace un cierre con la puesta en común y reflexión por parte de los participantes.

En el mes de octubre se festeja la semana del bebé prematuro. Se realizan acciones específicas y programadas por las jefaturas de los diferentes servicios del hospital. Luego el equipo de prevención de apoyo vincular desarrolla actividades recreativas y expone las tareas manuales y decorativas efectuadas en los encuentros.

Además se organizan charlas donde participan otros profesionales del Servicio de Maternidad, los cuales proponen temas como RCP (resucitación cardio pulmonar), problemáticas dentro de la neo, es un espacio para que puedan pensar, exponer dudas, realizar reclamos, sugerencias y agradecimientos por escrito.

- **Proyecto Mamá Canguro:** el Servicio de Neonatología cuenta con la implementación de este proyecto que consiste en:

3. Experiencias con adultos significativos de niños y adolescentes en el marco de la prevención de la violencia intrafamiliar

“Una metodología innovadora para el tratamiento y manejo ambulatorio de niños prematuros y de bajo peso al nacer. El calor, la lactancia materna exclusiva y la posición canguro, son principios básicos de la metodología. Pero, por encima de todo, es la relación amorosa y estrecha que se establece entre la madre y su hijo lo que permite la sobrevivencia de esos pequeños. La importante y definitiva estimulación, tanto afectiva como orgánica, va a mejorar y garantizar el patrón respiratorio y cardíaco. La voz de la madre, su arrullo, su entorno familiar, servirán de detonante para enriquecer desde el punto de vista neurológico y cognoscitivo. Es la madre, y no los médicos o el hospital, la actora principal y responsable del cuidado de su bebé.” (Martínez, Héctor)

Se trabaja en conjunto con enfermeras para lograr la técnica correcta y que la mamá pueda, luego, realizarla sola en el resto del día. El equipo de apoyo vincular acompaña a la mamá en la implementación de la metodología mamá canguro, desde los primeros pasos como pueden ser higienizarse, colocarse la bata que contendrá al bebé, hasta el momento más especial como es alzarlo y tener ese contacto piel a piel, donde el bebé toca y explora el cuerpo de la mamá, siente su olor, su calor, su ritmo cardíaco. El vínculo que deja de tener con el niño a través de su vientre debe continuar en el exterior usando la piel como vehículo, por lo que se recomienda mantenerlo cerca, ponerlo contra su pecho y acunarlo como si aún lo llevaran dentro.

Se tuvo la oportunidad de colaborar con la Lic. en Psicología, Dorian Comperen proveniente de Holanda que vino especialmente a realizar una investigación y observación sobre dicha temática. Se realizaron distintas actividades pero se rescata como algo novedoso la experiencia de permitirle a los papás vivir la metodología “papá canguro”, pudiendo estar en contacto piel a piel con su hijo.

Conclusiones

Es importante mencionar el acompañamiento diario a las madres, dado que al ser el bebé el paciente, ellas quedan en la periferia de los servicios del hospital y saben que pueden contar con un espacio que se les ofrece para apropiarse del mismo e internalizarlo como un apuntalamiento, para que ellas puedan contener al bebé. Es una tarea muy reconfortante para el equipo, donde se ponen en juego los aspectos más emotivos, internos, cálidos y contenedores de cada uno. También, se rescata que poco a poco se está logrando un lugar de reconocimiento del equipo de prevención de apoyo vincular dentro del hospital.

Experiencia en el Jardín Manaslú, inserto en el basural a cielo abierto de Las Heras

Luciana Pescarmona
Cecilia Capizzi

En el año 2010 se comienza a trabajar en el Jardín Maternal Manaslú, ubicado en el Barrio Santo Tomás de Aquino ex Fachinal, de El Borbollón, el cual pertenece a la

Asociación Cuyum Epaim.

Desde el inicio se trabajó en consultorías con padres y docentes, en ese tiempo se observó que no se lograban los objetivos establecidos en dichos encuentros, cabe aclarar que las características de la población dificultaban la tarea: el 15% de los adultos son analfabetos, indocumentados, con deserción escolar a temprana edad y condiciones de precariedad laboral. La mayoría trabaja y vive del reciclado de basura, ya que el basural se encuentra próximo al barrio, con viviendas precarias, hacinamiento, servicios básicos sólo en algunas casas, aislamiento, convivencia en el domicilio con animales.

Al conocer más las características del lugar se cambió el enfoque de trabajo atendiendo a las necesidades específicas de la población. Durante seis meses se realizó un relevamiento de la comunidad, familia por familia, visitando cada domicilio, con el fin de completar fichas para determinar las necesidades del grupo familiar. En dicho relevamiento se propone el objetivo de acercarse a la familia y sus necesidades individuales, estableciendo así un vínculo positivo con la población. Se visualizó la falta de documentación en niños y adultos. Junto con el Ministerio de Desarrollo Social y Derechos Humanos, se trabaja para la restitución del derecho vulnerado: Derecho a la Identidad. Se realizó un operativo en donde se detecta la necesidad específica de cada vecino del Barrio.

A comienzos del 2013 se procedió a la realización de la documentación en las instituciones pertinentes, continuando hasta la fecha. También el equipo participó activamente en la conformación de grupos asociativos de trabajo, para erradicar la precariedad del trabajo en el basural.

Debido a las primeras experiencias de trabajo que no resultaron, se cambia el enfoque de la tarea, optando por reuniones quincenales por salita, con los papás, en donde se brinda un espacio en el que cada mamá exprese sus preocupaciones, inquietudes y todo lo relacionado en el cuidado de sus niños. En estos encuentros se trabajan distintas temáticas destinadas a fortalecer el vínculo entre madre e hijo.

Como ya mencionamos las características propias del Barrio hacen que nuestra tarea esté focalizada en transmitir nociones básicas sobre el cuidado y protección de los niños, ya que la extrema pobreza y la falta de recursos imposibilitan la adecuada atención que requieren.

A continuación, se desarrolla un caso abordado en el lugar:

En septiembre de 2010, a través de una auxiliar perteneciente al taller de costura se toma conocimiento de una familia que residía hasta ese momento en la provincia de San Juan. El grupo familiar estaba compuesto por la madre, una hija del matrimonio anterior, cuatro hijos de su pareja en ese momento. La Sra. P. al realizarle un control médico a su hija de 12 años del matrimonio anterior, se entera que estaba embarazada, por lo cual toma intervención inmediatamente la justicia y se devela la situación de abusos reiterados del padrastro hacia la niña. Se realiza la exclusión del hogar y a modo de venganza el Sr. X incendia la casa con la familia adentro que logra escapar, perdiendo

3. Experiencias con adultos significativos de niños y adolescentes en el marco de la prevención de la violencia intrafamiliar

en el siniestro toda documentación y objetos personales y de valor. Al no contar con familiares en la provincia de San Juan son derivados a Mendoza en donde la Sra. P. recurre a su madre e hijos mayores, que se domicilian en el Barrio Santo Tomás de Aquino.

En noviembre del año 2010 llegan a la provincia y se toma contacto con el grupo familiar. Luego de varias entrevistas el equipo de prevención realizó las siguientes intervenciones para ser contenidos y atendidos de forma inmediata, derivación de la niña embarazada para control obstétrico, peso y talla de los otros hermanitos, asistencia psicológica, entre otros.

Dada la precaria situación de dicha familia se busca la forma de ayudar y colaborar, por lo cual se contacta a un periodista del medio local pidiendo colaboración de la sociedad por medio de una nota, de la que se obtienen importantes donaciones para los integrantes de la familia. En dicha nota se da a conocer la problemática de una de las niñas más pequeñas que tenía una malformación genética en uno de sus miembros inferiores. Un empresario santafesino se ofrece a colaborar con el caso cubriendo el costo total de la operación y su correspondiente rehabilitación. A partir de allí el equipo de prevención focaliza el trabajo sobre la niña D., quien es acompañada en todo el proceso, comenzando en la búsqueda de un médico especializado en Traumatología infantil. En dicho proceso también se trabaja fortaleciendo a la mamá. La Sra. P. desde las primeras entrevistas con el equipo presentó dificultades en manifestar sus emociones, dificultad en adaptarse a los cambios dentro de la familia, retraimiento, sentimiento de culpa por lo sucedido a su hija mayor.

Se trabajó intensamente con esta mamá acompañándola, informándola, explicándole paso a paso lo requerido para la intervención y la importancia de su rol materno en ese momento de cambios en la vida de su hija.

La niña D. es operada exitosamente y a partir de allí comienza la rehabilitación en donde el equipo de prevención sigue acompañando hasta su total recuperación.

CONCLUSIONES GENERALES

A partir de las diferentes experiencias desarrolladas en el presente capítulo, se puede observar que, si bien existe un objetivo común, las modalidades de abordaje y la realización de las tareas varían según las características de cada comunidad y de los equipos que están a su cargo.

Este objetivo común es fortalecer la relación de apego entre la madre y su hijo desde los primeros momentos de la vida, intentando prevenir, de esta manera, la aparición de posibles situaciones de maltrato infantil.

Un aspecto trascendente para mencionar es que todos estos equipos llevan varios años trabajando en una misma comunidad, lo que permite a los profesionales ser parte activa de la misma, logrando una comunicación fluida, procesos de reflexión, intercambios significativos, entre otros.

Asimismo, es importante mencionar la riqueza y variedad de aportes y miradas

tanto al interior del Departamento de Prevención y Capacitación como en los grupos con los que se trabaja, debido a la interdisciplinariedad.

Para finalizar, se considera que lo narrado en este apartado es sólo una pequeña muestra de las amplias y variadas experiencias, historias y anécdotas que se han podido recoger desde el inicio de la labor en el PPMI hasta la actualidad. Quedan muchas otras por contar, tal vez para futuros encuentros.

Bibliografía

- Aucouturier, B., Darrault, I., Empinet, J.L. (1985) *La práctica psicomotriz. Reeducción y Terapia*. Barcelona: Ed. Científico médica.
- Chokler, M.H. (1994) *Los Organizadores del Desarrollo Psicomotor*. Buenos Aires: Ediciones cinco.
- Dolto, F. (1989) *¿Niños agresivos o niños agredidos?* Barcelona: Ed. Paidós.
- Galeano, E. (1989) *Nosotros decimos no*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.
- Golse, B. (1987) *El desarrollo afectivo e intelectual del niño*. Barcelona: Ed. Masson.
- Lapierre, A. (1997) *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación*. Bilbao: Ed. Desclee.
- Lapierre, A. (1997) *El adulto frente al niño de 0 a 3 años*. Madrid: Ed. CIE-DOSSAT 2000.
- Lapierre, A., y Aucouturier, B. (1985) *Simbología del movimiento*. Barcelona: Ed. Científico Médica.
- Lapierre, A., y Aucouturier, B (1980) *El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia*. Barcelona: Ed. Científico Médica.
- Maudire, P. (1988). *Los exilios de la infancia*. Barcelona: Ed. Paidotribo.
- Gutman, Laura (2012) *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires: Edit. del Nuevo Extremo.

IV.

CONSTRUYENDO PROPUESTAS DE ABORDAJE TERAPÉUTICO

*A. Maltrato Infantil:
Consideraciones Interdisciplinarias
en el Contexto Actual*

*B. La finalización del Abordaje
en el Maltrato Infantil*

1.

¿Maltrato por negligencia? Una reflexión desde el vínculo de apego

Natalia Arce

Verónica Giunchi

Martín García

Introducción

En la vida de una familia los dramas de la violencia y el maltrato hacia niños emergen a partir de factores que dependen, por una parte, de su dinámica interna, y por otra, de las perturbaciones de su medio ambiente. La familia es un sistema complejo, a la vez viviente y humano, en interacción permanente con su medio ambiente.

A nivel social, se puede observar la acumulación de situaciones generadoras de tensiones y estrés intrafamiliar que impactan al interior de la familia y que se pueden identificar como insuficiencia de recursos culturales, económicos que agravan determinadas situaciones como embarazo adolescente, la maternidad en solitario, el aislamiento, discapacidad, desempleo, pobreza, marginación ligada a la inmigración, entre otros.

En el presente trabajo se abordará el tema de negligencia desde el punto de vista del apego con la presentación de un caso evaluado y, aún en seguimiento, por el equipo del Programa de Prevención y Atención al Maltrato Infantil, efector Hospital "Dr. Humberto Notti". El caso mencionado fue atendido en primera instancia desde la internación y posteriormente se realizó un abordaje ambulatorio interdisciplinario en el efector mencionado previamente.

Como marco teórico se tendrá en cuenta la Doctrina de la Protección Integral, la ley N° 26061, la ley de creación del PPMI N° 6551 y la Teoría del Apego de L. Barudy (1998), entendiendo al Apego como una experiencia afectiva que implicará sentimientos referidos a la figura de apego como a sí mismo.

Desarrollo

En los términos de Bourdieu (1997), "la familia es una ficción", una ilusión bien fundada, llevada a cabo en un universo organizado. "Si bien es cierto que la familia no es más que una palabra, también es cierto que se trata de una consigna, o, mejor dicho, de una categoría, principio colectivo de construcción de la realidad colectiva. Se puede decir sin contradicción que las realidades sociales son ficciones sociales sin más fundamento que la construcción social y que existen realmente, en tanto que están reconocidas colectivamente" (Bourdieu, 1997)

La Familia es el lugar por excelencia de acumulación de capital de diferente especie y de transmisión de generaciones. Es considerada por Bourdieu (1997) un Sujeto Colectivo ya que tiene fuerza de fusión.

Es preciso reconocer los procesos históricos, políticos, económicos, culturales y sociales que se dan en torno a la familia ya que están relacionados entre sí por interacciones de mutua determinación. Si bien la familia se ve determinada por estos procesos que la impactan, la transforman y la redefinen, también sus miembros se ven determinados como actores sociales y sujetos de derechos y ella misma como organización, son parte de estos mismos procesos. De ahí que se entiende como recorridos de doble sentido, por demás complejos, donde resulta difícil decir donde comienza y donde termina cada uno de ellos.

El maltrato es un fenómeno ligado a la cultura, que adquirió dimensión a partir del reconocimiento social y legal de los derechos sociales y humanos. Para que el maltrato existiera, fue necesario que ese reconocimiento se transformara en un fenómeno social, es decir, que fuera registrado en el interior de un contexto de interacción social cada vez más amplio, como es toda la comunidad.

Toda acción u omisión cometidos por individuos, instituciones o por la sociedad en general, y toda situación provocada por éstos que prive a la infancia de cuidados, de sus derechos y libertades, impidiendo su pleno desarrollo, constituyen por definición un acto o una situación que entra en la categoría de malos tratos o **negligencia**.

Las familias con conductas negligentes corresponden a un sistema en donde los adultos presentan de una manera crónica comportamientos que se expresan por una omisión o una insuficiencia de cuidados a los niños que tienen a cargo. Estar juntos y permanecer de esa manera caracteriza el movimiento de la familia. Esto es posible por un apego emocional o proceso de impregnación, de acuerdo a los términos de Barudy. El fracaso del proceso de impregnación entre el niño y los padres acarrea perturbaciones en el apego, que tendrán como consecuencia comportamientos negligentes y/o el abandono de los niños.

En definición de Polansky (1998) se expresa que la negligencia concierne a gestos no realizados, es una inacción provocada por la indiferencia y en la que no sólo hay responsabilidades individuales, sino también sociales y de ausencia de políticas públicas de sostén y acompañamiento

Presentación de caso

La familia abordada desde el PPMI (Programa Provincial de Prevención al Maltrato Infantil), se encuentra conformada por **M** (madre, 25 años), **P** (padre, 23 años), **B** (hijo de 17 meses), **N** (hijo de 6 meses). Los mismos conviven con la familia extensa paterna (abuela, tía y primas del progenitor) en una casona de adobe de precarias condiciones habitacionales. Los ingresos que perciben son escasos ya que sólo reciben mensualmente la asignación universal por hijo y lo que detenta el padre por su trabajo de albañilería y changas en la feria de verduras. Esto nos muestra un escaso capital económico familiar.

Se inicia la intervención profesional al ingresar **N** al hospital pediátrico por complicación respiratoria. **N** es un bebé que presenta Síndrome de Down por lo cual debe con-

currir habitualmente a diferentes especialidades médicas (cardiología, neumonología, endocrinología, mediano riesgo), donde por lo general su asistencia no ha sido regular.

Se indaga con médico tratante que el motivo de la presente internación de **N** sería el cuadro respiratorio agravado por la falta de aporte de oxígeno domiciliario, ya que el niño debía permanecer con tubo de oxígeno y al ingresar al nosocomio no lo poseía.

Al iniciar las entrevistas con la madre, la misma refirió que el cuadro de **N** se agravó en los últimos días ya que las condiciones de la vivienda en la que residen no cuentan con la calefacción necesaria para **N**. Esto mismo habría generado que tiempo atrás **M** se instalara con los niños en la casa de la abuela materna, donde contarían con óptimas condiciones habitacionales, aunque posteriormente regresaron a la casona.

M hace dos años que está en pareja con **P**. Desde el ingreso al hospital, en el equipo se presumió que a nivel conyugal existía violencia ya que por ejemplo se observó en **M** gran reticencia inicial para que se entrevistara a **P**, y por los indicadores de angustia observados en ella al indagar sobre la violencia. La madre sólo aceptó un solo episodio de empujón minimizando tal hecho.

En cuanto a la llegada de los hijos, manifiesta que **B** fue buscado por la pareja, en tanto **N** "...llegó, no lo esperábamos..." refiere. Durante el embarazo de **N**, la madre no realizó controles de embarazo, por lo cual desconocía que el bebé presentaba el síndrome mencionado previamente hasta el momento del nacimiento.

Consideramos la noción de trayectoria familiar definida como el "recorrido que nos introduce en la dinámica interna de una familia para ser estudios retrospectivos y prospectivos, relacionados con el contexto, desde la propia perspectiva de la familia y rescatando las decisiones individuales y grupales que marcan la historia de vida" (García, 2013). La noción de Trayectoria nos remite a pensar en la historicidad personal y familiar y su encuentro con la vida cotidiana.

En el caso de la historia personal y familiar de **M**, ésta deviene de un abandono materno durante sus años de infancia con la salida del domicilio por parte de su madre ante la ruptura del vínculo conyugal y la consecuente conformación de un nuevo grupo familiar. Durante este periodo el contacto materno filial fue esporádico. El padre de **M** fue quien se encargó de cubrir las necesidades básicas de sus hijos, y es en esta etapa que aparece una vecina, a la que llamaremos S, quien cumplió de alguna manera la función materna con **M**.

En función de estos antecedentes, considerando los estudios retrospectivos y prospectivos mencionados, se puede afirmar que la historia personal de **M** tiene una importante incidencia sobre su actual maternidad, ya que esta capacidad para maternizar un hijo proviene de "haber experimentado ese tipo de relación en la infancia y la de regresar –sin dejar la adultez– al estado psicológico de esa experiencia. La maternidad implica a la adulta de hoy frente a un hijo y a la niña de ayer frente a su madre" (Fraidenray, 2004). Su historia infantil, sus actuales y pasadas relaciones (tanto internas como externas) informan su experiencia maternal y sus expectativas maternas (de modo inconsciente en su mayor parte) y pasan a su propia familia.

Es probable que esta carencia y/o los maltratos que sufrió **M** provoquen una alteración en su capacidad empática, lo que perturbará los procesos de apego con sus hijos. Por esto **M** no traduce en forma pertinente las necesidades de **N**, porque sus propias necesidades no fueron adecuadamente satisfechas por sus padres.

En la primera etapa de la intervención con la familia de **N** se intentó como estrategia buscar apoyo durante la externación del niño en la abuela materna (mediante Medida de Protección otorgada por el Órgano Administrativo y por solicitud de los padres), quien alojaría a **M** y los niños en su casa además del acompañamiento en los tratamientos médicos de **N**. Dicha estrategia fracasa ya que a las pocas semanas **N** reingresa al hospital traído por **S** con un cuadro clínico similar al anterior. **S** informa que por conflictiva de la madre con la abuela materna no permanecen en el domicilio de ésta e incumple a los controles médicos del niño.

Es la vecina quien aporta mayores datos en cuanto a la infancia de **M**, lo cual no se indagó de manera pertinente por parte del equipo inicialmente. Aquí se observa claramente que se repite el funcionamiento de la madre de **M**, pero actualmente el abandono es además sobre **N**.

Luego de la salida de la casa de la abuela materna, **M** continuó con conductas de descuido en relación al menor de sus hijos, y culmina dejándolo en casa de **S** para que ella se ocupe de sus cuidados. Esto generó que fuera ésta última quien traiga a **N** al reingreso hospitalario y a partir de ese momento sea quien se ocupa del niño.

La presencia del padre durante la internación se observó irregular, disruptiva y en relación al niño con un distanciamiento afectivo y escasa comprensión del cuadro de salud y sus implicancias. En relación a la progenitora, se la observó contradictoria en su discurso y en su conducta respecto a **N**, pero siempre se observó que consideraba la palabra de **S**.

Podemos suponer que la llegada de un hijo no planificado por la pareja conyugal, la presencia de discapacidad en este hijo, la historia personal de abandono de la progenitora, las características observadas durante la internación en el progenitor y la dificultad del mismo para establecer lazo con el niño, además de la posible violencia conyugal nos habla de una trama vincular en conflicto, entendida ésta como “la vida familiar que incluye vínculos diferenciales y complejos que están impregnados emocionalmente y cambian en el devenir del ciclo vital de la familia. El vínculo familiar supone prescripciones, proscripciones y modalidades de intercambio diferenciales” (García, 2013). La llegada de **N** generaría un momento de disrupción, desorganización o incapacidad para funcionar por parte del sistema familiar, es decir una crisis familiar de tipo no transitoria, ya que sería un evento definitorio para la familia.

Si bien la familia en crisis no es necesariamente una familia disfuncional o problemática, en este caso tendría estas características ya que tiene relación directa con la forma en que se enfrenta la crisis. La repercusión del evento de desorganización varía en dependencia de la atribución del significado que tenga en la familia como además los recursos con los que cuentan para enfrentar las exigencias de ajuste ante aquel

evento vital familiar. Otro momento crítico se produce cuando el nacimiento de los niños y su presencia real rompe el sueño reparador de sus progenitores. El recién nacido no se corresponde en nada al niño que habían imaginado.

En este caso el apoyo mutuo, el afecto y confianza entre los miembros de la familia (cohesión) no se encontró como un recurso familiar, traducido en la ausencia de apoyo en la red familiar extensa y fundamentalmente entre los padres. La decisión conjunta fue otra carencia observada al igual que la permeabilidad. Ésta hubiese sido de gran importancia pues permitiría a esta familia abrirse hacia otros subsistemas solicitando y permitiendo la ayuda desde fuera del sistema familiar.

Si se consideran las nociones de Chodorow (2004), se puede sostener que el rasgo más importante del desarrollo infantil temprano es que ocurre “en relación con” otra persona o con otras personas. Lo maternal no es sólo una serie de conductas, sino la participación en una relación interpersonal, afectiva y generalizada, es eminentemente un rol psicológico. En este caso, se pudieron evaluar las dificultades en el vínculo de apego materno-filial, que desembocan en conductas negligentes sobre el niño, con el consecuente riesgo de vida para el mismo. En tanto pudo observarse a lo largo de la internación y posteriormente en el abordaje ambulatorio, que **S** se manifiesta desde un marco afectivo necesario para el desarrollo y crecimiento en relación al niño.

Por lo mismo y enfocándonos desde la “Doctrina de la Protección Integral, entendiéndose esta como el conjunto de principios, directrices y derechos contenidos en los instrumentos Internacionales de Naciones Unidas desde una nueva consideración social de la Infancia” (Gonzalez, 2001), se generó una Medida de Protección en la cual el niño permanecerá bajo el cuidado de **S** con el contacto con sus padres y hermano a fin de garantizar el cumplimiento del artículo N° 14 de la ley 26.061 (el derecho a la salud) y teniendo en cuenta el artículo N° 7 de la mencionada ley, el cual habla de la responsabilidad familiar en cuanto al aseguramiento a los niños y adolescentes al disfrute pleno y efectivo de sus derechos.

Desde el abordaje ambulatorio se continúa trabajando con **S**, quien está al cuidado de **N**, donde se ha podido vislumbrar en términos de Barudy, J. (1998) “la presencia de un proceso de apego circular”, en cuanto se produce tanto desde **N** hacia **S**, como de ella hacia él. Este proceso es la fuente del sentimiento de familiaridad que está ligando a los diferentes miembros de esta nueva familia en la noción de pertenencia. El apego es una experiencia afectiva, por lo que implica sentimientos referidos tanto a la figura de apego como a sí mismo. Una buena relación de apego tiene como resultado sentimientos de afirmación y seguridad, asociados a la proximidad y al contacto de la figura implicada. Su pérdida real o imaginaria produce angustia. En una perspectiva más amplia la representación mental incluye también el contexto físico y social en el cual se establece la relación.

A su vez se continúa trabajando con la progenitora en cuanto al fortalecimiento de la función materna respecto de su hijo mayor, espacio al que asiste irregularmente, y donde aún se está intentando incorporar la participación del progenitor. El contacto

de los padres con **N** es nulo al momento actual. El niño permanece con S, bajo su cuidado y protección, bajo medidas del Órgano Administrativo Local que se renuevan periódicamente.

CONCLUSIÓN

En este caso el contexto de pobreza y de aislamiento social que los rodeaba puede asociarse con una historia de carencia en cuanto a los vínculos parentales. Esta historia los llevó a cometer fallas a nivel del ejercicio del rol de padres para este niño en particular.

El fracaso de los vínculos o de la impregnación entre el niño y los padres que puede ser visto como *negligencia* y *abandono* conlleva a perturbaciones en el apego, que tendrán como consecuencia alteraciones en el desarrollo físico y psíquico del niño.

Para que la familia conviva en común unión y pueda persistir de esta manera, logrando vínculos fuertes y duraderos que aseveren una vivencia emocional permanente, es necesario un apego emocional o proceso de impregnación. El apego es una experiencia afectiva, por lo que implica sentimientos referidos tanto a la figura de apego como a sí mismo. El modelo mental de las relaciones de apego está basado en las experiencias vividas por el sujeto.

En este caso la presencia de **S** tanto en la vida de **M**, como ahora en la vida de **N** fue y es quien cumple la función materna permitiendo el surgimiento de la “posibilidad de construir un útero – nido, claustro afectivo necesitado para el desarrollo y crecimiento del hijo.

Engendrar a un hijo no implica necesariamente *ser padre o ser madre*, a eso se puede llegar a ser cuando “los actos subjetivos sostienen la función materna o paterna. La función materna es una construcción simbólica resultado de un contexto social: historia, genealogía y filiación recreadas permanentemente, incluso con cada hijo”. (Gerez Ambertin, 2012).

Los vínculos deben ser de tal calidad que aseguren una vivencia emocional permanente, expresada en comportamientos y discursos que consideren a cada miembro de la familia como “otro legítimo” en un proceso de coexistencia permanente.

Bibliografía

- Barudy Labrin, J. (1998) *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Bourdieu, P. (1997) *Razones Prácticas sobre teoría de acción*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Cesio, S. (2000) Acerca del psicoanálisis de las configuraciones vinculares. *Revista internacional de psicología*, 1(2).
- Fraidenray, J. (2004) *Prendiendo alguna luz en la comprensión de la mujer en conflicto con su maternidad*. Mendoza: Criarte.
- García, S. M. (2013) *Estudio de trayectorias familiares. Trama vincular en conflicto. Crisis familiares: un enfoque evolutivo. Propuesta de actuación profesional*. Mendoza: U.N.Cuyo.
- Gerez Ambertin, M. (2012). La función materna y sus paradojas: la grieta entre madre y mujer. En *Revista Actualidad Psicológica, Año XXXVII, N° 412*, p.2-4.
- González, M. (2001) *Adopción e identidad ¿El encuentro de dos necesidades?* Buenos Aires: UBA

2.

Abuso sexual infantil: Análisis del impacto y consecuencias en la salud de niños/as. Examen crítico de un fenómeno que amenaza el orden cultural y los códigos de la sociedad

Analía Sánchez

Introducción

El presente trabajo de investigación parte de la consideración del abuso sexual como un fenómeno de carácter complejo y multi determinado, el cual no puede circunscribirse al accionar de una sola disciplina profesional. Es necesario y urgente ampliar el abordaje de esta temática, ya que se estima que al hacerlo se multiplicarán las posibilidades de intervención apuntando a una mayor efectividad en la atención y el diseño de estrategias tendientes a la prevención desde el sistema de salud pública. No es posible dar una respuesta cerrada y unívoca frente al abuso sexual infantil, sino repensar este fenómeno dentro de la cultura y la sociedad.

La O.P.S. quien lidera la implementación y expansión de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) indica que este es un problema que afecta la salud física y el desarrollo de miles de niños y niñas en América Latina y el Caribe, por lo cual es necesario avanzar en su detección, prevención y tratamiento, así como en el conocimiento de su magnitud, metodologías de información e investigación.

El incremento o aumento del conocimiento de hechos de abuso sexual infantil producen una verdadera movilización dentro de las instituciones de salud, desestructurando en muchas oportunidades el abordaje profesional. Existe una creencia generalizada acerca de que si fuera más efectiva la educación o si se pudiera erradicar la marginalidad y la pobreza éstos hechos no tendrían lugar en nuestra sociedad. Esta sería una mirada muy reduccionista sobre la temática, ya que no sólo se generan estos hechos en hogares pertenecientes a los sectores más desfavorecidos.

Dentro del análisis de este fenómeno tan nocivo y dañino para la salud integral de niños/as, tanto la estructura familiar como los determinantes sociales y culturales cumplen una función primordial para su entendimiento. Los vínculos interpersonales y las nuevas formas de organización familiar parecen desafiar los códigos establecidos históricamente en nuestra cultura y sociedad, dando lugar a relaciones incestuosas cada vez más frecuentes. Los patrones culturales vigentes en algunas comunidades no parecen cumplir el rol de promotores de salud. Cuando la cultura permite la naturalización y/o legitimación de la práctica de abuso sexual infantil, los efectos son inmediatos en la constitución del sujeto y de cómo éste se acomodará posteriormente en la sociedad.

Los lineamientos de la investigación están relacionados con la puesta en escena de una problemática que tradicionalmente ha sido tabú en nuestras sociedades debido al

alto impacto negativo que provoca. Se estima conveniente instalar el debate o la discusión en el sistema de salud sobre una actualización de los abordajes terapéuticos, ya que no se pueden soslayar las graves consecuencias que se observan en cuanto a la salud de los niños/as víctimas de abuso sexual. La disposición de comenzar a investigar y discutir la problemática se relaciona con la explosión de casos actualmente, teniendo en cuenta el papel que juegan los medios de comunicación en dar a conocer estos hechos. Sobre este punto las opiniones de los profesionales se encuentran divididas entre quienes sostienen que hay un aumento en términos reales y quienes suponen un incremento de la denuncia como efecto de este desplazamiento del tabú en los últimos años.

El análisis del tratamiento desde el sistema de salud de los casos de abuso sexual abre la discusión acerca de las limitaciones de atención a las diversas patologías que se desprenden de estos hechos, excediendo los recursos asistenciales. Los esfuerzos clínicos están dirigidos especialmente a la desresponsabilización de las víctimas, a disminuir los daños en la salud integral y a la desnaturalización de este fenómeno en muchas familias.

Es posible visualizar un gran abanico de patologías que se desprenden de los hechos de abuso sexual infantil. Muchas comienzan a abordarse con un diagnóstico equivocado, el cual oculta la real problemática del niño/a víctima de este fenómeno. El ejemplo más claro es observar cómo se eleva el número de pacientes con un diagnóstico presuntivo de déficit atencional o problemas de aprendizaje, los cuales llegan incluso a ser medicados por servicios de neurología, sin que se conozca el origen de la manifestación de estos síntomas. Los trastornos que se desprenden son innumerables y requieren de un sistema de salud "fuerte" en términos de brindar respuesta eficaz para tratar de restablecer el equilibrio psico-físico del niño/a víctima de abuso sexual. Es imprescindible que los profesionales intervinientes de las diversas disciplinas cuenten con las herramientas teóricas y prácticas adecuadas y actualizadas para reconocer indicadores que permitan un diagnóstico y una intervención acertada.

La muestra que se extrajo para la realización de la investigación contempla 50 casos, de pacientes abordados en el Hospital Metraux de Maipú, Mendoza, bajo seguimiento del Programa de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez y Adolescencia. Se consideran diferentes rangos de edad, mecanismos utilizados en los diversos tipos de abuso sexual y los trastornos presentados como consecuencia de esta práctica.

Este trabajo apunta a indagar sobre la temática a fin de fortalecer la prevención y detección del maltrato y/o abuso sexual del niño/a. Se destaca abordaje desde el ámbito social y humano del sistema de salud. La respuesta institucional frente a las situaciones de abuso sexual infantil debe ser un dispositivo interdisciplinario con estrategias de intervención de los profesionales de salud actualizadas en forma permanente y continua.

Marco teórico conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima actualmente que 40 millones de niños son víctimas de la violencia en todo el mundo. Aunque no hay un registro oficial porque en general se trata de un "problema oculto", en América Latina y el Caribe se

dan todas las formas de violencia y hay miles de niños afectados en nuestro país, lo cual indica que no escapamos a una situación mundial.

Se calcula que el 85 % de las muertes por maltrato son clasificadas como accidentales o indeterminadas. Y por cada muerte se estima que hay 9% de niños incapacitados, 71% con lesiones graves e innumerables casos con secuelas psicológicas.

Por eso, entre los varios aspectos adicionales de la atención del abuso infantil es que se debe apuntar a una estrategia de abordaje no sólo en cuanto a la detección y prevención del maltrato; sino poder reparar los daños del problema, lo que permitirá también avanzar en su conocimiento, magnitud, metodologías de información, detección, prevención y tratamiento.

Es necesario evaluar a todos los niños que llegan a un efector de salud en forma integral, buscando señales más allá del motivo de la consulta. Así es posible evitar oportunidades perdidas tanto para la detección y tratamiento de problemas, como para la prevención y para la promoción de la salud integral.

El artículo 19 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de la niñez protege a todos los niños contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o cualquier otra explotación, incluido el abuso sexual.

Es un problema universal: de esta forma se sigue la política de la O.M.S. sobre violencia y salud. Las cifras epidemiológicas reales y el subregistro justifican evaluar a todos los niños en busca de maltrato.

Es un problema que involucra a todas las entidades de salud pública y a *todo el sector salud en la detección, prevención y tratamiento del problema*. Y, además, si se evalúa sistemáticamente no sólo se detecta maltrato sino que se introduce el tema como factor protector, promoción de buen trato, en todos los niños.

Existen muchas definiciones de maltrato infantil. La OMS adhiere a la siguiente: “el abuso de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

Hay que definir desde modelos teóricos e investigaciones prácticas los indicadores que el personal de salud debe tener en cuenta para evaluar si un niño es víctima de maltrato, lo que permitirá encontrar una manera adecuada de enfrentar el tema con la familia o los adultos responsables de su cuidado.

La O.P.S. está liderando desde hace tiempo la implementación y expansión de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) como la principal estrategia para mejorar la calidad de atención de la salud en la infancia, tanto en los servicios de salud como en la comunidad y el hogar.

A través de la aplicación de AIEPI se espera contribuir a un crecimiento y desarrollo más saludables durante la infancia, a reducir la frecuencia y gravedad de enfermedades y a disminuir la mortalidad. La OPS considera el uso de la estrategia AIEPI

como un estándar básico de atención en la infancia al que deben tener acceso todas las familias en todos los países de América.

Para poder entender prácticas y/o mecanismos desde los cuales diversos grupos familiares dan respuestas a problemas concretos de salud buscando u omitiendo soluciones para realizar el “pedido de atención” desde lo profesional en el sistema sanitario, es imprescindible realizar un exhaustivo análisis tanto del contexto social como del contexto cultural en el cuál se encuentran insertos. Se toma la definición que aporta el Lic. Enrique Saforcada en “Salud Pública” 2.001, en la cual enuncia que **“Salud es la situación de relativo bienestar físico, psíquico y social – el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia social determinada -, considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre el individuo (entidad bio-psico-social-cultural) y su ambiente (entidad físico-química-psico-socio-cultural y económico-política)”** Saforcada, E. (2001). *Salud Pública*. Bs As.

El fenómeno de abuso infantil y sus diversas implicancias directas en la salud del niño requiere de un complejo proceso de análisis multifactorial e interdisciplinario. Los abusos infantiles que no presentan lesiones físicas específicas se manifiestan a través de una serie de diversos indicadores. La cuestión a estudiar y explicar parte de determinar si existe o no un sistema de valores en la consideración del tema de abuso infantil en el contexto poblacional.

El cuanto al rol de la **cultura** no necesariamente siempre es promotora de salud, sino que en ciertas circunstancias puede no favorecerla. Este hecho exige una consideración profunda de las características sociales que realmente promueven un desarrollo humano pleno, en el sentido de la evolución hacia un mejoramiento de la calidad de vida tanto de niños como de adolescentes.

En cuanto a la **atención** se deben alentar tendencias terapéuticas y educativas, con especial énfasis en la prevención y promoción de la salud, especializando a todos los actores que intervienen en la red de atención sanitaria.

Objetivos

Objetivos generales

1. Analizar **la incidencia de determinantes sociales y culturales en las prácticas de abuso sexual infantil** en la comunidad de Fray Luis Beltrán, Maipú – Mendoza- en el periodo comprendido entre los años 2006-2010.
2. Analizar el **impacto del abuso sexual infantil presente en diversos trastornos en cuanto a la salud** integral de niño/as víctimas de esta problemática.

Objetivos específicos

1. Explicar la composición y el modo de funcionamiento vincular de aquellas familias que presentan la problemática de abuso infantil en la comunidad a investigar.
2. Analizar la presencia de trastornos psico- físicos que presentan niños/as víctimas de algún tipo abuso infantil: físico, psicológico, sexual, negligencia.

3. Describir los principales determinantes sociales y culturales presentes en la temática de abuso.
4. Aportar a la discusión y/o debate sobre las estrategias sanitarias utilizadas en el tratamiento del fenómeno de abuso infantil.

Desarrollo de la Investigación

Variables de estudio

Las variables consideradas en esta investigación se centran en cuatro puntos fundamentales que nos acercan a un mejor entendimiento de la problemática de abuso sexual infantil en el ámbito de la comunidad. **El estudio de las mismas surge desde la comprensión y conceptualización teórica de las mismas, y desde la práctica profesional** dada por la atención de niños/as pacientes del Programa de Prevención de Maltrato Infantil, víctimas de abuso sexual infantil (A.S.I.). La herramienta metodológica utilizada en esta investigación es la entrevista semi-estructurada dirigida al adulto responsable: madre, padre, abuela del niño/a.

Estructura Familiar:

La familia es considerada la primera institución a la que el sujeto pertenece. Es dadora de significaciones, de valores y la encargada de proveer los recursos necesarios para la supervivencia de cada integrante. Está en constante intercambio con la cultura, modificándola y sometiéndose a los sucesivos cambios, resultado de los devenires de la historia. Queda claro que la familia ha debido modificar ciertos parámetros para poder continuar perteneciendo a la comunidad en la que cual se encuentre incluida.

La estructura de cada familia se basa en lo prescripto y lo proscripto, lo cual es común a todas las familias, aún a lo largo de la historia y de diferentes culturas, tal como lo demuestran múltiples estudios de antropología estructural, cuyo representante más significativo fue Levi-Strauss. Pero en este punto debemos considerar ¿cómo es posible que la familia se estructure en función del abuso sexual?, ¿Qué sucede para que un hecho de este tipo se produzca entre miembros del mismo grupo familiar?

La familia es el núcleo social constituido por personas que tienen vínculos entre sus miembros. Mendalie, define a la familia como un sistema comparable a una telaraña o una compleja molécula, en que ninguna de sus partes puede ser tocada sin haber repercusiones en el resto del mismo (Mendalie, 1987). Como institución debe permitir su desarrollo individual y colectivo de ellos dentro de esa unidad. En ella es necesario que se cumpla con los requisitos mínimos de cuidado y atención, que permitan la satisfacción de las necesidades físicas, biológicas, afectivas y materiales de sus integrantes. La familia debe de administrar los cuidados y el apoyo de sus miembros, ofreciéndoles un ambiente óptimo para que ellos puedan desarrollar la personalidad de manera individual, así como los roles asignados dentro de este núcleo o los papeles esperados socialmente. (Dominici, 2003). Es importante reconocer que la familia y el manejo del poder que ella detenta debe analizarse en función de un modelo menos pa-

triarcual, adulto y autoritario. Los derechos de los (as) niños (as), de los (as) adolescentes, cambian la dinámica del poder y de las relaciones entre los miembros de la familia.

Mediante las reglas las familias realizan todas sus funciones, regulan la homeostasis y pautan los cambios, mediante retroalimentaciones positivas o negativas y ponen límites entre los subsistemas y el entorno. El entramado de reglas es el mecanismo regulador interno que sirve de marco para cada uno de los actos de sus miembros, determinan la posición de unos con respecto a otros y las relaciones entre ellos. Es muy importante señalar que estas reglas en la mayoría de los casos no son percibidas como tales por los individuos que se rigen por ellas, es decir, pertenecen a lo que muchos autores denominan inconsciente familiar. La regla en la mayoría de los casos sólo puede ser inferida a partir del comportamiento del sistema familiar, sin que se pueda contrastar en forma objetiva. La familia como unidad tiene reglas que mantienen una forma de funcionamiento homogénea, en que los participantes conocen una manera de comportamiento que les permite vivir como una unidad. Algunas de las normas son implícitas como se dijo previamente, pero hay otras que son explícitas. Cada norma es establecida de manera original e individual por los miembros de la familia. (Zurro. 1999). Esto es observado claramente en la investigación realizada, a que cada familia determinó de manera diferente su estructura en función de la aparición de un hecho de abuso sexual.

Los tipos de familia observados pertenecen a las siguientes categorías:

Familia nuclear: parejas, casadas y/o unidas de hecho, con hijos biológicos.

Familia monoparental: aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.

Familia ensamblada: familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior.

Familia extensa: constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos u otros familiares de segunda línea.

El concepto de trabajo con familias se refiere al establecimiento de una relación de colaboración entre el equipo de salud y la familia para el abordaje de niños víctimas de abuso sexual. Consiste, de manera general, en comprender la estructura familiar existente, su desarrollo, su funcionamiento y sus recursos. Es importante reconocer que el abordaje individual aislado del contexto familiar, implica colocar limitaciones en el manejo de los pacientes. Si se valoran los análisis de las múltiples disciplinas que estudian al ser humano, se concluye que la familia es parte de cada persona, desde su nacimiento hasta su muerte, y aun después de esta. La familia puede ser un factor que condiciona y favorece la aparición del abuso sexual ; por ello debe de considerarse como la unidad básica y prioritaria en el abordaje de la atención de los niños/as víctimas de esta problemática. Ella es en sí un recurso o fuente para promover la salud y prevenir presencia de abusos en niños/as. El personal de salud, trabajando en equipos interdisciplinarios, ha comenzado a valorar de manera mas completa la estructura familiar de cada paciente.

La O.M.S. considera que, las instituciones y los profesionales de salud han adoptado al individuo como el centro de la prestación de los servicios de salud; en consecuencia, las necesidades de la familia en su conjunto no se toman en cuenta de manera adecuada. Es importante reconocer esta deficiencia pues la participación activa de las familias y la comunidad para promover y proteger su propia salud mejora la eficacia. El empoderamiento de las familias y las comunidades aumenta la concientización y la demanda de servicios de salud de calidad. La familia es parte de un grupo social mayor, y está inmersa en un campo muy amplio de influencias culturales, tales como el carácter de diversas organizaciones complejas, cambios históricos y conflictos de valores debidos a diferencias étnicas, religiosas y de clase social; la familia de uno u otro tipo ha existido a lo largo de la historia y todo evento humano es parte intrínseca de esa historia y evolución.

Es fundamental analizar el origen y sostenibilidad de prácticas de abuso sexual de niños/as considerando las particularidades de la estructura familiar de cada paciente.

Se analiza dentro de variable de estructura familiar la aparición o no de violencia intrafamiliar, como así también el consumo de sustancias adictivas como el alcohol o drogas. La violencia intrafamiliar constituye una forma de abuso de poder ejercido en el contexto de las relaciones de dependencia que se dan en la familia. Esto en muchos casos genera y propicia un ambiente en el cual se comienza a naturalizar la práctica de abuso sexual.

En el caso de alcoholismo es posible observar cómo se estructura la dinámica familiar en función de éste consumo.

Sintetizando los aspectos a considerados en esta variable son:

- Alianzas y coaliciones familiares.
- Subsistemas: conyugal, parental, filial, y fraternal.
- Límites: rígidos, difusos y/o claros.
- Reglas familiares: reconocidas; implícitas y/o secretas
- Mitos familiares transgeneracionales en relación al abuso infantil.
- Función protectora y/o negadora del síntoma que produce un acto de abuso infantil dentro de la familia.
- Historia de salud psicofísica familiar.
- Antecedentes de prácticas de violencia en la familia: castigos físicos, maltrato psicológico, conductas negligentes, violencia sexual, entre otros.

Determinantes Sociales de la Salud Infantil:

De acuerdo a la conceptualización de la O.M.S. son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas que sean adoptadas.

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Se plantea en esta investigación si las prácticas de abuso sexual infantil pueden ser condicionadas por algunas características del contexto social.

2. Abuso sexual infantil: Análisis del impacto y consecuencias en la salud de niños/as.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas.

El lugar donde habitan las personas afecta la salud y las posibilidades de tener una vida próspera. El año pasado, por primera vez la mayoría de los habitantes del planeta vivía en entornos urbanos. Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria. El acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano. Sin embargo es posible vislumbrar dentro de la comunidad en la cual se desarrolló la investigación un alto porcentaje de familias sin acceso a servicios básicos sanitarios, presentando precariedad en la construcción de las viviendas y hacinamiento, que en muchos casos es crítico.

El empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales. Dentro de la comunidad con la cual se trabajó la generalidad de los empleos tienen un perfil de tipo rural, inestable, informal y poco remunerado.

Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Así una pregunta clave para las políticas de salud es: ¿Hasta qué punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual?

El foco de los esfuerzos en salud pública más allá de las personas e incluso las comunidades para analizar las causas más estructurales del abuso sexual infantil debe reconocer la importancia de los determinantes sociales. Si bien es posible describir mas hechos de abuso sexual infantil en condiciones sociales desfavorables, aunque no exclusivas, esto invita a re pensar cómo es la calidad y acceso a la educación, a la vivienda, a un empleo que cubra las necesidades básicas de un grupo familiar.

En este punto reconocemos:

- Educación.
- Pobreza.
- Acceso a saneamiento básico.
- Ingreso económico.
- Desarrollo Humano

Determinantes Culturales de la Salud Infantil.

Las familias poseen una forma de representarse o explicarse la realidad; estas representaciones son eminentemente prácticas, sirven para configurar la cotidianidad. Para conocer su dinámica es necesario reconocer valores, creencias, y hábitos en la cultura de los diferentes colectivos sociales. Cada familia presenta una forma particular de procesar sus propias situaciones como en el caso de la aparición de abuso sexual infantil.

En la aparición de un hecho de abuso sexual infantil intrafamiliar, se estima importante reconocer si se condiciona culturalmente este tipo de maltrato, si se lo legitima y/o naturaliza.

Desde que nace, el ser humano, está rodeado de una serie de códigos, costumbres y comportamientos culturales que condicionan su aprendizaje y crecimiento y que permiten al individuo desarrollarse plenamente en dicha comunidad. Dentro de la comunidad donde se desarrolla la presente investigación, por diversas circunstancias las familias puede verse forzadas a abandonar su lugar de origen, en éste caso Bolivia y por lo tanto su cultura, para adaptarse a otra, en ocasiones, totalmente diferente lo que puede para lugar a un “choque cultural”.

La definición del abuso sexual infantil parece bastante clara, no así su abordaje, más aún cuando una conducta es condenada por unos y no por otros y a su vez deben compartir la misma jurisdicción. En muchas ocasiones el supuesto abuso hacia los hijos, puede ser entendido como una práctica naturalizada y además legitimada. ¿Qué hacer si éste supuesto abuso sexual es permitido e incluso valorado positivamente en la cultura de origen de los padres y sin embargo penado legal y moralmente en la sociedad. “La prohibición del incesto no es una ley escrita, es una pauta cultural. Regula la endogamia y la exogamia. (Levi- Strauss, 1993)

Desde la perspectiva global, **el respeto a los derechos humanos es la base de actuación de los profesionales de salud** ante una situación poco concreta, a pesar de los muchos beneficios que los padres crean que tienen para sus hijos. La investigación muestra que los aspectos culturales de algunas familias pueden ser un factor negativo o pueden ser un obstáculo para prevenir actos de abuso sexual infantil.

Culturalmente en la comunidad investigada es muy frecuente detectar casos en los que hayan tenido hijos con sus familiares directos, y también de relaciones intrafamiliares y de relaciones sexuales, en donde algún paciente narra que eso esta naturalizado en su familia y que incluso la madre es consciente de lo que ocurre. Al no existir frente a esto ninguna sanción familiar, ni denuncia, hablamos de que culturalmente se ha naturalizado este tipo de prácticas.

El incesto es una pauta, una prohibición de tipo cultural. Es lo que determina el pasaje de la naturaleza a la cultura. Tenemos prohibiciones propias de la moral individual que depende de la crianza de cada uno, los valores que se han inculcado en cada persona, desde la religión, desde el núcleo familiar. Existen auto prohibiciones, hay cosas que no se harían, o se las realiza con sentimiento de culpa.

En el caso del incesto, la cultura se encargo de que sea una prohibición general. Es un tabú. De eso ni se habla. Directamente está prohibido. Donde funciona este

tabú es impensable que un hermano se fije en una hermana, que un padre si fije en una hija en un sentido sexual. Sin embargo son muchos los casos, generalmente se advierten patologías en estas personas adonde esa prohibición no funciona. Entonces aparece la legitimación cultural del abuso sexual infantil.

Conocer representaciones culturales acerca del abuso sexual infantil en una comunidad mixta, argentina-boliviana, implica: determinar qué se sabe: información, qué se cree, cómo se interpreta: campo de representación y qué se hace: actitud. Es importante tener en cuenta que las representaciones culturales siempre hacen referencia a un objeto, no existen en abstracto sino que constituyen la manera en que los individuos interpretan, piensan, conciben y explican, un fenómeno.

Los determinantes culturales se presentan como una forma de conocimiento social, un saber del sentido común que se constituye en modalidades del pensamiento práctico. Se designa una forma de conocimiento específico, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionalmente caracterizados. En el sentido más amplio designa una forma de pensamiento social.

Como ya se mencionara anteriormente el análisis está centrado en:

- Creencias.
- Valoraciones.
- Prácticas naturalizadas y/o legitimadas.

Trastornos y/o daños que se presentan en la salud integral del niño/a víctima de abuso sexual.

Es interesante señalar que la complejidad de los trastornos observados refleja las diferentes modalidades de reacción de los niños y permite entrever los intentos de defensa y de adaptación a la traumatización crónica.

Hay niños que tienen mayor facilidad para externalizar el impacto emocional que les produce la situación abusiva y, en consecuencia presentan comportamientos que llaman la atención de los adultos por el monto de agresividad demostrado o por sus características transgresoras.

Otros niños, por el contrario, no tienen facilitada la vía de la externalización y revierten el impacto traumático sobre sí mismo.

Esta investigación sistematiza diferentes trastornos que tienen lugar una vez ocurrido el hecho de abuso sexual. Dentro de los mismos se pueden reconocer:

- Conductas agresivas.
- Presencia de enfermedades respiratorias.
- Frecuencia de cuadros gastrointestinales: diarreas, deshidratación.
- Déficit atencional.
- Inmadurez intelectual.
- Conductas delictivas o fugas.
- Conductas regresivas.
- Miedos, fobias, pesadillas, trastornos en el sueño.

- Déficit de concentración e hiperactividad que aparecen en forma brusca.
- Manifestación de conductas sexuales extrañas, provocadoras e inusuales para la edad evolutiva.
- Trastornos en el control de esfínteres.
- Trastornos en la alimentación: anorexia, bulimia.
- Manifestación de alguna patología orgánica: obesidad; infecciones urinarias.
- Inclínación a conductas adictivas: drogas y/o alcohol.
- Embarazos.
- Práctica de aborto dentro de la familia de la niña.
- Mutismo selectivo.
- Retraimiento social.
- Aislamiento.
- Retraso severo del lenguaje y grafismos.
- Lesiones vaginales.
- Contagio de ITS.
- Autoagresión

Resultados

Los resultados arrojados por la investigación desarrollada incluyen una amplitud importante de datos generados a través del principal instrumento de aplicación: la entrevista en profundidad.

Para lograr una lógica entre los objetivos planteados se sistematizan los datos obtenidos de la muestra de 50 pacientes niños/as víctimas de abuso sexual, incorporados bajo Programa Provincial de Atención y Prevención Integral del Maltrato a la Niñez y Adolescencia atendidos en el Hospital Metraux, Maipú, Mendoza, de acuerdo a las cuatro variables tomadas: estructura familiar, determinantes sociales, determinantes culturales y patologías más frecuentes presentadas por los pacientes. (Ver tabla N° 1)

Estructura Familiar. Se observa dentro de esta variable el siguiente detalle:

Tipos de familia identificados.

- Familia de tipo nuclear: 18 (P) = 36% .
- Familia de tipo ensamblada: 15 (P) = 30%.
- Familia de tipo monoparental: 10 (P) = 20%.
- Familia de tipo extensa: 7 (P) = 14%.

Tipos de Límites identificados. (Los límites observables a través de la entrevista realizada en las familias de los pacientes que conformaron la muestra de investigación son aquellos que representan la forma de organización familiar, las interacciones familiares, la distribución del poder respecto de la toma de decisiones en cuanto a los modismos para la educación y cuidado del niño/a).

2. Abuso sexual infantil: Análisis del impacto y consecuencias en la salud de niños/as.

- Rígidos: 23 (P) = 46 %.
- Difusos: 18 (P) = 36%.
- Claros: 9 (P) = 18%.

Presencia de VIF.

- 23 (P) = 46%.

Consumo de alcohol por adulto miembro de la familia.

- 16 (P) = 32 %.

Origen de la familia.

- Mixto argentino- boliviano: 12 (P) = 24%.

En la mayoría de episodios de pacientes que presentaron abuso sexual infantil se observa una composición familiar nuclear, con límites rígidos de tipo autoritario paterno. Es importante considerar que si bien existe consumo de alcohol en muchos hogares, este número representa el 32% de las familias de la muestra con la cual se trabajó. Este factor marca un índice alto, pero no se refleja como una incidencia directa ya que no fue referido en las entrevistas como desencadenante de hechos de abuso sexual, por el contrario se informó que ante el consumo de alcohol las conductas del adulto eran pasivas, sin generar consecuencias inmediatas en el trato con el niño/a bajo efectos del consumo.

En cuanto a las familias de pacientes que registraron episodios de VIF está presente en el 46% de los casos, en los cuales de acuerdo a las entrevistas realizadas las conductas agresivas y malos tratos provienen de la figura paterna, representada por padre biológico y/o padrastro.

Por encuadrarse la investigación en una comunidad rural con un alto porcentaje de inmigrantes procedentes de Bolivia, se observa un fenómeno importante que es el ensamble de familias argentinas-bolivianas, en donde el entramado cultural produce una mirada especial de la familia cuando se registra un hecho de abuso sexual.

Determinantes Sociales

Dentro de los principales determinantes sociales se encuentra el nivel de escolaridad observado en las madres y/o adultos responsables de los pacientes. Esta observación permitió reconocer la falta de comprensión de muchas madres y/o adultos referentes del niño/a, sobre las graves implicancias del abuso sexual en la salud psico-física del mismo. En este punto se observan:

- Analfabetismo: 10 casos = 20%.
- Primario Incompleto: 20 casos = 40%.
- Primario completo: 13 casos = 26%.
- Secundario incompleto: 3 casos = 6%.
- Secundario completo: 6 casos = 12%.
- Estudios superiores: 0 caso = 0%.

En cuanto al **tipo de vivienda** de los pacientes, los datos sistematizados son:

- Vivienda de tipo rural: materiales de construcción mixtos, alejada de centros urbanos, 5 = 10%.
- Vivienda precaria: 28 casos = 56%.
- Vivienda de material: 17 casos = 34%.

Dentro de la caracterización habitacional se considera fundamental el **acceso a servicios básicos sanitarios** como agua potable, electricidad y baño instalado. En este punto observamos:

- Hogar con acceso a servicios básicos sanitarios: 23 familias = 46%
- Hogar sin acceso a servicios básicos sanitarios: 27 familias = 54%.

Otro factor considerado dentro de los determinantes sociales es el nivel de **ingresos económicos** de cada grupo familiar, dentro de lo cual observamos:

- Ingresos medios, alcanzan a cubrir las necesidades básicas del grupo familiar. No son considerados hogares pobres: 22 casos = 44%.
- Ingresos bajos, no cubren necesidades básicas del hogar: 28 casos = 56%.

Determinantes Culturales:

Dentro de los determinantes culturales los aspectos que se consideran más relevantes en esta investigación están ligados a los siguientes aspectos:

- Práctica de Abuso sexual infantil legitimada y/o naturalizada familiarmente: 24 casos = 48%.
- Práctica de Abuso sexual infantil no aceptada y condenada socialmente: 21 casos = 42%.
- Práctica de Abuso sexual infantil negada familiarmente: 5 casos = 10%.

En cuanto a la comprensión de la madre y/o adulto responsable de niño/a víctima de abuso sexual puede mencionarse que en 26 casos “no comprenden las implicancias del abuso sexual en la salud integral del niño/a”. Sí se observa un reconocimiento de que el abuso infantil representa la constitución de un delito en todos los casos, pero es alto el porcentaje de familias que presuponen que el sistema judicial es el único implicado, soslayando las posibilidades de abordaje terapéutico para la recuperación de paciente desde el sistema de salud.

Trastornos:

Respecto de los trastornos más frecuentes por pacientes se detallan las siguientes:

- Aislamiento. (11)
- Depresión. (8)
- Bajo rendimiento escolar (11)
- Retraimiento (11)
- Trastornos del sueño (14)
- Trastorno de angustia y ansiedad (15).

CONCLUSIONES

Qué hacer ante la presencia de pacientes niños/as víctimas de abuso sexual es una pregunta frecuente a la que se enfrentan los profesionales que se desempeñan desde el sistema de salud. De esta investigación se desprende el supuesto de una seria dificultad en lo que hace a la detección temprana del abuso sexual infantil, las posibilidades de interponerle un límite, la conflictividad y en muchos casos la inexistencia de estrategias interinstitucionales, y, finalmente, la complejidad para crear instancias de reflexión sobre los modos de actuar que permitan una reformulación futura de estrategias.

Como rasgo notorio cabe destacar la sensación de fracaso e impotencia expresada por los profesionales en lo que se refiere a sus intervenciones, pues esto constituye un indicador de riesgo que se suma al fenómeno de abuso sexual infantil, ya que promueve situaciones de desamparo al fragilizarse los recursos humanos necesarios para intervenir en estos casos.

Esto indica la necesidad de profundizar el análisis de las estrategias de intervención existentes y de las posibles de ser creadas, haciendo especial hincapié en los soportes institucionales, estatales y comunitarios dentro de los cuales estas estrategias tienen lugar.

En cuanto a la relevancia para la formación de recursos humanos en salud si se busca una atención desde el sistema de salud con calidad es fundamental apuntar a una formación de excelencia del recurso humano de salud que cotidianamente tiene contacto con pacientes niños/as víctimas de abuso sexual. Liberar la atención de prejuicios y valoraciones personales son el primer paso para comenzar a entender el fenómeno del abuso sexual infantil como una problemática multi determinada. El horror que producen las escenas que involucran este tipo de hechos en los niño/as genera un desgaste constante a nivel de salud mental del profesional que tiene a su cargo el abordaje del caso. El poder correrse de estas escenas e intervenir de la manera más acertada supone no sólo un tipo de encuadre técnico sino la posibilidad de contar con espacios de supervisión clínica que den lugar a la reflexión.

No sólo debemos trabajar en mejorar nuestra intervención profesional hacia el cuidado del paciente; sino también trabajar en el fortalecimiento hacia “adentro” de cada equipo de salud, apuntando a cuidar el criterio lógico y promoviendo la salud mental del profesional, ya que es significativo el desgaste que genera trabajar con niños/as víctimas de abuso sexual.

En cuanto a investigación sanitaria el estudio del abuso sexual infantil de acuerdo a consideraciones de la O.P.S. la detección del maltrato se ha introducido como uno de los nuevos componentes de la estrategia AIEPI y debe investigarse sistemáticamente en la atención de todos los niños por las siguientes razones:

- Porque está enmarcado dentro de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Niñez. El artículo N° 19 protege a todos los niños contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos u otra explotación, incluido el abuso sexual.
- Es un problema universal.
- Las cifras epidemiológicas reales y el subregistro justifican evaluar a todos los niños en busca de maltrato.

- Es un problema oculto o sea que la madre pocas veces mencionará de manera espontánea la existencia del problema y pocos niños tienen evidencia o certeza de maltrato.
 - Involucra formalmente a las entidades de salud pública y a todo el sector salud en la detección, prevención y tratamiento del problema.
 - Por el factor cultural, algunas prácticas de crianza que son maltrato son consideradas por los padres como un beneficio y un bien que le hacen al niño.
 - Prevenir las consecuencias y secuelas que el maltrato deja en los niños, y consecuentemente disminuirán los costos sociales y económicos asociados a ellas.
 - Si se evalúa sistemáticamente, no sólo se detecta maltrato sino que se introduce el tema y los factores protectores, promoción del buen trato, lo que beneficia a todos los niños.
 - Estimula estilos de vida saludable ya que la prevención y detección del maltrato del niño sirve como puerta de entrada para disminuir la violencia intrafamiliar y enfrentarla.
 - Este abordaje rescata el aspecto social y humano de la medicina y de las disciplinas ligadas a la salud.

Esta síntesis menciona todos los beneficios por los cuales debe considerarse el fenómeno del abuso sexual infantil como uno de los temas prioritarios en la agenda del sistema de salud.

Bibliografía

- Ander Egg, E. y Follari, R. (1989) *Trabajo Social e interdisciplinariedad*. Buenos Aires: Humanitas.
- Aylwin, N., Jiménez, M. y Quesada, M. (1982). *Un enfoque operativo de la metodología de Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Berlinerblau, V. (1998) *Abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Universidad.
- Bourdieu, P. (1997) *Capital y Cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Bravo Martínez, M. (1994) *Incesto y Violación. Características, implicaciones y líneas terapéuticas del abuso sexual*. Santiago de Chile: Ediciones Academia, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Cobian Sánchez, M. (1997) *La influencia del contexto socio cultural en la construcción significativa del conocimiento*. México: ITESO.
- Comer, J. (1998) *Abnormal Psychology*. New York: Macmillan.
- Cumbre XIII Iberoamericana de Infancia y Adolescencia (2003) *Infancia y Étnia: cultivo de discriminación*. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.
- De Gregorio Bustamante, A. (2004) *Abuso sexual infantil: denuncias falsas y erróneas*. Buenos Aires: O. Favale.
- García, N. (2006) *Salud, enfermedad y el orden de lo posible*. México: Enlace.
- González, E., Martínez, V., Leyton, C. y Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*, 11(1), 6-14.
- Martín Muñoz, M. (1994) *Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social*. España: Siglo XXI.
- Intebi, I. (1998) *Abuso sexual infantil, en las mejores familia*. Barcelona: Granica S.A.
- Jongsma Jr, A. E., Peterson, L. M., McInnis, W. P., & Bruce, T. J. (2014) *The Adolescent Psychotherapy Treatment Planner: Includes DSM-5 Updates*. John Wiley & Sons.
- Melillo, A. y Suarez Ojeada, E. (comp) (2005) *Resiliencia. Descubrimiento de las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Patín, D. (2000) Abuso sexual infantil. Reconocimiento y denuncia. *Cuadernos de medicina forense*, 1(2), Corte Suprema de Justicia de la Nación.
- Romano, E. (1998) *Maltrato y Violencia Infanto-Juvenil*. Buenos Aires: Nuevo Pensamiento.
- Rozas, M. y Fernandez, A. (1990) *Políticas Sociales y Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Saforcada, E., De Lellis, M., y Mozobancyk, S. (2001) *El factor humano en la salud pública*. Buenos Aires: Proa XXI

3.

Abuso sexual infantil como trauma psíquico. Sus posibilidades de tramitación

Lorena Hernandez

El abuso sexual infantil constituye una experiencia traumática y es vivenciado por la víctima como un atentado contra su integridad física y psicológica. Es uno de los traumas psíquicos más intensos y sus consecuencias son sumamente destructivas para la estructuración psicológica de un sujeto. Es posible comparar sus efectos al de un balazo en el aparato psíquico: produce heridas de tal magnitud en el tejido emocional, que hace muy difícil predecir como cicatrizará el psiquismo y cuáles serán las secuelas.

Algunos de los interrogantes que guiaron este artículo buscan responder a lo siguiente: ¿Cómo se ubica el trauma en relación con la estructura psíquica? ¿El acontecimiento traumatizante vivido, alcanza en sí mismo para constituirse en un trauma, en el sentido que el psicoanálisis da a este concepto? En tal caso: ¿cuáles son los medios de elaboración posibles con los que se cuenta?

Desde una perspectiva psiquiátrica, basada en el DSM IV, Puchol Esparza (2001), desarrolla, en primer lugar, el concepto de evento traumático como situaciones que, en la mayoría de las ocasiones, son inesperadas e incontrolables y golpean de manera intensa la sensación de seguridad y autoconfianza del individuo provocando intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno. Luego clasifica situaciones que son consideradas traumáticas como accidentes; desastres naturales: huracanes, terremotos o inundaciones; muerte inesperada de familiares, asaltos, delitos y/o violaciones; abusos físicos/sexuales durante la infancia, torturas, secuestros y/o actos terroristas.

En los niños los sucesos pueden ser: acontecimientos traumáticos de carácter sexual: experiencias sexuales inapropiadas para la edad, aún en ausencia de violencia o daño real, también la observación de accidentes graves o muerte no natural de otras personas a causa de guerra, accidentes, ataques violentos, desastres o ser testigo inesperado de muertes, amputaciones o fragmentación del cuerpo.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), que está incluido dentro de los trastornos de ansiedad, se agregó recientemente a la tercera versión del DSM, publicado en la década del '80. Para contextualizar este trastorno hay que destacar que tiene sus orígenes a principios del siglo XX, con las consecuencias trágicas que dejaron la Primera y Segunda Guerra Mundial. Se empezaron a realizar estudios a los soldados que habían combatido en ellas, y así se descubrió que estas personas presentaban un síndrome de estrés, con características particulares, que coincidía con lo planteado en las "neurosis de guerra".

El surgimiento del TEPT fue muy polémico porque esta categoría diagnóstica implicaba adjudicar un papel central a un «suceso» externo, estresor, de causa externa, en la generación de los síntomas de malestar subjetivo, en lugar de adjudicarlo a algo interno del sujeto.

El trastorno por estrés post traumático puede ser grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos, por ejemplo, torturas, violaciones. Este trastorno puede aumentar su aparición cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el individuo del agente estresor.

A continuación se realizará un desarrollo de la evolución del concepto de trauma según Sigmund Freud. El diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (2007) plantea que este concepto se utiliza desde la antigüedad, en el campo de la medicina y la cirugía. En primer lugar, trauma proviene del griego “herida”, que a su vez deviene de “perforar”; se relaciona con una herida con efracción. También Freud hace mención al término traumatismo, que se refiere a las consecuencias del conjunto del organismo de una lesión que es secuela de algún tipo de violencia. En general en medicina estos dos conceptos se usan como sinónimos. Cesio, en la revista *Enigma Psi* (2002-2008) conceptualiza al trauma así:

“Se denomina trauma al estado ocasionado por la acción de un estímulo intenso, proveniente del exterior o del interior del individuo que provoca una brecha-herida en el aparato psíquico: rompe la barrera de protección del mismo por la incapacidad de cualificar ese estímulo; por lo tanto se produce un desequilibrio como reacción al mismo. Esa brecha-herida sobrepasa la capacidad de elaboración y de ligadura, por lo que se instauran contracargas (las defensas primarias), que se relacionan con determinadas huellas mnémicas del sujeto, en un intento de cierre de esa herida y alivio de la angustia concomitante. Por eso hay un estado de empobrecimiento del yo, porque la energía está empleada en recomponer su integridad.”

A Freud le llevó más de 30 años elaborar el concepto de trauma. Si bien a lo largo de su recorrido se observan varias modificaciones en torno al mismo, mantiene un hilo conductor desde su inicio hasta sus últimas elaboraciones. Este nexo es el factor cuantitativo. En un comienzo, define al trauma como un suceso externo que perturba la economía psíquica del sujeto. En este momento, se observa que Freud (2002 [1893]) aún se encontraba bajo la influencia de la perspectiva médica, que ponía el acento en el suceso. Luego, se va distanciando de esta mirada y comienza a elaborar su propia teoría en relación al trauma, que en su esencia, termina oponiéndose a la primera.

El término traumatismo, se explica desde el punto de vista económico. Sería una experiencia que ha vivenciado el sujeto, que puede ser un solo acontecimiento o varios, que produce en poco tiempo un aumento de excitación a la vida psíquica. Este exceso no puede tramitarse por medios habituales, y la consecuencia será algún trastorno duradero en el funcionamiento energético. Aquí se presenta un problema con el principio de constancia que Freud plantea en el primer momento de su obra, ya que la excitación excede al aparato psíquico, sin poder mantenerlo exento de estímulos.

Freud describe que serán traumáticas las excitaciones externas que poseen una fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo. Un trauma externo, por ejemplo accidentes de diferentes tipos, que puedan implicar muertes, puede provocar una enorme perturbación en la economía energética del organismo, activándose mecanismos de defensa. Se intenta dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulos que ingresaron violentamente, para intentar tramitarlos.

3. Abuso sexual infantil como trauma psíquico. Sus posibilidades de tramitación

El trauma, ya desde 1893, es entendido como trauma psíquico y se piensa que éste puede ser resuelto por medio de la palabra, de la asociación, de ligar, de conectar.

En lo referido a lo traumático, teniendo en cuenta lo que implica el principio de constancia, se entiende como un exceso no adaptativo. En *Neuropsicosis de defensa*, Freud (2002 [1894]) manifiesta que lo traumático se relaciona a una representación inconciliable, y que el yo no puede conciliar con el resto del aparato psíquico. Es un tipo de representación sexual, de la que el sujeto debe defenderse, porque produce desprendimiento de displacer en el psiquismo. Para explicar este exceso utiliza la hipótesis auxiliar. En palabras de Freud (2002 [1894]):

“En las funciones psíquicas cabe distinguir algo (monto de afecto, suma de excitación) que tiene todas las propiedades de una cantidad (...) algo que es susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga, y se difunde por las huellas mnémicas de las representaciones”.

Entonces, la representación inconciliable será debilitada, se le quita el afecto. Es esto lo que sucede en las neuropsicosis de defensa, lo que se diferencia es el destino de ese afecto, en cada una de las neurosis. En las *histerias* se presenta la conversión, es decir, la suma de excitación se traspone a lo corporal, formándose un síntoma a nivel de lo somático. No obstante en las representaciones obsesivas, el afecto de esa representación quedará en lo psíquico y va a trasladarse a otra representación que tendrá relación con la anterior, con una diferencia, que será más tolerable. Esta nueva representación se volverá obsesiva. En la neurosis fóbica, se trasladará hacia el objeto fóbigeno.

Para sintetizar este primer momento de la obra de Freud, lo traumático, se define desde el punto de vista económico como un aumento de excitación en el aparato psíquico. Luego, en el año 1894, se define como se mencionó anteriormente, como representaciones inconciliables. Posteriormente, aparecen los dos tiempos del trauma por lo que lo traumático viene a ser el recuerdo del trauma. Éste queda definido como una escena sexual infantil, ese resto inconciliable que escapa al trabajo de asociación.

A partir de esta conceptualización, Freud en *Estudios sobre la histeria* (2002 [1893-95]), considera dos tiempos del trauma. El primero tiene que ver con vivencias sexuales de la infancia que cobran cualidad traumática al ser reactivada por una vivencia posterior, perteneciente a la pubertad. En esta situación, en la que una escena despliega con posterioridad un displacer mayor que a su turno, la vivencia correspondiente es denominada por Freud como “Nachträglich”: efecto retardado, posterior. Cuando la escena traumática es reactivada sólo deviene su recuerdo, no la escena en sí. Es decir, aparece un monto de angustia, sin representación, que buscará ligarse con aquellas representaciones penosas que el sujeto tenga a mano. Debido a ello, el verdadero sentido de los síntomas permanece desconocido para el sujeto. Éste siente como si ese afecto liberado correspondiera a la escena reciente. De este modo, Freud plantea que en el psiquismo existe una “«compulsión a asociar», un enlace con un complejo de representaciones presentes en la conciencia”. (Freud, (2002 [1893-1895], 89).

Freud en *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preli-*

minar expone que la neurosis traumática se relaciona con los sucesos de la infancia que han provocado un fenómeno patológico, y variará en diferentes grados de gravedad.

Hay que tener en cuenta la *reacción*, es decir, si cuando ocurrió tal experiencia el sujeto reaccionó, respondió enérgicamente o no. La reacción serían los reflejos voluntarios e involuntarios por medio de los que se descargan los afectos: venganza o llanto. Si la reacción fue suficiente, desaparecerá la mayor parte del afecto. En cambio si no lo fue, el afecto permanecerá ligado al recuerdo.

La causa de la neurosis traumática no es en sí la lesión corporal, sino el afecto de horror, es decir, el trauma psíquico. Este último es definido como cualquier vivencia que *reproduzca* los afectos penosos de la angustia, la vergüenza, el horror o el dolor psíquico, y de cuál sea la sensibilidad del sujeto que lo experimentó va a depender que esa vivencia se transforme en trauma.

En el año 1915 Freud escribe una serie de textos metapsicológicos como *La represión*, *Lo inconsciente*; y *Pulsiones y destino de pulsión*. Estos aportarán una nueva visión del trauma. En *Lo inconsciente*, (2002 [1915b]) menciona brevemente que hay casos en donde la excitación pulsional irrumpe directamente sin representaciones intermedias. En esos casos se genera un estado de angustia que viene a mostrar aquello que no pudo ser representado, lo traumático. Freud aquí se anticipa lo que posteriormente trabajará en *Más allá del principio de placer* 1920, como lo pulsional no ligado.

El trauma (Freud (2002 [1920])) queda definido como lo inasimilable en la estructura psíquica. Aquello que queda por fuera de toda posibilidad de representación. Se corresponde con aquella parte de la pulsión que no pudo ser ligada. Freud la denomina pulsión de muerte y su única meta es cancelar la estimulación, es decir, retornar a un estado anterior, inorgánico, mediante el camino más fácil y directo. Pero, la pulsión no permanece en estado puro sino que se encuentra mezclada en proporciones variables con la pulsión de vida. Esta última hace que la primera dé ciertos rodeos para alcanzar su meta.

Freud explica que la tarea que le compete a los sistemas superiores del psiquismo consiste en ir ligando dicha energía. Pero hay casos en los que fracasa esta tarea y aparece el trauma, lo no ligado, la pulsión de muerte. De este modo, lo traumático emerge cuando el sujeto ya no puede seguir ligando.

La existencia de algo inefable en el psiquismo (Cosentino, 1994) fue descrito por Freud mucho tiempo antes, mediante el Ombligo del sueño. Con él se hace explícito el límite en cuanto a la posibilidad de representación. Hay algo que queda por fuera de la cadena asociativa. Así, el trauma queda definido a partir de la pulsión de muerte como ese resto imposible de representar, de ligar, pero que constantemente pone a trabajar a la cadena asociativa.

Con *Inhibición Síntoma y Angustia*, Freud (2002 [1926-1925]) explica que lo traumático para el sujeto es su propia castración, es decir, la imposibilidad de ligarlo todo. El sujeto se encuentra con algo que no es posible.

En cuanto al concepto de pulsión, que ya había aparecido antes en otros textos,

3. Abuso sexual infantil como trauma psíquico. Sus posibilidades de tramitación

definida como esa fuente independiente de desprendimiento de *displacer*, el estímulo pulsional proviene del interior del propio sujeto y actúa como una fuerza constante. Además explica el principio de placer. La actividad del aparato psíquico está sometida a él y es regulada por las sensaciones de placer y *displacer*. Las sensaciones de *displacer* se asocian a un aumento del estímulo, de la excitación en el psiquismo. Mientras que el placer se asocia a la disminución de excitación.

En el año 1920, Freud da cuenta de la compulsión de repetición, siendo más originaria, más pulsional y más elemental se instaura más allá del principio de placer que ella destrona. Es una compulsión que se ubica fuera de los mecanismos de equilibrio, de armonía.

La compulsión de repetición fue observada en tres situaciones: en el juego de un niño, en los sueños de las neurosis traumáticas y en el fenómeno de repetición de la transferencia. En el caso de los sueños de las neurosis traumáticas, el sujeto vuelve una y otra vez a la situación de su accidente y al despertar lo hace con un nuevo terror, lo que permite pensar que hay una "fijación al momento del trauma". Existe una pulsión que emerge de la fijación traumática, tendrá relación con aquello que no puede ser ligado, que no puede ser significado por el sujeto. Esta compulsión provoca *displacer* en el yo, porque aparecen las mociones pulsionales que habían sido reprimidas. Serán vivencias del pasado que ni siquiera en ese momento pudieron provocar placer alguno.

Para finalizar, en *Inhibición, síntoma y angustia* (2002 [1926]), Freud expone que frente al trauma se presenta la angustia. Diferencia en primer término, la *angustia automática* siendo el factor determinante la situación traumática, es decir, la vivencia de desvalimiento del yo ante un aumento de excitación, que puede ser de origen interno o externo y no puede ser tramitada. En segundo término, postula la *angustia señal* que es "la respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, amenaza que constituye una situación de peligro". Freud (2002 [1926], 77). La situación traumática tiene que ver con un estado de tensión acumulada que no ha sido descargada. Este incremento de estímulo tiene carácter *displacentero* e intentará la descarga. Entonces, el estado de angustia "es la reproducción de una vivencia que reunió las condiciones para un incremento del estímulo como el señalado y para la descarga por determinadas vías, a raíz de lo cual, también, el *displacer* de angustia recibió su carácter específico". Freud (2002 [1926], 126).

La situación de peligro es aquella que contiene la condición de esa expectativa, en ella se da la señal de angustia. El sujeto tiene la expectativa de que se va a producir una situación de desvalimiento, o que la situación presente haga recordar una de las vivencias traumáticas que él experimentó con anterioridad. De esta forma, la angustia se transforma como expectativa del trauma y a la vez una repetición amenguada de él.

Si volvemos al trauma vemos que mantiene, a lo largo de la obra de Freud, una característica particular y es que tendrá relación con que el psiquismo experimentará un incremento de estímulo, que el sujeto sentirá como *displacentero* e intentará la descarga. Habrá una especie de fijación a la situación traumática. El trauma guardará relación con aquello que no puede ser ligado.

Freud define como traumáticas aquellas situaciones en que fracasa la tarea de ligar, quedando el psiquismo inundado por esta energía que no puede ser tramitada. “Solo la magnitud de la suma de excitación, situación de peligro”. Freud (2002[1932-1936b], 87).

Si tomamos la teoría del trauma desde Lacan, vemos que éste propone que la terapia debe asentarse sobre el “hueso de lo real”. (Lacan, (2000 [1964], 61). Para entender este concepto de real, es importante comprender lo que Lacan denominó Das Ding. Das Ding, remite a un encuentro con lo real. Es decir, con aquello que se ubica más allá, por fuera del principio de placer. Es aquello que carece de representación, esta más allá de la identidad perceptiva. De este modo, Lacan plantea una aclaración en cuanto a la repetición. Explica que ella no debe confundirse con el retorno o el regreso a esos primeros signos, que se corresponde con el automaton. Sino que aquí, de lo que se trata, es de aquellas repeticiones que aparecen bajo la apariencia del azar. Afirma que no se debe caer en este engaño, ya que el sujeto repite en función de la tyche, del encuentro fallido, que constituye el fundamento de aquello que aparece como azaroso. Este concepto de la tyche, es lo que Freud designó como trauma. Lo inasimilable a la estructura psíquica, que a su vez determina el desarrollo posterior de cada sujeto. Este lugar inefable en el psiquismo tiende a ser regulado por el principio de placer, pero hay veces en que logra hacerse presente de manera directa, como por ejemplo en las neurosis traumáticas.

En este contexto, no importa tanto el hecho azaroso, fortuito que ocurra. Hay algo que irrumpe y el sujeto queda borrado ante eso que lo desborda y resulta atrapado. Como afirma Lacan, “no hay que caer en la trampa cuando el sujeto nos dice que ese día sucedió algo que le impidió realizar su voluntad [...]” (Lacan (2000[1964-69], 62-63).

Sufrimiento silencioso. Ojos que no ven

Cuando nos disponemos a abordar la problemática del abuso sexual contra un niño, tenemos por un lado que constituye un hecho aberrante que lamentablemente va en aumento. Por otro lado, un seguro efecto traumático sobre el psiquismo del niño afectado, pero al mismo tiempo, y en otro registro, un delito.

El niño o niña abusado vivencia situaciones que son destituyentes de su subjetividad, ya que no son elegidas, en un principio le son impuestas, se lo coloca en un lugar de objeto, cayendo en una trampa en la que le será difícil discernir, juzgar, determinar si es bueno o malo, y por lo tanto comunicarlo y poder protegerse.

Si el abuso sexual sucede en el seno de la familia, el daño que se produce es mudo y sordo, ya que faltan las palabras y en cambio sobran los actos invasores hacia el hijo como sujeto diferente. Hijo que es usado como extensión del universo parental sin la posibilidad de otorgarle un lugar diferencial como sujeto y como niño.

De acuerdo con lo expuesto, es posible referenciar un caso abordado desde el consultorio que da cuenta de las sensaciones experimentadas por la persona en relación a la figura materna y paterna.

Una mujer de 28 años consulta porque está preocupada por sus hijos “Tengo una obsesión por mis hijas, no quiero que nadie las toque, les pregunto todo el día si el pa-

3. Abuso sexual infantil como trauma psíquico. Sus posibilidades de tramitación

dre las toca, me levanto en la noche detrás de él para ver qué hace". Luego relata que ha pasado por varios abusos en su niñez hasta los 14 años. Estos fueron por parte de su abuelo, luego su padre y por último su hermano. El que se constituye como verdaderamente traumático es el de su padre. Relata que una noche va a la cama de su madre y la saluda, luego se dirige a su papá y éste le da un beso en la boca. Dice: "Me quedé helada, me dio temor, me desconcertó, me pregunté ¿se habrá confundido? Fue aterrador". "Yo era muy cariñosa, me sentaba en la falda de él, me tocó los pechos, después la chocha. Mi papá me trataba en lo más alto, quería hacer de comer conmigo, salir conmigo. Siempre fui estudiosa, aplicada, me hizo a la forma de él, él era exigente, todo bien hecho en su trabajo". "Me penetraba, pero lo hacía cuando yo menstruaba, me decía que si tenía muchas veces relaciones no me iba a crecer vello". Mi papá me hacía daño pero me protegía, me cuidaba. Era mi amigo y mi enemigo. Yo lo dije y no lo vi más a mi papá: perdí el amigo. Mi mamá sólo me escuchaba. Después me dijo que le arruiné la vida. No importaba lo que yo había pasado. Yo le dije: me hubiera hecho prostituta y por lo menos sacaba plata".

Respecto de lo manifestado por la paciente, se puede observar que semejante suceso traumático equivale a la muerte de la infancia, y en su lugar se instala una erotización que conlleva sentimientos de odio, culpa y ambigüedad.

El Otro privilegiado: madre-padre, da cuenta de la identidad y de la estructura psíquica. En este sentido, funcionan como sostenes y garantes del mundo psíquico del niño. La madre, ejerciendo su función de amparar, proteger, contener. El padre, impartiendo un orden, legislando y estableciendo lo que está permitido y lo que está prohibido. En el caso del abuso sexual infantil esta relación está pervertida.

Nos encontraríamos frente a un incesto consumado, que da cuenta de otro mecanismo psíquico, correspondiente a un funcionamiento perturbado; que presenta un doble mensaje que implica, por un lado una verdad que se oculta para el mundo exterior y por otro, se presentan actos prohibidos llevados a cabo según leyes perversas propias de ese grupo familiar.

La madre otorga significaciones de lo placentero, de lo prohibido, de las necesidades, de los deseos. La función materna en algunos de estos casos se presenta debilitada y en la mayoría está ausente. Si la función materna se instala en el psiquismo infantil en tanto Otro primordial con toda su omnipotencia, es a la espera de la función paterna para la intervención de corte. Pero si ese beneficioso aporte no llega, se duplicará la omnipotencia y el hijo quedará a la deriva, sin la posibilidad una estructuración subjetiva adaptada.

Según Agosta (2008) "Si el vínculo con la madre determina la relación que el niño podrá establecer con el mundo, si es la madre la que le muestra al hijo el mundo ¿qué clase de relación podrá establecer este niño con semejante modelo destructivo?".

El abuso sexual infantil supera al maltrato físico ya que se trata de una violencia mayor, con otra envergadura y el daño ocasionado es múltiple: se extiende desde la confusión de roles a la indiferenciación de lugares, al aislamiento como tendencia, al abandono parental, a la culpa como sentimiento preponderante y a la agresión

relacional. La familia se transforma en un espacio confusional ya que se produce un pasaje del ámbito de cuidado y protección a otro de abandono y desamparo, cobrando relevancia la dificultad de distinguir entre el psiquismo parental y el propio. En esta situación se instalan fenómenos como el secreto, la amenaza, la promesa, el intercambio y el consecuente pacto.

El secreto da lugar a la inscripción de dos acontecimientos: aquel que se muestra y otro que se oculta. También se crea un pacto entre ambas partes. La confusión del niño o niña aumenta en tanto recibe afecto y atención a cambio de su silencio con respecto a la situación abusiva. La amenaza por parte del adulto abusador también produce una intensa disrupción psíquica. Si el niño habla, a él o a alguien de su familia le pasará algo grave. Frente a esta realidad, es necesario un orden que oficie de corte a la relación perversa instalada.

En algunos casos donde la ley, que debería ser encarnada por el padre, no interviene, en el sentido de ordenar y de discriminar qué es correcto y qué no lo es. En contraposición, si algún miembro de la familia, con características protectoras toma conocimiento de la situación, es muy probable que se proceda a la denuncia. En otros casos, se calla, se hace como que no se ve y se termina siendo cómplice encubierto del abusador.

Cuando se realiza la denuncia, ésta trae aparejada muchas complicaciones ya que en el niño/a aparecen sensaciones de desintegración, culpa, vergüenza y miedo. Y a nivel familiar se producen desencuentros, traiciones, engaños, quiebre de lazos e impotencia.

La denuncia también conllevaría un valor simbólico; posibilita alguna defensa de la propia subjetividad y la necesidad de descarga de esa tensión, que no se puede tramitar, funcionaría como un llamado al orden inoperante en la estructura familiar.

El momento de la intervención de la ley jurídica vendría en reemplazo de las funciones fallidas, supuestamente para el bien del niño, ya que muchas veces esta ley también falla, se lo expone al niño a reiteradas evaluaciones y el castigo al abusador no llega. Inclusive los profesionales que lo acompañan en el proceso, cuando son citados por el Juzgado a declarar tienen la sensación de ser colocados en el lugar de aliados al niño, como cómplices de una supuesta fantasía erótica insensata. ¿Qué sucede con el psiquismo de niño que logra revelar la situación de abuso? Aparecen dos tendencias contrarias que se imponen con la misma intensidad: la primera se asocia a la pulsión de vida y tiene que ver con la búsqueda de salida de ese sometimiento. La segunda es una tendencia al borramiento subjetivo, en el sentido de destruir esas huellas de muerte que se manifiestan, por ejemplo, en conductas autoagresivas.

Otra posibilidad que acontece cuando el niño da a conocer su verdad es el descreimiento por parte de los adultos significativos. En algunos casos decide retractarse, a fin de preservar la integridad de la familia que con la revelación sería seriamente dañada.

Es diversa y abundante la sintomatología que presentan los niños o niñas abusados. La falta de confianza en sí mismo, la inseguridad y la consecuente baja autoestima son características comunes en los pacientes abusados. Tienen su origen en esa desmentida que se efectuó sobre la historia misma, afectando profundamente su capacidad

de percepción y la confianza en el testimonio de sus propios sentidos. El niño o niña siente que eso que aconteció verdaderamente no ocurrió y además fue por su culpa.

Así aparece el hecho traumático asociado al silencio y a la incomprensión de parte de los otros adultos significativos. La renegación del hecho por parte de aquellos que hubiesen podido hacer algo al respecto es parte fundamental en la acción traumática del mismo. Es vivido como un doble daño, con consecuencias nefastas para su aparato psíquico. Este descreimiento contribuye a que se intensifiquen los sentimientos de indefensión del niño/a. Esta impugnación de su verdad concluye con la introyección por parte del niño de la culpa ajena, lo que transforma al hecho en un acto punible y quien merece ser castigado es quien lo padece.

La identificación con el agresor será también el precario recurso del que se vale el psiquismo traumatizado para poder conservar a un altísimo costo, un poco de subjetividad.

Cuando un niño no puede contar con su entorno para protegerlo y su capacidad lúdica se ve seriamente dañada por la invasión de lo real del trauma, el adulto que de ahí emerge, permanece prisionero de la escena. Aquello de lo que no fue posible hablar constituye una herida abierta en lo simbólico, que tendrá oportunidades de sellarse en la medida que lo pueda ligar a través de la palabra.

Tal vez para algunos, el análisis sea una oportunidad de poder tramitar el odio retenido en el cuerpo y en la mente, una verdadera ocasión para lograr poner un freno a la violencia introyectada y de cancelar por fin esa desmentida inhibidora y paralizante.

Respecto de la intervención profesional

Uno de los requisitos para que esto se pueda producir en un análisis es que se cree una situación de confianza mutua ya que transferencialmente lo que se juega al comienzo es una gran desconfianza, una actitud de suspicacia encubierta hacia la persona del analista. El sujeto ya fue traicionado en la confianza y en algunos casos por una persona significativa ¿Por qué debería confiar en el analista si es una persona que recién conoce y no le ofrece ninguna garantía de lealtad?

En relación con el trabajo del psicólogo, en estos casos, se plantea también una situación paradójica similar a la que se observa en el niño. Por un lado, la necesidad de realizar una intervención específica, adecuada y rápida en función de proteger a ese niño y detener el abuso. Y por otro, la limitación de la acción adecuada ya que, la mayoría de las veces, la confusión y el miedo invaden al niño y a la familia.

Además es necesario cuidar de que no se transforme en revictimización; porque para los niños resulta tortuoso hablar del abuso y los padres generalmente recurren a la desmentida; tampoco, como se menciona anteriormente, se cuenta en muchos casos con un adulto confiable para resguardar al niño.

La labor terapéutica al comienzo está al servicio de la contención, de establecer un vínculo confiable entre el niño o niña y el profesional, de aliviar el miedo y la culpa, de esclarecer confusiones; y de armar alguna relación posible con el padre denunciante, en favor del cuidado del niño. La mayor dificultad y desafío es ayudar a tramitar el con-

flicto emocional en su complejidad. La función del analista puede, desde lo simbólico, intervenir en lo real y transformar el sufrimiento del niño, esto es posible introduciéndolo en la búsqueda de nuevas inscripciones.

Según Agosta (2008), “este tipo de terapia toma características muy especiales ya que podría decirse que uno va al encuentro del trauma. Se trata de develar, de no caer en la negación o en la evitación de aquello que remite a lo traumático”. Lo que se le propone al paciente es acompañarlo en este doloroso transitar del trauma a través de su palabra y de la escucha y puntuación profesional.

Según refiere Cesio (2007):

“Quedará para un tiempo a posteriori, el abordaje de esta vivencia deshumanizante en función de la gravedad de lo ocurrido y así poder analizar qué efectos tuvo sobre esa estructura psíquica la función parental fallida: como transcurrió el proceso identificatorio con un padre abusador, cuáles fueron las consecuencias de haber pertenecido a un contexto familiar abandonico, el reconocimiento de los impulsos autoagresivos y en base a ello acceder a la posibilidad de re significación”.

Cuando las personas que padecieron situaciones de abuso sexual infantil acceden en la adultez a una ayuda psicoanalítica, es posible que el propio dispositivo del tratamiento pueda causar la reproducción de los aspectos dañinos que constituyeron la situación traumática vivida en la infancia, por lo que el analista deberá propiciar que la repetición transferencial de lo traumático pueda dar lugar a una verdadera transformación subjetiva y no a una nueva reproducción de lo mismo.

Es necesario recordar que en el análisis no se trata solamente de interpretar lo inconsciente. También se trata de generar las condiciones propicias para dar lugar a la palabra, acompañar al sujeto en el descubrimiento de su verdad inconsciente y por último elaborar las situaciones traumáticas precoces que acorralan al sujeto y lo hacen vivenciar una sensación de destrucción sin límites. Si en el trabajo elaborativo que se produce en el transcurso del análisis ocurre lo mencionado anteriormente, se presenta un proceso similar al trabajo de duelo, donde al final del mismo, el sujeto dispone de libido suficiente para catectizar nuevos objetos.

Durante el tiempo que el análisis va transcurriendo, se puede ir aflojando el abanico defensivo alrededor del yo escindido por lo traumático, recién entonces se accede al odio, a la rabia y a la enorme angustia de la que se viene protegiendo el sujeto a lo largo de su vida. En este contexto se produce por primera vez el despertar de algo que había quedado sepultado: la posibilidad de manifestar ante otro el rechazo, la repulsión y el odio retenido. A medida que el análisis avanza, va cediendo la identificación con el agresor, disminuye la culpa y surge simultáneamente en el sujeto un gran monto de angustia y en algunas ocasiones, sensaciones corporales que se ponen de manifiesto en el transcurso de las sesiones. De a poco se va accediendo al momento anterior a la construcción post-traumática, donde las sensaciones de desolación y desamparo vuelven al primer plano. Esta funciona como una condición dolorosa pero necesaria para poder salir del sometimiento pasivo que está implícito en el abuso sexual.

Bleger (1987) decía que la intervención psicológica se sintetiza en tres atributos:

3. Abuso sexual infantil como trauma psíquico. Sus posibilidades de tramitación

arte, ciencia y paciencia. En el psicoanálisis se trata de ejercitar el arte de poder dar lo que ya es del otro, de hacer lugar a la palabra sin imponer la propia y así facilitar al sujeto encontrarse con su verdad.

Cuando se pretende trabajar con el dispositivo analítico se tiene un campo bien específico al que se debe atender: el delimitado por el cruce del habla, pulsión y cuerpo en la multiplicidad de sus encuentros, así sean estos síntomas inhibiciones, afectos o ideas obsesivas como en el caso descripto en este capítulo.

Con el objetivo de lograr la manifestación en el discurso de la paciente mencionada, se la acompañó en ese regreso al pasado que implica enfrentarse al trauma, con intervenciones que la invitan a hacerse preguntas, como por ejemplo: cómo se sintió ella en ese momento, porqué cree que sucedía, qué cree que podría haber hecho ella. También se intentó que pudiera conectar ese pasado doloroso con su situación actual, por ejemplo se trabajó acerca de qué le diría ahora a sus padres, por qué protege a sus hijos obsesivamente, qué pretende demostrar con ese cuidado exagerado, si cree que ese temor se podría trasladar a sus hijos dañándolos seriamente.

Para concluir se propone que la función del analista, en los casos de abuso sexual infantil, es permitir la tramitación del trauma psíquico a través del despliegue de la palabra, descifrar, ordenar o clarificar según sea la singularidad de cada caso y de nuestra particularidad como profesionales.

Bibliografía

- Bauab, A. (2012) *Los tiempos del duelo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Bleger, J. (1987) *Temas de psicología: entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cao Cané M. (Comp) (2007) *Abusos, excesos, violencias y maltratos contra niños*. Buenos Aires: Fundación San Javier.
- Cesio, S. (2002-2008) *El trauma y su elaboración*. Buenos Aires
- Colombo, R., Agosta, C. y Barilari, M. (2008). *Abuso y maltrato infantil. Tratamiento psicológico*. Buenos Aires: Cauquén.
- Cosentino, J. C. (1994). *Construcción de los Conceptos Freudianos*. Buenos Aires: Manantial.
- Freud, S. (2002). *Obras Completas*. Bs As: Amorrortu Editores.
- y Breuer, J. (1893). *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar*. Tomo II. Bs As: Amorrortu Editores.
- (1893-95). *Estudios sobre la histeria*. Tomo II. Bs As: Amorrortu Editores.
- (1894). *Neuropsicosis de defensa*. Tomo III. Bs As: Amorrortu Editores.
- (1915 b). *Lo inconciente*. Tomo XIV. Bs As: Amorrortu Editores.
- (1915 c). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Tomo XIV. Bs As: Amorrortu Editores.
- (1920). *Más allá del principio de placer*. Tomo XVIII. Bs As: Amorrortu Editores.
- (1926 [1925]). *Inhibición, síntoma y angustia*. Tomo XX. Bs As: Amorrortu Editores.
- (1932-36 b). *32ª Conferencia: Angustia y vida pulsional*. Tomo XXIII Bs As: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. El Seminario, Libro 11. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (2007) *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Puchol Esparza, D. (2001) *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. DSM IV* Barcelona: Masson.

4.

Algunas características y perspectivas de abordaje de las crisis en madres de niños víctimas de abuso sexual

Jimena Inés Villalón

Abstract

El presente artículo pretende reflexionar, a partir de una revisión bibliográfica exploratoria, sobre las particularidades y el abordaje posible de la crisis que se produce en las madres cuyos hijos han sido víctimas de abuso sexual. Para esto se tomará como marco teórico principal, los aportes de la psicoterapia psicoanalítica focalizada, cuyo mayor exponente es el Dr. Héctor Fiorini. Asimismo, se trabajarán otros autores que se consideren pertinentes a la temática. Suele considerarse crisis a aquellos sucesos que exceden la posibilidad de ser elaborados, o bien que suponen un gran esfuerzo por parte del sujeto para superarlos. En ella, ciertos eventos, en conjunto con la vivencia concomitante, superan la capacidad del individuo para hacerles frente, y su posibilidad de asimilación y elaboración, lo cual redundará en dificultades – de mayor o menor gravedad- en el reestablecimiento de la organización psíquica perdida. En los casos de madres de niños que han sido víctimas de abuso sexual, se plantean reacciones de diversa complejidad, por lo que se hace indispensable poder pensar formas de abordaje e intervención posibles. Es por esto que se describirán ciertos aspectos de la conceptualización de la crisis y se tomarán algunas líneas para su abordaje en el apoyo y acompañamiento de las madres que han tenido que atravesarla.

Introducción

En el campo del estudio del maltrato infantil, y particularmente del abuso sexual infantil, mucho se ha escrito. Sin embargo todo nuevo aporte suma una mirada quizá novedosa a esta problemática. En el presente artículo, se tomarán como foco los abusos sexuales cometidos intrafamiliarmente por personas allegadas al niño y a su madre, como eventos disruptivos generadores de crisis, haciendo hincapié en la perspectiva de las madres de estos niños.

Para esto se tomarán como marco teórico principal, los aportes de la psicoterapia psicoanalítica focalizada, cuyo mayor exponente es el Dr. Héctor Fiorini. Asimismo, se trabajarán otros autores que se consideren pertinentes a la temática, en una revisión bibliográfica exploratoria.

Se pretende reflexionar sobre las vicisitudes que atraviesan las madres de niños víctimas de abuso, particularmente desde sus vivencias afectivas y posibilidades de elaboración de la disrupción que estos eventos generan.

El espectro de reacciones con las que es posible encontrarse es muy diverso, y va desde la negación hasta la profunda angustia y el horror ante lo inasimilable. De estas po-

4. Algunas características y perspectivas de abordaje de las crisis en madres de niños víctimas de abuso sexual

sibles recepciones del develamiento del hecho de abuso dependerán en gran medida las posibilidades de las madres para implementar estrategias que, por un lado, promuevan la elaboración psíquica del hecho, y por el otro, movilicen medidas para proteger al niño/a.

Estas últimas medidas tienen que ver con la activación de mecanismos institucionales, tanto de la esfera judicial como del ámbito de la salud, pero también implican un acompañamiento y contención de estos niños en el arduo camino de asimilación y alivio de su dolor psíquico. Es la función de estas figuras cuidadoras poder dar un marco de sostén y afecto que ayude a sobrellevar experiencias tan aberrantes como las del abuso sexual.

En este contexto, puede entenderse la importancia del acompañamiento y fortalecimiento que necesitan estas madres, en quienes se desencadena lo que se verá más adelante como *crisis*.

En investigaciones actuales, la noción de crisis ha tomado suma importancia, tanto en su conceptualización, como en sus formas posibles de abordaje. Suele considerarse crisis a aquellos sucesos que exceden la posibilidad de ser elaborados o bien que suponen un gran esfuerzo por parte del sujeto para superarlos.

Frente a ella, se hace indispensable poder pensar nuevas formas de intervención para casos como estos, en los que ciertos eventos, en conjunto con la vivencia concomitante, superan la capacidad del individuo para hacerles frente, y su posibilidad de asimilación y elaboración, lo cual redundará en dificultades – de mayor o menor gravedad- en el reestablecimiento de la organización psíquica perdida.

Desarrollo

De acuerdo a Carol-Ann Hooper (1994: 269), las madres de niños víctimas de abuso sexual “se enfrentan con pérdidas para sí mismas, sus hijos y los demás, con confusiones, conflictos y amenazas, tanto dentro de la familia como fuera de ella, y con decisiones que tienen implicancias a lo largo de toda su vida.”

La misma autora plantea que el rol de estas madres tiene que ver con proteger o intentar proteger a los niños frente a las personas que han perpetrado el abuso y que muchas veces son parte de la familia nuclear o extensa. Asimismo, son quienes se encargan de mediar entre las necesidades e intereses de los involucrados, incluidas ellas mismas, y entre la familia y las redes sociales e institucionales.

Así, frente al develamiento de un abuso sexual, las madres se ven enfrentadas a diversos procesos que involucran desde la consulta y pedido de ayuda, hasta la investigación y evaluación de la situación por parte de distintos organismos. A esto se suma, de manera insoslayable, que el apoyo de las madres es un factor altamente significativo en la recuperación de los niños.

En este orden de cosas, en diversos estudios citados por la mencionada autora, se evidencia que la experiencia de abuso sexual de los hijos tiene calidad de trauma para sus madres, siendo las respuestas al mismo asociadas a un proceso de duelo. Por esto, puede pensarse que las madres atraviesan una experiencia de victimización secundaria, entendida ésta como el proceso que gira en torno a una relación en curso

con la persona primariamente victimizada, en este caso, el niño o niña.

Este proceso tiene características devastadoras en relación a diversas variables (Hooper, 1994). En primer lugar, se trata de pérdidas muy extensas, sobre todo si se tienen en cuenta los casos en los que el abusador es la pareja. En segundo lugar, pueden pensarse las implicancias de la vivencia de destrucción de las relaciones familiares como altamente amenazadora. En tercer lugar, surge a partir del rol social asignado generalmente a las madres, la idea de que las mismas deberían ser capaces de impedir cualquier daño producido a sus hijos, por lo que usualmente se las culpabiliza. Y en cuarto lugar, se suma la expectativa sobre estas madres en cuanto a capacidad de cuidado y contención del niño como víctima primaria, posterior al descubrimiento del hecho, asumiendo que éstas cuentan con los recursos para esta difícil tarea.

Frente a estas pérdidas y exigencias, a partir de las cuales se abre un proceso de duelo, Hooper menciona que éste puede enfrentarse con diversos grados de salud. Define asimismo como duelo patológico, la “fijación” a una combinación de estados emocionales que incluyen la negación, la ira, la culpa y la depresión. Estas manifestaciones emocionales pueden en principio dificultar el abordaje, pero su permanencia en el tiempo no es común a todas las madres que se encuentran ante esta situación.

Lo que puede pensarse como factor común en estos casos, es el desencadenamiento de una crisis, considerada tanto desde lo intrapersonal como desde lo interpersonal y social. Se hace indispensable, entonces, poder pensar acerca de una conceptualización de la crisis.

Conceptualización y puntualizaciones respecto de la crisis

Héctor Fiorini y otros (1992: 1) refiere que, para poder abordar el concepto de crisis, se hace necesario tener en cuenta la definición de trauma, entendido éste como “efecto de un acontecimiento que se caracteriza por ser intenso y superar las posibilidades del sujeto para elaborar una respuesta adecuada” Es decir, que como consecuencia del acontecimiento, al sujeto no le son suficientes sus recursos internos para hacerle frente a la situación, lo cual se sostiene en el tiempo más allá de lo que el sujeto puede tolerar.

La etimología de la palabra Crisis, tiene que ver con varias acepciones, tales como:

- mutación en el marco de un proceso
- situación que genera duda en relación a la continuidad de determinado proceso
- situación complicada
- crítica de una situación

En líneas generales, puede verse a la crisis, por un lado como peligro, frente a la pérdida de estabilidad del yo; pero también como oportunidad del surgimiento de algo nuevo, una nueva organización como respuesta a la crisis, un descubrimiento de reservas. (Fiorini, 1999)

De acuerdo con este autor, la etimología de la palabra crisis proviene del griego “krinein” que significa decisión. El autor plantea que la decisión a tomar durante una crisis es, en su forma más profunda, entre tolerar el cambio y la concomitante pérdida, o bien, no tolerarlo y rechazarlo. (Fiorini, 1999) En este sentido, como se mencionó anteriormente, se vislumbran

4. Algunas características y perspectivas de abordaje de las crisis en madres de niños víctimas de abuso sexual

formas más sanas o más patológicas de enfrentarse con eventos que resultan traumáticos.

Carmen Lent (1973) refiere que en general el término crisis suele utilizarse de dos maneras: en primer lugar, para designar urgencia psiquiátrica, es decir, la enfermedad mental en estado agudo. En segundo lugar se la utiliza para referirse a una perturbación aguda y prolongada, resultado de una situación incierta emocionalmente.

Sin embargo, para esta autora, la crisis es una paralización frente a la necesidad de resolución de un problema, que tiene que ver con la interacción entre el sujeto y un estímulo, ya que no se puede volver a una organización anterior y una organización nueva en principio no parece posible.

Esta definición resulta particularmente esclarecedora en los casos de abuso sexual infantil, cuyas difíciles consecuencias requieren de un reordenamiento muy distinto al funcionamiento preexistente.

Asimismo, el término también se relaciona con la pérdida irreversible de un estado de equilibrio, con la consecuente desorganización psíquica, que se presenta como actividad de descarga (excitación psicomotriz), o como desinvertidura (parálisis). (Gioia, García, Rodríguez, 2003)

Esto lleva a la búsqueda de un nuevo equilibrio, de la que pueden surgir variadas resoluciones posibles, a saber: desorganización psíquica, sobreadaptación o transformación.

Por esto, puede decirse que la noción de crisis abarca tanto el impacto de la situación traumática, como el trabajo del yo para encontrar la salida. El yo, aun estando desbordado, debe instrumentar mecanismos de defensa para reorganizarse y elaborar la situación.

Por lo general, frente a una situación traumática se instrumentan mecanismos de defensa más arcaicos y primitivos, a diferencia de las situaciones penosas, en las que suelen utilizar mecanismos más evolucionados, como la represión. Cabe destacar que los mecanismos arcaicos pueden ser utilizados por psiquismos más evolucionados de manera momentánea para poder hacer frente a los primeros momentos de la crisis. La función de estos mecanismos tiene que ver, no sólo con la reorganización psíquica, sino con la preservación del sentimiento de identidad, lo cual se dificulta en el caso de los psiquismos más frágiles.

Respecto de esto, Hooper (1994) hace hincapié en la necesidad de restablecer la continuidad del yo, a partir de la reelaboración de la propia historia en el caso de estas madres, en las que se pone en juego su noción previa de su desempeño como madre.

No todos los sujetos hacen una crisis frente al mismo evento, sino que esto depende del estado en que se encontraba el psiquismo previo a la crisis, y la forma en que haya podido elaborar crisis y pérdidas anteriores.

Debido a que se trata de una pérdida, la crisis remite a una situación de duelo que puede tener que ver con sintomatología depresiva y la presencia de angustia. La aflicción que provoca la pérdida es un proceso que debe ser elaborado, pasando del shock, a través de una angustia aguda, a la reintegración. (Hooper, 1994)

Lent (1973) sostiene que se deben tener en cuenta tanto las características del sujeto (mundo interno), como del estímulo o acontecimiento (mundo externo), ya que ambos configuran la especificidad de la situación de crisis.

En relación con el *sujeto*, refiere que deben considerarse:

- a) la fase del desarrollo en que se encuentra
- b) su salud física y mental
- c) la relación socioeconómica con su entorno
- d) su historia
- e) la planificación en relación con su futuro

De la misma manera, tiene en cuenta las siguientes características del estímulo:

- a) la intensidad del acontecimiento
- b) su duración temporal
- c) su particular significado (en relación con necesidades vitales)
- d) su previsibilidad o imprevisibilidad

De la configuración específica del sujeto y del estímulo dependerá el desencadenamiento de la crisis. Sin embargo, la autora plantea que es importante tener en cuenta que en todas las crisis, de manera universal el estímulo tiene “la capacidad de poner en riesgo la satisfacción de una necesidad vital del individuo” (Lent, 1973: 100)

De esta forma, propone diagnosticar la situación de crisis con base en dos tipos de criterio:

- a) criterio externo (del estímulo): se trata de delimitar un hecho previamente inexistente, externo, concreto, actual y próximo, irreversible y que fuerza un cambio dentro de circunstancias que impiden el abandono de la situación.
- b) Criterio interno (del sujeto). Comprende la vivencia confusional frente a la nueva situación en conjunto con la conclusión de que fracasó en su resolución.

Como síntesis de lo que se mencionó más arriba, esta autora propone que se pueden delimitar tres leyes en relación con el campo de un individuo en crisis:

1. Necesidad irreversible de efectuar un cambio: tiene que ver con la ruptura de una situación vieja y conocida, sin que el presente ni el futuro aparezcan bien delineados;
2. Imposibilidad de efectuar ese cambio: esto impone el fracaso y genera vivencias de ambigüedad que aumentan la tensión y las conductas de ensayo y error sin resultados positivos.
3. Imposibilidad de abandonar el campo: se genera una vivencia de encierro o de “callejón sin salida”

En el caso de las madres que motivan este trabajo, se cumplen por lo general estas condiciones, ya que a partir del develamiento de una situación de abuso sexual infantil, se produce una ruptura con la organización familiar y social en la que tanto el niño como la madre se hallan insertos, haciendo imprescindible un cambio de pos de la protección del o los niños víctimas de este abuso. En principio, esta ruptura genera ansiedades confusionales que dificultan el poder pensar alternativas, en un contexto en donde regresar a la situación previa no es posible, y en el cual el futuro aparece como incierto y angustiante.

Fiorini (1999) plantea que en situaciones de crisis, hay un impacto en las temporalidades del psiquismo, ya que estas desintegran el presente ante el cambio y la

4. Algunas características y perspectivas de abordaje de las crisis en madres de niños víctimas de abuso sexual

pérdida. Frente a esto, se evoca algo del pasado, que tiene que ver, asimismo, con pérdidas, cambios y desorganizaciones, lo cual puede llevar a fantasías de destino en las que el sujeto interpreta las pérdidas pasadas y las proyecta hacia el futuro, el cual se encuentra en suspenso y se vuelve absolutamente amenazador. Con esto, todas las temporalidades psíquicas están muy comprometidas.

Frente a este estado de cosas, la crisis tiene un doble filo, ya que puede tomar el camino de un aumento de la negatividad, o bien el camino del desafío que plantea la creación de alguna alternativa nueva.

Las crisis presentan tres factores a tener en cuenta:

1. *Factor cuantitativo*: se refiere un incremento de estímulos que no se pueden tolerar ni ligar la energía concomitante.
2. *Factor cualitativo*: tiene que ver con la intensidad de la significación del suceso traumático para el sujeto
3. *Representación de sí mismo*: está en relación con el debilitamiento del narcisismo, con lo cual se dificulta y se vuelve insostenible el trabajo de elaboración.

Por esto, se plantea que la tarea que le corresponde al yo es construir un proyecto identificador que sostenga su cohesión actual y su continuidad futura y le permita tolerar una restructuración de las circunstancias. Se trata aquí de otorgar, desde el lugar que sea posible, el poder a las madres para contener a sus hijos y reconstruir los aspectos del sí mismo, para así volver a sentir la seguridad y confianza que perdieron.

La crisis y su relación con el narcisismo

Siguiendo esta línea, algunos autores refieren (Gioia et al, 2003) citando a Hugo Bleichmar, que la crisis actual impacta en el sí mismo de diversas formas. Dicho impacto sería en:

- Las representaciones del self: son las descripciones que el sujeto tiene de su ser, incluyendo valoraciones positivas y negativas;
- Estabilidad de dichas representaciones y su relación con los objetos parentales;
- Las posesiones narcisistas del yo, como capacidad para obtener valoración de dichos objetos;
- El sistema de ideales y la instancia crítica

Dado que la maternidad implica la puesta en juego de diversos aspectos narcisísticos en las mujeres, podría pensarse que el develamiento de un abuso pone en peligro la valoración de la representación de sí mismas que las madres tienen sobre este rol y supone asimismo el cuestionamiento y la necesidad de reconstrucción del sistema de ideales que lo sostenían.

Para que el sí mismo pueda tener estabilidad, se sirve de cuatro apoyos fundamentales, que son soportes para la misma:

1. El cuerpo
2. El grupo
3. La función materna, cumplida por diversos objetos
4. El narcisismo o sí mismo y la autovaloración

En situaciones de emergencia, algunos de estos apoyos pueden desaparecer, lo cual genera distintos tipos de trastorno en relación con el quiebre o ruptura de los contratos de apoyatura. Esto quiere decir que el sujeto mantiene contratos tácitos, implícitos, con cada uno de estos apoyos, los cuales se hacen visibles cuando se pierden.

Teniendo en cuenta estos elementos, podemos decir que la entrada en la crisis tiene que ver con la pérdida de estabilidad en las *representaciones del sí mismo*, modificándose la percepción que las personas tienen de sí mismas en sus interacciones reales o fantaseadas con otros significativos, lo que puede llevarlas a no tolerar la incertidumbre debido a la angustia desorganizante. Las alteraciones de esta pérdida de estabilidad llevan a una inseguridad básica, con especial sensibilidad a los fracasos y desilusiones.

Además, puede entenderse a la crisis desde una concepción relacional, en donde el impacto no sólo es intrapsíquico. De este modo, también hay una entrada a la crisis cuando el *soporte del grupo* está perturbado. Esto es, que no sólo depende de cómo el sujeto experimenta la perturbación y el desequilibrio, sino además, de si el entorno ayuda a reequilibrar, o bien a desequilibrar aún más. Esto es así, ya que en situaciones de crisis, el sujeto acentúa su dependencia respecto de los suministros de otros.

Esto es particularmente importante en la temática trabajada, ya que la superación del abuso sexual infantil, tanto para el niño, como para su madre, depende en gran medida del estado de la red social de apoyo y contención con la que cuentan. El grupo, entonces, puede funcionar como contenedor de las angustias que se generan o bien puede contribuir a un desequilibrio aún mayor, dependiendo esto de diversos factores. Esto supone un desafío a la hora de pensar intervenciones posibles, que contribuyan a potenciar los factores protectores del entorno familiar, social e institucional más inmediato.

De la misma forma, es importante considerar también, que el estrés de la crisis también afecta al *cuerpo*, desequilibrando el sistema neurovegetativo y generando síntomas diversos. En los casos de abuso sexual, se ha investigado mucho en este sentido en relación con la sintomatología específica que presentan los niños a nivel físico como consecuencia del mismo. Cabe entonces la pregunta respecto de las repercusiones que estos eventos tienen en sus madres a nivel de la significación en sus cuerpos, lo cual merece un estudio aparte.

Algunas clasificaciones posibles en torno a las crisis

Se pueden pensar dos caminos en una crisis: el normal y el patológico.

Las *crisis normales* tienen que ver con cambios abruptos en la vida de los sujetos, que dependen en gran medida de la cultura en la que estos están insertos y tienen cierto grado de *previsibilidad*. Hay una serie de crisis que suelen darse a lo largo de la vida de las personas, que suelen denominarse crisis vitales. Este tipo de crisis obliga al sujeto a buscar respuestas para reorganizarse y por esto, son *progresivas*. Por lo general no constituyen un motivo de consulta, ya que el sujeto suele encontrar respuestas, en cierto tiempo prudencial, al cambio. Estas respuestas giran en torno, no sólo a resignificar el cambio, sino también a poder operar acciones concretas.

Las *crisis patológicas* tienen que ver con cambios bruscos en las condiciones de vida

4. Algunas características y perspectivas de abordaje de las crisis en madres de niños víctimas de abuso sexual

que desafían al psiquismo, el cual no está preparado, debido a que se trata de situaciones *imprevisibles*. Se dan cuando después de un tiempo estimativo el sujeto no logra encontrar respuestas que lo ayuden a una nueva organización frente a la situación de crisis.

Esto genera un aumento de la angustia y la depresión, las cuales pueden retroalimentarse mutuamente, dando lugar a una experiencia de impotencia psíquica creciente.

Asimismo, en este tipo de crisis, el cambio no es tolerado, lo cual lleva a sentimientos de confusión y perplejidad debajo de los cuales suele haber ansiedades psicóticas, principalmente confusionales y eventualmente persecutorias. Por todo esto, se afirma que este tipo de crisis son *regresivas*, ya que llevan al sujeto a implementar mecanismos de defensa más primitivos, tal como se mencionó anteriormente.

Las crisis patológicas son situaciones de riesgo que quien está adentro ya no percibe y por lo tanto, no puede operar, por lo que la demanda de ayuda debe ser creada.

En la misma línea, Carmen Lent (1973) señala que se puede hablar de situaciones potencialmente críticas y de crisis.

Las primeras son las *crisis vitales o evolutivas* que ya se mencionaron. Éstas son trastornos que tienen lugar en períodos transicionales de la vida, desde el nacimiento a la muerte, y tienen que ver con universales biológicos y psicosociales que se dan en diferentes culturas. Son potencialmente críticas ya que no todos los individuos hacen una crisis ante ellas, debido a que son crisis relativamente previsibles en determinadas culturas, lo que hace que los sujetos tengan más recursos para elaborarlas y superarlas.

En relación con la previsibilidad, Lent refiere que, de acuerdo con los criterios de diagnóstico ya mencionados, las crisis previsibles son teóricamente esperables, por ser universales, pautadas y parte del desarrollo de las personas. La crisis puede aparecer en estos casos en relación a que el sujeto no quiera resolver la situación de la manera prevista y esperable y sienta una amenaza a su creatividad y a la posibilidad de resolverla con mayor libertad.

Las *crisis accidentales*, por su parte, son desencadenadas por una situación traumática que genera cambios inesperados. Esto impacta directamente sobre el yo, por lo cual se puede generar desorganización psíquica, ya que el aparato psíquico se ve invadido por magnitudes de energía que el yo no puede elaborar.

Estas crisis son imprevisibles y según la autora, se caracterizan por ser particulares (en contraposición de la universalidad de las previsibles) y repentinas. Además, por lo general carecen de una manera socialmente pautada para resolverlas y por eso el sujeto presenta esta dificultad para reestructurarse.

Dichas crisis tienen que ver con situaciones de emergencia, compuestas por factores y circunstancias físicas, psíquicas, sociales y culturales, dentro de las cuales se constituye el sujeto y le da significado a sus acciones, sus emociones y su historia.

Podría pensarse entonces, que las crisis que se desencadenan a partir del develamiento de un abuso sexual infantil, son patológicas, imprevisibles y accidentales, con lo cual se vislumbra la importancia de generar un espacio de ayuda, contención y significación de las mismas, que tienda a la generación de recursos tanto intrapsíquicos como interpsíquicos para hacerles frente.

Desórdenes por disrupción

Por otra parte, hay un autor, Benyakar (2006) que considera que cuando las crisis se cronifican las mismas tienen puntos en común con lo que él llama entornos disruptivos. Aquí se le da mucha importancia al evento externo -como en el caso de las catástrofes de distinto tipo- el cual se articula con el impacto psíquico.

Entonces propone el término “disruptivo”, el cual define como “todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración” (Benyakar, 2006: 30) Este término permite diferenciar el hecho fáctico externo del hecho psíquico interno.

Para poder pensar esta concepción, el autor propone tener en cuenta tres conceptos: *evento fáctico, vivencia y experiencia*.

El *evento fáctico* tiene que ver con sucesos provenientes del mundo externo, que tienen la potencialidad de desorganizar.

El develamiento del abuso sexual por las vías que el niño haya encontrado posibles constituye el evento fáctico desencadenante de situaciones disruptivas en las madres que se abordan en el presente trabajo.

Cuando se realiza esta capacidad potencial para desorganizar, se altera el equilibrio preexistente en personas, instituciones y comunidades en donde tiene lugar, y provoca una distorsión en el modo de elaborar. Al ser un concepto relacional, esto se relativiza, ya que el potencial disruptivo de un evento se realiza o no dependiendo de sobre quién actúe. Esto quiere decir que en psiquismos o grupos con cierta preparación ante un evento disruptivo, el impacto del mismo será distinto que en aquellos en los que es totalmente inesperado.

Así, un evento se consolida como disruptivo cuando desorganiza, desestructura o provoca discontinuidad, lo cual en general depende del sujeto que lo vive.

Sin embargo, hay eventos que son disruptivos por sí mismo (por ejemplo, las guerras). En relación con esto, el autor refiere que en numerosas ocasiones se designan situaciones como traumáticas ya que desde el consenso social se prevé que pueden ser desestabilizantes por su potencia e intensidad. Entonces se le atribuye algo del orden psíquico, a un evento fáctico. Este tipo de evento tiene un elemento categorial, es decir, alguna noción previa de su significación. El tener esta noción promueve lo inmunológico social, es decir, que la sociedad tiene capacidad para prepararse ante eventos que pueden generar crisis.

En el caso del abuso sexual infantil, puede pensarse, gracias a que paulatinamente ha ido aumentando su visibilidad y toma de conciencia frente al mismo, que existe un consenso social creciente en relación con lo disruptivo que este es para el desarrollo del niño y para su entorno. Esto puede actuar como factor protector, promoviendo que las madres puedan movilizarse y contar con recursos para activar medidas de protección hacia sus hijos y de fortalecimiento para ellas mismas.

Asimismo, Benyakar (2006) señala que existen cualidades que potencian la capacidad disruptiva de un evento, a saber:

- Ser inesperado;
- Interrumpir un proceso normal y habitual indispensable para la existencia y el equilibrio;

4. Algunas características y perspectivas de abordaje de las crisis en madres de niños víctimas de abuso sexual

- Minar el sentimiento de confianza en los otros;
- Contener rasgos novedosos no codificables ni interpretables en relación con parámetros culturales;
- Amenazar la integridad física propia o de otros significativos;
- Distorsionar o destruir el hábitat cotidiano.

Como se advierte, las características mencionadas anteriormente describen acertadamente los hechos de abuso sexual infantil y su impacto en la psiquis de las madres de estos niños, ya que por lo general son inesperados, su ocurrencia rompe un equilibrio preexistente de funcionamiento familiar, en el cual existía una previa confianza en quienes resultaron ser luego victimarios. Por las características de estos hechos, hay una amenaza y un daño efectivo a la integridad física y psíquica de los niños, que ven vulnerados derechos fundamentales, y de las madres que están a cargo de su cuidado y protección. Esto supone una necesidad de reestructurar la cotidianidad de la familia, frente a esta nociva pérdida de equilibrio.

Por su parte, las *vivencias* tienen que ver con el mundo interno, siendo una articulación entre el afecto y la representación de un evento, que proviene del soma o del mundo externo. La vivencia da cuenta de que existe contacto con el mundo externo, ya que un factor “exógeno”, promueve la movilización de factores “endógenos”. La vivencia es siempre singular, es decir, depende del sujeto.

Presenta tres tipos de formas patogénicas del vivenciar:

- **Vivencia de estrés:** tiene que ver con un proceso desregulador que produce una desorganización del psiquismo, una alteración de la articulación afecto-representación, que genera una tensión interna en el sujeto. En este caso, el evento es elaborable, por lo que no implica un corte, ya que el psiquismo puede reorganizarse.

- **Vivencia traumática:** se da cuando, debido a la magnitud e intensidad del impacto del evento sobre el psiquismo, se rompe la articulación entre representación y afecto. Hay un corte, una desarticulación, sin posibilidad de elaboración. Se debe a la irrupción de lo heterogéneo, lo no propio, que el psiquismo no logra transformar en propio. El autor refiere que “ocurren microprocesos debido a los cuales el displacer y la frustración devienen constitutivos del psiquismo”

- **Vivencia siniestra u ominosa:** hay una articulación particular entre afecto y representación. Se trata de una experiencia horrorosa, amenazante, desagradable. En ella se da el interjuego entre lo propio/no propio, y lo familiar/no familiar. Está en relación con una sensación de extrañeza en el mundo interior que irrumpe, genera un corte en lo intrapsíquico y en la relación con el mundo externo, y por lo tanto no es elaborable.

Podría pensarse que los hechos de abuso sexual infantil, por sus características, tienen que ver con alguno de los dos últimos, dependiendo íntimamente de las características del niño que lo vivencia, como de sus otros significativos, entre ellos su madre, y cómo se enlazan los hechos con otros elementos como el contexto, la historia personal, etc.

Respecto de esto, Hooper (1994: 276) expresa que: “la dinámica del mismo abuso sexual, planeado y cometido en secreto, y las implicaciones de su descubrimiento para las madres, constituyen un conjunto de circunstancias muy diferentes a las asociadas

con formas de abuso relacionadas con el stress, como el abuso físico o la negligencia”.

La *experiencia* tiene que ver con la conjugación o articulación entre evento fáctico y vivencia. Es lo pensable y comunicable, lo que se puede poner en palabras. Cuenta con elementos explícitos, que son la descripción fenoménica de los hechos y de la percepción que se tiene de los efectos de los mismos.

Es en la experiencia entonces, donde se puede generar un espacio de abordaje, reflexión y toma de acción posibles, desde lo interno, contextual e institucional.

Con estos elementos, Benyakar (2006: 41) define lo que él llama “desórdenes por disrupción” como “los desórdenes psíquicos activados por la irrupción de *eventos o situaciones fácticas*, que producen en el sujeto distorsiones de la *vivencia* afectando, de esa manera, las cualidades de la experiencia”

Cabe destacar, además, que el autor (Benyakar, 2006) hace una referencia a la agresión y la violencia. Por una parte, refiere que en la *agresión*, el agente que produce daño, se presenta abiertamente como tal, por lo que la potencial víctima puede alarmarse y prepararse, desarrollando sus posibilidades de defenderse, confrontar, temer o combatir al agresor. La agresión es generadora de vivencias de estrés.

Por el otro lado, en la *violencia*, quien genera el daño aparece solapado, su amenaza, al ser implícita, no le permite a la víctima alertarse sobre la situación. Se distorsiona así la amenaza como señal, por lo que el sujeto no sabe de qué defenderse o protegerse, e incluso llega a dudar de sus propias percepciones. Esto lleva a que la persona quede atrapada en una situación confusa, con vivencias de colapso y angustia automática.

La violencia, a decir del autor, “está expresamente dirigida a instalar el displacer y producir el desvalimiento como forma de subjetividad” (Benyakar, 2006: 47)

Se podría delinear que lo disruptivo para las madres de niños víctimas de abuso sexual tendría que ver con esta violencia solapada, que se devela, pero que ha ocurrido dentro del mismo sistema familiar, por parte de personas en las que ellas confiaban, lo cual constituye la aparición de lo incierto y lo no imaginable.

Esto supone una vivencia de gran confusión y descreimiento que muchas veces dificulta el paso a la acción en pos de la protección de los niños. Incluso si son capaces de generar mecanismos de protección, como es el caso de muchas madres, la violencia que supone el abuso sexual de los hijos deja profundas marcas difíciles de elaborar y poner en palabras.

Las manifestaciones clínicas de la crisis

En términos generales, Fiorini (1992) destaca que las manifestaciones clínicas tienen que ver con una desorganización psíquica que comprende actividades de descarga (excitación psicomotriz) o desinversión (parálisis).

Como ya se ha ido describiendo con anterioridad, la persona puede presentar ansiedad, incertidumbre, sentimientos de confusión e inseguridad que pueden generar una mayor dependencia y necesidad de ayuda. Hay una vivencia de alteración de la temporalidad que promueve que los cambios que el sujeto debería realizar, se vean como imposibles, con lo cual se puede temer a lo nuevo. También pueden aparecer inhibiciones y sintomatología depresiva.

4. Algunas características y perspectivas de abordaje de las crisis en madres de niños víctimas de abuso sexual

Se transcribirá a continuación, un cuadro elaborado por el autor para describir las manifestaciones clínicas predominantes en situaciones de crisis y los correspondientes objetivos del abordaje terapéutico:

Manifestaciones clínicas	Objetivos del abordaje terapéutico
Retracción, malestar consigo mismo y con los otros	Recuperación de la autoestima
Confusión, duda, vacilación	Discriminación, construcción de modelos lógicos alternativos
Restricción yoica, inhibición	Recuperación de la acción, autonomía
Culpa a partir de la pérdida de objeto	Discriminación sujeto-objeto
Difusión de la perspectiva temporal	Recuperación de la temporalidad
Aislamiento, desinterés, incremento de las distancias	Posibilidad de estar a solas, alternada con momentos de contacto
Estancamiento, paralización, incapacidad de producir cambios	Recuperación de la productividad, capacidad de proyectos
Dificultad de aceptación de la pérdida	Integración, elaboración de lo vivido
Extrañamiento de sí mismo y de sus tareas	Asimilación del cambio, aprendizaje
Confusión de identidad, de roles	Discriminación, construcción de nuevas configuraciones

Tabla 1: Manifestaciones clínicas predominantes y objetivos del abordaje terapéutico en situaciones de crisis.

Direcciones posibles del abordaje terapéutico

En líneas generales puede decirse que, mientras más precoz sea el abordaje, menor será el daño, ya que las crisis que son objetos del presente trabajo constituyen situaciones de riesgo. (Fiorini, 1999)

Frente a una situación de crisis, es fundamental el trabajo con la alianza terapéutica y con la activación yoica, utilizando para estos, tantos recursos como sea posible.

El encuadre debe tener en cuenta una limitación de la regresión dadas las condiciones del psiquismo durante la crisis. Esto es, ya que la crisis trae aparejados procesos regresivos, es iatrogénico en estos casos que el encuadre del terapeuta los profundice.

Se trata en cambio, de proveer un marco de relativa inmovilidad para que el sujeto pueda hacer en él procesos dotados de movimiento, lo que constituye una noción de equilibrio para el psiquismo. Esto es lo que Fiorini (1999) apunta, citando a Bleger, como *función silenciosa del encuadre*, es decir, el mantener un marco inmóvil y estable, le permite al sujeto elaborar la ruptura de los contratos que tenía con la vida.

En este sentido, el autor propone identificar qué aspectos de la vida del sujeto están alterados y cuáles conservados. De esta manera, se puede comenzar reforzando las zonas conservadas de equilibrio para luego abordar los procesos que se encuentran alterados.

Desde esta perspectiva, puede pensarse que en las madres de niños víctimas de abuso sexual, se podría trabajar en relación con la reconstrucción de su rol materno, en función de las áreas más sanas. Se trata de poder plantear, más allá de la culpa generada en esta situación, que hubo cosas que sí pudieron hacer y acciones que pudieron llevar a cabo orientadas hacia el bienestar y protección de sus hijos.

Carol-Ann Hooper (1994) tiene en cuenta dentro de las formas de abordaje, la po-

sibilidad de entrevistar a la madre a solas, promoviendo la expresión de sentimientos y dejando en claro que la responsabilidad del abuso fue del abusador. Además, la autora propone brindarles la información que soliciten y que se estime necesario, en relación con el abuso sexual, sus manifestaciones, patrones y demás particularidades, para que así puedan darle un marco que otorgue sentido a la experiencia, que tanto ellas como sus hijos se encuentran atravesando. Por otro lado es esencial brindar información sobre el sistema legal en el que se seguirá la causa, si la hubiere.

Se trata de otorgar herramientas que tiendan primordialmente a la significación de la respuesta de las mujeres en la recuperación de sus hijos, antes que a su posible contribución a la aparición del abuso. Se busca de esta manera no etiquetar a las madres ni culpabilizarlas, sino más bien darles poder a partir del reconocimiento de su situación.

Se plantea así pensar acciones de corto y largo plazo. Por un lado, se piensa en el corto plazo, en tanto favorecer la elaboración de las pérdidas sufridas a partir de la situación de abuso y sus consecuencias emocionales, a través del apoyo y la contención.

A largo plazo, pueden pensarse estrategias que fortalezcan tanto a la madre como al niño para hacerles frente a las consecuencias posteriores del abuso tanto en el desarrollo del niño como en el funcionamiento familiar.

La función y el rol del terapeuta

En primer lugar, se propone el abordaje de equipos interdisciplinarios, dentro de lo institucionalmente posible, en donde sea posible el desempeño de roles complementarios para potenciar las acciones en salud.

Fiorini (1992) refiere que en situaciones de crisis, al tener el paciente una mayor recepción hacia la ayuda, es conveniente que el terapeuta desempeñe un rol “acompañante receptivo”, sostenedor de la situación y capaz de tolerar la depositación en él de aspectos confusivos y persecutorios. Debe ser capaz de crear la demanda de ayuda que el sujeto no puede formular, o bien que ha sido formulada por terceros, ya sean estas personas o instituciones.

El terapeuta o equipo debe ejercer una función equilibradora en primer lugar. Esto sucede desde el establecimiento de un contrato de trabajo como ordenador, que prevé una serie de variables previsible. Se trata de adoptar una función continente del sujeto en la que predomine la función receptora en el marco de la noción de “nosotros”.

El autor refiere que frente a una crisis, al terapeuta le compete hacer fundamentalmente tres cosas:

1. Ampliar la percepción sobre cuántos y cuáles son los elementos involucrados en la crisis.
2. Crear experiencia grupal y noción de grupo.
3. Crear un trabajo de pensar, de asociación lógica.

Dentro de las acciones posibles, se encuentran intervenciones verbales tendientes a la organización psíquica y a la generación de nexos causales de pensamiento, así como la recuperación del proceso secundario y la discriminación.

Para lograr esto, pueden plantearse los tipos de intervención posibles con las madres después del develamiento de un hecho de abuso sexual infantil:

4. Algunas características y perspectivas de abordaje de las crisis en madres de niños víctimas de abuso sexual

- Primera etapa (primeros días): se evalúan conductas de desorganización cognitiva y emocional. No se tiende a modificar las conductas y mecanismos defensivos ya que éstos conservan el funcionamiento de la personalidad durante la fase aguda. El terapeuta debe percibir lo que las madres pueden tolerar.
- Segunda etapa (primeros meses): se acompaña a las madres en el proceso de duelo, procurando fortalecer el sí mismo.
- Tercera etapa (seguimientos periódicos): Si bien en lo institucional muchas veces se llega hasta la segunda etapa, puede pensarse en ésta como la etapa en la que se atiende a aquellas madres en las que el yo haya quedado muy descompensado y se promueve la reinserción a la nueva realidad.

El terapeuta debe estimular la creatividad y la capacidad de crear símbolos, que generen nuevas ligazones, que lleven a acciones integradoras y equilibradoras.

Asimismo, debe tender a crear alternativas no destructivas frente a situaciones de desamparo que generan negatividad, siempre en el marco de la alianza de trabajo y la resonancia empática.

En definitiva, es fundamental el uso de múltiples recursos y la disposición del terapeuta para con el paciente, en un marco de resonancia empática que permita a las madres de niños abusados sexualmente, el despliegue de la situación de crisis que esto genera, desde su propia óptica.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo, se realizó un recorrido teórico tentativo en relación con la crisis que se genera en madres de niños víctima de abuso sexual a partir del develamiento del mismo.

Pudo delimitarse una conceptualización posible de la crisis pensándola como el proceso que sucede a partir de un evento traumático y disruptivo para el psiquismo, tanto de la madre y del niño, como para el entorno más inmediato de ambos.

Se afirma así, que las situaciones de develamiento de hechos de abuso sexual infantil constituyen crisis patológicas y accidentales que además son imprevisibles. Estas características suponen una desorganización y desestructuración en las madres de las víctimas, provocando la discontinuidad de los procesos psíquicos y de la vida cotidiana.

Por esto, se habla de vivencias traumáticas e incluso siniestras, las cuales son muy difíciles de asimilar y minan la confianza, por un lado, en las personas más allegadas, quienes en muchos casos fueron las que cometieron el abuso. Por otro lado, se afecta la autoconfianza y la autoestima de las madres, quienes ven comprometidos diversos aspectos narcisistas que tienen que ver con la representación de ellas mismas como madres y protectoras de sus hijos.

Esto supone intensas vivencias de pérdida que se asocian con procesos de duelo y que requieren un esfuerzo del yo para reorganizarse en formas novedosas y más sanas a partir de la ruptura del equilibrio preexistente y de los contratos implícitos que se mantienen con la vida. El logro de esto implica la utilización de muchos y diversos recursos internos y externos.

A esto se suman variadas manifestaciones clínicas como ansiedad, incertidumbre, sentimientos de confusión e inseguridad que pueden generar una mayor dependencia

y necesidad de ayuda. Hay una alteración de la temporalidad en la cual se desarrolla un temor frente al cambio y lo nuevo. En algunos casos puede haber sintomatología de corte depresivo, de duración variable.

En este escenario, se pretendió reflexionar acerca no sólo de las implicancias de esta problemática, sino también sobre las formas de abordaje posibles desde los recursos existentes.

Puede afirmarse que en los últimos años, el abuso sexual infantil se ha vuelto visible dentro de la sociedad a partir de una creciente concientización sobre el mismo. Podría pensarse que esto favorece lo inmunológico social, ya que se le otorga a este fenómeno un nombre y una identidad con características particulares, lo que en primer lugar lo hace pensable y permite a las víctimas la posibilidad de hablar de esto y por consiguiente, de poder pedir ayuda.

Si bien no siempre la demanda de ayuda surge de quienes atravesaron esta difícil experiencia, sino que, muchas veces, esta es creada por terceros -en particular por instituciones judiciales y del ámbito de la salud- el desafío está en poder generar un espacio de ayuda y contención auténtico para estas familias, que incluya un lugar no solamente para los niños, sino también para sus madres.

En este espacio es que debe considerarse la experiencia que ellas mismas atraviesan y la necesidad de fortalecerlas en el fundamental rol que juegan en la recuperación de sus hijos y en la instrumentación de las medidas de protección requeridas.

De esta forma, el objetivo gira en torno a reforzar las áreas más sanas. El terapeuta y el equipo interdisciplinario en salud desempeñan un rol fundamental en este proceso y cumplen la función de acompañante, receptivo y depositario de las ansiedades confusionales, y sostenedor de un espacio en donde se pueda desplegar la conflictiva asociada a este flagelo.

Por último, puede delinearse que una recuperación posible, entendida esta desde múltiples ámbitos – familiar, social e intrapsíquico- implica el poder reconstruir la cotidianidad y el proyecto de vida, asimilando y otorgando sentido a la experiencia vivida.

Bibliografía

- Benyakar, Mordechai, *Lo disruptivo: amenazas individuales y colectivas. El psiquismo ante guerras, terroristas y catástrofes sociales. Cap I: Lo disruptivo: el impacto del entorno en el psiquismo*. Ed. Biblos. 2006
- Fiorini, Héctor, *Estructuras y abordajes en psicoterapia*, Ed. Mairena, Buenos Aires, 1981
- Fiorini, Héctor, Irigoyen, R, Minotto, H., Pérez Lloveras, C., *Psicoterapias (Orientación psicológica) Crisis: tópica de lo traumático. Material autorizado en 1992 para uso exclusivo de los alumnos de la cátedra*. Ed. Tekne, Buenos Aires. 1992
- Fiorini, Héctor, *Nuevas líneas en psicoterapias psicoanalíticas: teoría, técnica y clínica. Capítulo V. intervenciones en crisis en psicoterapias psicoanalíticas: Crisis vitales, crisis accidentales*. Psimática, Madrid, 1999
- Gioia, Cristina; García, Gloria; Panasiti, Ana María; Rodríguez, Stella, *Crisis narcisismo y creatividad*. Trabajo presentado en las jornadas de Salud Mental, Mendoza, junio de 2003
- Hooper, Carol- Ann, *Madres sobrevivientes al abuso sexual de sus niños*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1994
- Lent, Carmen, "Hay crisis y crisis", *Revista Argentina de Psicología* IV, N° 15, 1973: 99-109

5.

Abuso sexual en la infancia: aportes a partir del análisis del juego de las interrelaciones familiares*

*Melania Delgado
Gabriela Morelato
Silvina Giménez*

Introducción

El abuso sexual infantil (ASI) es un hecho profundamente perjudicial para el desarrollo infantil con el correlato en la vida adulta. En los últimos años y desde un punto de vista local, se ha observado un notable aumento de la prevalencia de esta problemática en la provincia de Mendoza. Según estadísticas del Programa Provincial de Atención al Maltrato Infantil (2009), la incidencia del abuso sexual infantil en el año 2007 fue del 4,1%, en el 2008, de un 9,1% y en el 2009 fue del 7%, correspondiendo aproximadamente a 800 casos atendidos en el ámbito de Salud.

Diversos estudios, acerca de la problemática intentan entender, explicar y encontrar alternativas de trabajo respecto de la prevención, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil (ASI) (Echeburúa y Subijana, 2008; Deza Villanueva, 2005 y Grettchen, 2007). Resulta notable que una de las complicaciones más álgidas e indispensables es poder contar con técnicas que respondan a las demandas del psicólogo cuando se trata de hacer intervenciones en problemáticas de alto riesgo tanto por la necesidad de contar con técnicas validadas como por la complejidad que implica intervenir en este tipo de situaciones.

Un aspecto fundamental en la instancia clínica y de evaluación es observar y analizar las interacciones familiares, ya que la familia es considerada la base fundamental para el desarrollo y la protección del niño. En relación con la temática del abuso podemos anclarnos en dos ejes de análisis: uno de ellos es el referente al sistema familiar como facilitador de la situación abusiva y por otro lado podemos encontrar al entorno familiar como sostén, tanto para poder romper con la realidad que se viene sucediendo, como para la recuperación del niño/a.

Con respecto a lo anteriormente mencionado, Quirós (2006) considera que los patrones familiares disfuncionales que parecen apoyar y mantener el abuso sexual al interior de la familia son los altos niveles de ansiedad en las relaciones entre los distintos miembros, lo cual se relaciona con una menor diferenciación con la familia de origen; la presencia de conflictos de pareja severos; la falta de competencia en la misión parental; las

* - El presente trabajo es parte de la Tesina de Licenciatura denominada "Abuso sexual en la infancia: aportes diagnósticos a partir del análisis del test de la persona bajo la lluvia y del juego de las interrelaciones familiares." dirigida por la Dra. Gabriela Morelato y la Lic. Silvina Giménez. Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología.

relaciones distantes y conflictivas entre los distintos miembros de la familia nuclear y con la familia de origen; la mayor frecuencia de historias familiares de abuso sexual intrafamiliar y las relaciones de violencia al interior de la familia nuclear. En síntesis según el autor, estos factores se relacionarían con dificultades en la eficacia del rol parental asociado a una disfuncionalidad previa en los procesos vinculares y trastornos del apego que se transmiten de generación en generación. De esta manera, el abuso sexual intrafamiliar debiera ser entendido como un fenómeno relacional complejo que se desarrolla en el tiempo y en un espacio vincular, considerándolo como un proceso relacional, que transgeneracionalmente se relaciona con experiencias de carencias afectivas tempranas.

En esta línea, Perrone y Naninni (1998) realizan una caracterización de las comunicaciones que se dan en las familias abusivas en la que identifican una ruptura y confusión de los registros comunicacionales, que se presentan un lenguaje de conminación y represalia; siempre en el discurso de los abusadores se transmiten mensajes en registros contradictorios que provocan sorpresa y perplejidad. También los autores hablan de la represalia oculta en la comunicación en la cual el niño siente que cualquier intento por cambiar el estatus quo de la situación perjudicará a él y a su familia.

Otro elemento es la relación que se establece entre el niño/a y el abusador, puesto que el abuso se da en un proceso que aumenta su significación y contacto a medida que el tiempo transcurre. Perrone y Naninni (1998) identifican que en la relación incestuosa se dan ciertas características, una de ellas es la tendencia a la inmovilidad que paraliza la relación y excluye de escapatorias, cerrando salidas. Las víctimas tienen gran dificultad para imaginar alternativas y perciben su situación como una fatalidad. Además reconocen que concomitantemente se da una relación desigual pues el poder que tiene el abusador hace dominar y controlar al niño, convirtiendo esta situación en una relación abusiva, puesto que quien se beneficia es el adulto.

A modo de resumen podemos denotar la importancia radical que tiene la familia en la situación abusiva y la necesidad que como profesionales de la salud tenemos, de contar con clasificaciones o descripciones que nos aporten características de las familias y más aún la necesidad de contar con evidencia empírica que permitan sustentar los postulados teóricos. Al respecto, Quirós (2006) remarca la necesidad de comprender el abuso sexual intrafamiliar como un proceso interaccional que se da en el marco de una dinámica familiar, lo que permite avanzar en la comprensión de cómo es que llega a producirse este fenómeno.

Sobre la base de lo expuesto y teniendo en cuenta la importancia de contribuir al enriquecimiento de las herramientas clínicas, parece propicio incorporar nuevos estudios con pruebas que realicen análisis de las interrelaciones familiares desde la perspectiva del niño, ya que se considera que serían de gran utilidad debido a que las situaciones lúdicas facilitan el acercamiento al niño y son disparadores sumamente valiosos para el trabajo clínico.

MÉTODO

El diseño del presente estudio es no experimental, transversal y ex post facto, de tipo descriptivo (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006).

Participantes

La muestra fue de tipo no probabilística intencional y ocasional (Sabino, 1998). Estuvo compuesta por 30 sujetos que presentaron historia de abuso sexual infantil (ASI), cuyas edades oscilaron entre 6 y 16 años (Media= 11.60 y DS= 3,19). Los participantes concurrían al Servicio de asistencia del Programa Provincial de Atención y Prevención al Maltrato Infantil (Ley 6.551) de la Provincia de Mendoza. Este Programa está formado por equipos interdisciplinarios (médicos, psicólogos y trabajadores sociales) destinados a realizar evaluación, diagnóstico y tratamiento de casos de maltrato infantil, como así también informar a los organismos judiciales del Estado en los casos que se considere conveniente. Los mismos se hallaban en el inicio del proceso de tratamiento. El nivel socioeconómico-educacional de las familias era medio-bajo y bajo.

Instrumentos

Se administró una entrevista semi-dirigida al/los profesional/es a cargo de los casos, indagando variables socio-ambientales y características del diagnóstico. La misma fue elaborada ad hoc con el asesoramiento de especialistas en la temática, además de la incorporación de la bibliografía específica consultada acerca de ASI.

Por otra parte, se administró el Juego de las Interrelaciones Familiares (Colombo, 2009) que consiste en un juego de encastre por medio del cual se le muestra al niño una serie de tarjetas con dibujos de personas, de diferentes edades y sexo, las cuales representan individuos que pueden tener diferentes roles en una familia y vínculos de parentesco. En la consigna se solicita al niño/a que arme "una familia". Luego se realizan las siguientes preguntas: ¿Por qué es una familia? ¿Quién está más feliz? ¿Quién está más triste? ¿Quién es el bueno de esta familia?, ¿Quién es el menos bueno? ¿A quién quieren más? ¿A quién quieren menos? Si tuvieras que elegir ser uno de ellos, ¿Quién serías? Y por qué.

Este instrumento que tiene características proyectivas permite observar la organización que el niño hace de la familia. Está construida a base de la experiencia clínica y cuenta con validez de constructo luego de haber sido sometida a una serie de estudios (Morelato, 2009; Gurvich, 2009; Colombo, 2009).

Procedimientos

Los niños evaluados fueron diagnosticados previamente por el equipo de Salud como casos confirmados de ASI. Previo a las evaluaciones se solicitó el consentimiento informado a los padres o tutores de los niños evaluados con mediación de la psicóloga a cargo de cada caso, a fin de no efectuar ningún tipo acción que pudiera interferir en el tratamiento. Siguiendo las indicaciones de los profesionales a cargo y teniendo en cuenta las particularidades de cada caso, se realizó una breve entrevista de presentación en presencia de uno de los profesionales que realizaba el tratamiento (generalmente psicóloga/o). Se efectuaron mínimamente dos encuentros para lograr un contexto de comodidad y empatía con el niño, a los fines de aplicar la técnica propuesta en esta investigación. Posteriormente, se le explicó a cada niño cuál era el objetivo de la presencia del

evaluador, como así también en qué consistiría la tarea a realizar, aclarando que luego de ello el niño o la familia continuarían con el profesional de siempre. Esta aclaración era pertinente en relación a la particularidad de los casos o el momento del proceso terapéutico, lo cual también señala ciertas limitaciones en la obtención de mayor cantidad de datos.

Análisis

Para el análisis de contenido (Taylor y Bogdan, 1990), se analizaron las respuestas textuales de los niños y posteriormente las mismas se agruparon en tres grandes categorías que se describen a continuación:

- *Respuestas a las preguntas realizadas:* esta categoría codifica cuáles fueron las respuestas verbales de los niños a las preguntas realizadas por el evaluador siguiendo a los autores del juego. Posteriormente se seleccionaron las cuatro preguntas principales de la técnica, ya que éstas fueron consideradas las más pertinentes a los objetivos de nuestro trabajo. Las mismas fueron: cuál es el personaje menos bueno, el más triste, el más feliz y el menos bueno. Se exploró especialmente con qué figuras de la familia asociaron las preguntas administradas (madre, padre, hermano, entre otros) y por otra parte, si esto tenía relación con su historia personal.

- *Configuración familiar realizada:* se define como la modalidad por la cual el niño puede plasmar una configuración familiar real o imaginada, utilizando las figuras que se le presentan. Por ejemplo, en algunos casos, los niños al realizar comentarios acerca de la familia que habían armado mencionaban “este soy yo, mi mamá, mi papá y mi hermano”, elemento que coincidía con la familia real que el niño integraba. En otros casos, se configuraban familias que no tenían relación alguna con la real, muchas veces manifestando en la verbalización cierta distancia emocional. Para el presente trabajo se expondrán sólo las configuraciones de familia real.

- *Conductas o verbalizaciones del niño durante la toma o post evaluación:* esta categoría se compone de las verbalizaciones y conductas del niño más significativas debido a que se encuentran vinculadas a su propia historia familiar.

RESULTADOS

A continuación, se presenta un análisis cualitativo descriptivo teniendo en cuenta las categorías que se describieron anteriormente.

TABLA I

Respuestas a las preguntas respecto de los personajes de la familia configurada que ilustran aspectos vinculados a la historia de abuso

La tabla I pone de manifiesto las respuestas más significativas dadas por los niños a las preguntas que realizaba la entrevistadora durante la administración. Se puede observar una prevalencia de ciertas figuras familiares tales como la figura materna en la pregunta sobre el personaje más bueno, probablemente porque sea una figura generalmente relacionada con el apoyo y la protección.

5. Abuso sexual en la infancia: aportes a partir del análisis del juego de las interrelaciones familiares

Categoría	Subcategoría	Observables
<p>Respuestas a las preguntas en relación a los personajes de la familia configurada</p>	<p>Personaje menos bueno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Juan "mamá porque pega" (la madre real en su historia era la agresora) • Vanina "La madre porque las mujeres grandes cometen errores y puede haber sido mala". (La madre la había facilitado a su pareja en varias ocasiones) • Danila "mamá porque me pegaba, me hacía hacer cosas que no son buenas". (La madre fue quien la entregó para ser abusada) • Marcela "la mamá porque tiene cara de mala, de traviesa." • Leonela "El papá porque no sé". (se sospechaba que era abusada por su padre) • Andrés "El hermano porque no juega con el hermano." (El hermano mayor era acusado por el abuso) • Teresa "El padre porque no quiere tanto" • Juana "papá porque le puede hacer algo a sus hijos." • Alí "ninguno" • Mirna "no responde" • Marianela "ninguno"
	<p>Personaje triste</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Juan " él bebe porque recién nace" • Vanina "la abuela porque como es mayor de edad se le puede acercar el final" • Noemi "yo porque a veces lo estoy" • Nina "el bebé porque está tirado en el piso y la madre no lo cuida, se cayó del cochecito". • Magdalena "el padre porque piensa mucho, en el trabajo" • Juana "la hija porque tiene una cara, pobre." (ella) • Milena "yo porque estoy separada." • Joana "yo por lo que me pasó, porque mi hermana no me creyó".
	<p>Personaje feliz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vanina "La embarazada debe estarlo porque va a tener a un hijo." • Magdalena "la madre siempre está feliz" • Natalia "La mamá porque está embarazada." • Andrés "La madre porque estaba embarazada y quería que sea un nene y tuvo suerte y nació varón". • Noelia "Nena porque le gusta tener una familia." • Milena "Nena porque tiene alguien en quien confiar." • Fernando "Yo y Lu porque jugamos."
	<p>Personaje más bueno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Yael " la mamá porque te apoya en todo" • Noelia "La mamá porque le gusta ser buena, no los reta, no les pega". • Milena "mamá te defiende en todo". • Rosa "La mamá porque le da apoyo al hijo" • Fernando "Lu (hermana) porque me quiere." • Marianela "La hermana porque comparte mucho y si le piden un favor lo hace." • Teresa "La nena, agregando algo de mi familia porque se porta bien. • Eliseo "yo porque comparto".

NOTA: Los nombres de los niños han sido cambiados para preservar su identidad.

TABLA II

Configuración familiar realizada por los niños durante la administración del juego

La segunda tabla muestra las configuraciones más significativas que se vinculan con las figuras familiares y los sentimientos que se veían involucrados.

Categoría	Subcategoría	Observables
Configuración familiar realizada	Familia real	<ul style="list-style-type: none"> • Caso Eliseo -7 años Configuración: "Hermano, yo, mamá, papá y bebé (arma su familia real, vivía con su familia de origen y su mamá estaba esperando un bebé y lo incluye como parte de la familia). • Caso Mary - 8 años Configuración: "Mamá, papá, hermano, hermana, yo y hermanita" (arma su familia real, quienes han dado apoyo a la situación). • Caso Noemi - 16 años Configuración: "Yo- tía- prima- primo y tío" (arma la familia con la que vive actualmente, luego de una exclusión del hogar del abusador, se le dio la tenencia a su tía paterna). • Caso Joana - 14 años Configuración: "Mamá, yo, hermana, sobrino, hermano y cuñado" (familia real, en este caso el cuñado era quien había abusado de ella. Convivían juntos hasta el momento de la declaración de la niña.)

NOTA: Los nombres de los niños han sido cambiados para preservar su identidad.

TABLA III

Conductas y verbalizaciones espontáneas realizadas por los niños durante la evaluación o posterior a ella.

En la tabla 3 se pueden observar conductas y/o verbalizaciones significativas tales como la propuesta de juego espontánea, la cual se refiere a aquellas situaciones en las que el niño de modo libre proponía un juego que podía vincularse claramente a su situación de abuso, dadas la información conocida del propio caso. Asimismo, se señalan las verbalizaciones respecto de la historia de abuso y /o los sentimientos asociados.

5. Abuso sexual en la infancia: aportes a partir del análisis del juego de las interrelaciones familiares

Categoría	Subcategoría	Observables
Conductas y/o verbalizaciones significativas.	Propuesta de juego espontáneo	<ul style="list-style-type: none"> Caso Juan - 7 años <p>Al finalizar la técnica, Juan dijo <i>"Ahora hacemos un juego: demos vuelta estos (fichas) y tenés que descubrir donde estoy yo y mi papá"</i> (En el avance del tratamiento la profesional a cargo detectó que el padre era el abusador)</p>
	Verbalizaciones vinculadas al abuso o a su situación actual	<ul style="list-style-type: none"> Caso Danila - 12 años <p>Esta niña configura una familia real y simboliza directamente parte de la situación vivida a través del juego verbalizando ante las preguntas lo siguiente:</p> <p><i>"La más buena es mi abuela porque me ayuda a hacer la tarea, a conocer a mis papás y a ver a los hermanos."</i></p> <p>Para el caso del personaje menos bueno indica: <i>"mamá porque me pegaba, me hacía hacer cosas que no son buenas"</i></p> <p>Respecto del personaje más triste dice: <i>"mamá porque se ha arrepentido de todo lo que hizo."</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Caso Juan - 7 años <p>Responde al personaje más feliz: <i>"Papá porque se está portando mal... no mentira"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Caso Joana - 14 años <p>A las preguntas responde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Más buena: <i>"mi mamá porque cuando sucedió estaba más conmigo"</i> ✓ Menos bueno: <i>"él (señala al abusador) por lo que me hizo"</i> ✓ Más feliz: <i>"mis sobrinitos porque tienen carita angelical."</i> ✓ Más triste: <i>"yo por lo que me pasó, porque mi hermana no me creyó."</i>

DISCUSIÓN

A continuación, se discute lo anteriormente descrito, siguiendo las respuestas emitidas por los niños. Puede señalarse que la consigna estimulaba a los niños a que construyeran "una familia", dando la posibilidad de que ésta fuese una familia real o imaginada. Esto permitía, por un lado, abrir el espacio para expresar conflictos para los casos en que se realizaba una proyección de su situación actual-real. Por otro lado, la familia imaginada posibilitaba la expresión de anhelos o deseos.

Siguiendo la Tabla 1 se pudo observar que los niños con frecuencia señalaban como "menos bueno" a la figura del agresor. En muchos casos éste solía ser la figura del padre o padrastro, coincidiendo con datos de su propia historia. Asimismo, la verbalización realizada para expresarlo podía ser a modo explícito, como por ejemplo el caso de Teresa, en el cual la niña expresó "el menos bueno es el papá porque no me quiere tanto". En otros, se manifestaba una agresión encubierta como por ejemplo en el caso de Vanina quien mencionó "el menos bueno es la madre porque las mujeres grandes cometen errores y puede haber sido mala". En este caso se expresaba la situación vivenciada de modo potencial, reflejando claramente el lugar ocupado por la madre en su propia historia. Esto también se podría relacionar con lo que ocurre cuando un miembro familiar, funciona como cómplice y se observa en respuestas tales

como “la mamá porque tiene cara de mala, de traviesa” o “mamá porque me pegaba, me hacía hacer cosas que no son buenas”. Finalmente, hubo momentos donde surgía una no identificación de ningún personaje en la categoría menos bueno, lo cual se manifestó en respuestas de tipo “no sé...”; “ninguno”. Este elemento podría reflejar, sólo a modo de hipótesis, cierta negación, o bien bloqueo emocional, aspecto a corroborarse en la continuidad del proceso clínico.

Respecto de la pregunta acerca del personaje más feliz resultó interesante la mención recurrente del la figura materna embarazada, lo cual pueda asociarse a un estado que socialmente se valora y se idealiza. Otro elemento a enfatizar dentro de la identificación con la figura feliz es que aquellos niños que posteriormente se identificaban ellos mismos con el personaje feliz, en su historia real contaban en su propia historia con el apoyo de figuras significativas, ya sea uno de los progenitores, abuelos, tíos u otra persona.

Continuando con el análisis en lo que atañe a la pregunta del personaje triste, un elemento notorio fue el hecho de que en algunos casos, el niño se identificara, con el personaje triste de la familia. Este estado emocional podía ilustrar el dolor ante las situaciones por las que han atravesado. En diversas bibliografías pero puntualmente en Echeburúa (2004) se hace referencia al sentimiento de estigmatización, tristeza y baja autoestima que experimentan los niños víctimas por haber vivido una situación fuera de lo normal. Esto los hace sentirse diferentes al resto, sucios o malos, y con la decepción referida al abusador quien en general es un ser querido y cercano.

Por otra parte, el personaje más bueno, fue generalmente identificado con aquellas personas que en la realidad habían ejercido funciones de apoyo y sostén. Es este sentido, es importante destacar que para que se propicie la situación de abuso deben existir fallas en el funcionamiento de aquellas personas que deberían ejercer funciones de apoyo, protección y sostén del niño (Morelato, Giménez y Colombo, 2011), por lo tanto este tipo de respuestas o aquellas en que ellos mismos se identificaban con esta característica (“el más bueno”), ha sido considerado un valioso factor protector.

En la Tabla 2 se observó que algunos niños pudieron armar su familia real y de este modo se generó un espacio para expresar la situación presente o pasada en la que vivían. Por ejemplo: una joven armó la familia real con la que actualmente vivía, luego de que sus tíos la protegieron y se hicieron cargo de su tutela. Lo mismo sucedió con el caso Joana, quien mediante la configuración familiar ilustró la familia con la que convivía e incluso incluyó al agresor. De ese modo, en la configuración pudo expresar los sentimientos que le generaban cada uno de ellos.

En la Tabla 3 pudieron analizarse conductas o verbalizaciones significativas. De este modo, la categoría de la propuesta de juego espontánea nos indicó cómo algunos de los niños pudieron manifestar simbólicamente la situación de abuso a modo explícito. En el ejemplo de uno de ellos, la entrevistadora debía encontrar dónde estaban escondidos “su padre y él”. Así, se puso de manifiesto la existencia de algo oculto conectado a la situación de abuso, aspecto que fue validando la sospecha que se tenía como probable acerca del autor del hecho. Resulta evidente en este ejemplo ilustrativo que el ocultamien-

to se asocia a lo que sucede respecto del secreto, lo cual se sabe a ciencia cierta que es una precondition del abuso (Intebi, 1998). El secreto es lo que el ofensor necesita para seguir manteniendo el contacto con la víctima, coaccionarlo de forma física y emocionalmente, convirtiendo el temor en una promesa de seguridad: si calla, todo saldrá bien.

Finalmente, las verbalizaciones espontáneas tales como las de la niña que expresó todo lo ocurrido en su familia y los sentimientos que tuvo respecto de las personas implicadas ("el personaje más triste es la mamá porque se ha arrepentido de todo lo que hizo"), fueron generadoras de puntos de trabajo terapéutico fundamentales para el progreso de las intervenciones. En esta línea, puede decirse que este tipo de disparadores vehiculizan sentimientos en relación con lo vivido y permiten poner en palabras aspectos que por temor o dolor no habían podido expresarse de otra manera. Al respecto, Echeburúa y Guerricaecheverría (2011) hacen hincapié en que para superar el malestar emocional, el expresar los sentimientos y pensamientos experimentados permite el desahogo afectivo del menor, lo que supone romper con el secreto y el sentimiento de aislamiento que lo acompaña.

Asimismo, por medio de este instrumento se pudo observar qué personajes resultaban importantes para los niños en sus funciones de apoyo o aquellos que podían ser de riesgo por la naturaleza de su comportamiento, aún cuando la situación simbolizada no fuese la real sino una imaginada. Sin embargo, en este último caso lo que un niño proyectaba en su juego abría el espectro para trabajar las emociones vinculadas a la significaciones propias del niño. Al respecto Aberastury (1987) refiere que al jugar el niño desplaza al exterior miedos, angustias y problemas internos dominándolos mediante la acción. Señala, que el niño repite en el juego todas las situaciones excesivas para su yo débil y esto le permite tener dominio sobre objetos externos y a su alcance, es decir hacer activo lo que sufrió pasivamente, cambiar un final que le fue penoso, tolerar papeles y situaciones que en la vida real le serían prohibidos desde dentro y desde fuera.

CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivo explorar la percepción de las interrelaciones familiares en un grupo de niños/as víctimas de abuso sexual infantil, a fin de realizar aportes a la evaluación y el abordaje clínico de estos casos. Los resultados de nuestro análisis señalaron que la implementación de este tipo de instrumentos en niños víctimas de situaciones familiares conflictivas son de relevancia ya que otorgan la posibilidad de simbolizar la situación actual o vivida de manera explícita o implícita. De este modo, la posibilidad de proyectar estos aspectos abre el camino para trabajar acerca de los sentimientos implicados en las situaciones, propiciar la puesta en palabras sobre lo ocurrido, los funcionamientos familiares y roles.

En relación con esto, es importante tener en cuenta que el niño ha pasado por una situación traumática en la que le es difícil significar con palabras, ya que el hecho resulta confuso y ambivalente. Por un lado, de alguna manera saben que aquello que ha sucedido no está bien, pero a la vez, la idea de que quienes están implicados son

seres queridos, produce un fuerte conflicto. En este sentido, la propuesta de un juego que no indague directamente la situación sino que se enmarque en lo que él puede expresar y proyectar en relación a su historia, es un recurso valioso. Asimismo, a través de la verbalización en la técnica, el terapeuta puede abordar el tema a fin de que mejore su percepción de sí mismo y los sentimientos asociados que tiene hacia él mismo, integrando su imagen.

Finalmente, es importante destacar que ante una misma pregunta las respuestas de los niños pueden ser diversas, lo cual es favorecedor porque evidencia la plasticidad de la técnica para revelar los distintos momentos o sentimientos por los que los niños estaban atravesando al momento de la evaluación. Esto la convierte en una herramienta útil para en el ámbito clínico en situaciones de vulneración de derechos, como en este caso el abuso sexual. Sin embargo, se considera sumamente necesario profundizar el análisis mediante futuras investigaciones a fin de poder contar con más elementos que validen su utilización junto a la integración de los demás elementos terapéuticos que complementan el diagnóstico y el tratamiento del maltrato infantil.

Bibliografía

- Aberastury, A. (1987). *El niño y sus juegos*. Buenos Aires: Paidós.
- Colombo, R. (2009) *Juego de las interrelaciones familiares. Aplicación clínica y en evaluación*. Vicente López: Cauquén.
- Deza Villanueva, S. (2005). Factores protectores en la prevención del ASI. *Liberabit, rev. de psicología*, 11, 19-24. Recuperado el día 29 de diciembre de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/686/68601103.pdf>
- Echeburúa, E. y Subijana, I. (2008). Guía de la buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *Internacional Journal of clinical and health psychology*, 8, 317-330. Recuperado el día 15 de febrero de 2011 en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33712016008.pdf>
- Echeburúa, E. y Guerricaecheverría, C. (2011) Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador *Psicología Conductual*, 19, N° 2, 469-486.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Madrid: Pirámide.
- Grettchen, S. (2007). Importancia de la entrevista médico forense en la evaluación del abuso sexual. *Acta medica costarricense*, 49, 149- 153. Recuperado el día 12 de febrero de 2011 en <http://redalyc.uaemex.mx/src/Inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=43449306>.
- Gurvich, M. (2009). Aplicación clínica y aportes en el ámbito jurídico. Pericias sobre maltrato infantil. En: Colombo, R. (Comp) *El juego de interrelaciones familiares. Aplicación en clínica y en evaluación*. Bs. As.: Cauquén.
- Intebi, I. (1998). *Abuso Sexual Infantil en las mejores Familias*. Buenos Aires.: Granica.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Morelato, G. (2009). *El juego de interrelaciones familiares: aportes para la sistematización de su evaluación desde un estudio realizado en la provincia de Mendoza*. En: Colombo, R. (Comp) *El juego de interrelaciones familiares. Aplicación en clínica y en evaluación*. Bs. As.: Cauquén.
- Morelato, G., Giménez S. y Colombo R. (2011). Análisis de la función materna en una muestra clínica de niños abuso sexual. *Acta psiquiatría psicología América Latina*. Vol.57 (3) pp. 206 – 215 <http://www.acta.org.ar/numeros>
- Perrone, R. y Nannini, M. (1998). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Paidós, Bs. As.
- Programa Provincial de Atención y Prevención a la niñez, Adolescencia y Familia -Ley Provincial 6.551(2010). *Informe anual del área de estadísticas del año 2007-2009*. Ministerio de Salud. Provincia de Mendoza.
- Quiros, P. (2006). *Comparación de las dinámicas familiares en familias que presentan abuso sexual con otros tipos de familia*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología. Recuperado el día 24 de abril de 2011 en http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2006/quiros_p/html/index.html
- Sabino, C. (1998). *Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos*. Buenos Aires: Lumen/Humanitas.
- Taylor SJ y Bogdan R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

6.

Las madres frente al abuso sexual de su hijo/a ¿Afrontamiento o Crisis? El afrontamiento en las madres como medida alternativa

Paula Noeli Dominguez

“Desde un principio, uno sabe que está en este mundo, para cumplir una misión, insólita para algunos, asombrosa para otros...”

Introducción

Este trabajo surge de la coordinación de Talleres de Recreación e Inserción (2010-2012) junto con el equipo interdisciplinario del Programa de prevención y Atención de Maltrato Infantil (PPMI) del Hospital Carlos Saporiti de Rivadavia, Mendoza, contando con la supervisión de la psicóloga del equipo, Andrea Lizana.

En estos talleres, los chicos eran acompañados por las madres, las cuales por el hecho de vivir en zonas alejadas permanecían en la institución mientras se desarrollaban las actividades. Ante la concurrencia frecuente a los talleres con sus hijos/as, se organizaron espacios de talleres para las madres, aprovechando y maximizando el tiempo que compartían con los hijos o hijas, estos talleres estaban destinados a escuchar sus inquietudes, percepciones o vivencias respecto a la situación que sus hijos vivían. Esta experiencia permitió indagar sobre la problemática vista desde ese otro escenario.

Se sabe que actualmente la sociedad se encuentra inmersa en un ambiente de violencia constante, del cual los niños, desafortunadamente son víctimas. El maltrato infantil, problemática conocida a nivel mundial, ha cobrado auge forzosamente en nuestra sociedad en los últimos tiempos. Sin embargo, el “abuso sexual”, reconocido como uno de los principales tipos de maltrato infantil y el que más secuelas deja en un niño o niña, indica que, cuando estos han sufrido abuso sexual, su desarrollo emocional se ve afectado, sus emociones prevalentes son la tristeza, el desgano físico, la ausencia de deseo de relacionarse con sus pares, produciendo aislamiento y soledad, el mundo se vuelve hostil y agresivo, entonces permanece solo o sola para protegerse de aquellos que debían protegerlo y no lo hicieron: la familia, resultando ser, el contexto más próximo y cercano al niño o niña, y el sufrimiento padecido versa desde los hijos e hijas, hasta los hermanos, padre y madre.

Del mismo modo, esta situación, es una realidad compleja que requiere para su comprensión, el estudio de sus dimensiones sociales, culturales, afectivas, judiciales y legales y sus implicaciones en la dinámica familiar, y en cada uno de los sujetos que forman parte de este grupo social.

Es necesario comprender y focalizarse sobre la figura materna y lo que significa el atentado a la dignidad sexual de sus hijos/as, y a su propia sexualidad en los casos de incesto por parte del padre. Ya que estas situaciones podrían generar entre otros

estados, un grado de ansiedad y estrés determinantes. Lo cual las enfrenta a un posible e inquietante escenario: podrían poner en tela de juicio su rol de crianza ante la sociedad, lo cual generaría consecuencias para su identidad materna y sobre su función de crianza, que requerirían ser comprendidas desde sus diferentes puntos de vista o posturas, con respecto al hecho de violencia sufridos por sus hijos/as. Asimismo, pueden poner en marcha además, otra serie de conductas adaptativas o desadaptativas proclives a manejar esta demanda externa que es evaluada como excedente o desbordante, en este caso, el abuso sexual de sus hijos.

Existe una estrecha relación, entre este grado de ansiedad y estrés que se disipa en la figura materna y el afrontamiento, lo que puede traducirse en que este último se comporte como una de las posibles alternativas para hacer frente a esta demanda externa, de la cual su hijo/a es víctima.

El afrontamiento, como concepto, es significativamente importante ya que, como dice Lazarus (1991), pone en juego una serie de esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan en la persona para manejar las demandas específicas externas, en este caso, y bajo esta investigación sería el hecho de abuso sexual en el niño/a. Hay que tener en cuenta asimismo, los recursos del individuo, con los cuales dispone para hacer frente a este mecanismo.

Al hablar de afrontamiento se tienen en cuenta dos acepciones (Sandin Belloch, 1995): por una parte los estilos de afrontamiento, los cuales se han formulado partiendo de la base de que se tratan de disposiciones personales para hacer frente a las situaciones estresantes, lo cual muchas veces se encuentra teñido de matices negativos y si se quiere desfavorables; por otra parte juegan en su contrapunto, las estrategias de afrontamiento, que se entiende como los esfuerzos *conscientes*, para manejar el estrés; no se admiten por lo tanto los esfuerzos *inconscientes*.

Partiendo de este punto, son condición esencial, al focalizarse sobre la figura materna, ya que es significativo indagar en las madres de los niños abusados sexualmente, sobre la existencia de estrategias de afrontamiento, analizando si cuentan con conductas adaptativas o desadaptativas.

Debido a todo lo expuesto es que, es de gran importancia la persistencia de esta investigación en el campo, ampliando la comprensión del fenómeno, indagando más allá de un simple hecho de violencia. Se trata de hacer hincapié sobre el afrontamiento, para que de esta manera se pudiera dar una posible solución ante esta situación muchas veces vividas como una crisis irresoluble.

Desarrollo

En relación a este tema planteado es que el objetivo se centró en identificar y describir las estrategias de afrontamiento existentes en las madres de niños abusados sexualmente, que son atendidos en el equipo del PPMI del Hospital Carlos Saporiti.

Para esto se realizó en una primera instancia, un rastreo bibliográfico, el cual ayudaría a formar una base significativa, que me sirviera de encuadre teórico y fundamen-

tara mi trabajo de investigación. En este rastreo los principales autores que configuraron mi marco teórico fueron:

- Para el primer punto, que fue el “Maltrato Infantil”, se recurrió a las leyes nacionales como marco de referencia legal, la 26.061 y la 6551, donde se resaltaron los principales conceptos, aquellos aspectos conceptuales y procedimentales del Programa de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia (Ley N° 6551), además aspectos conceptuales relacionados con la aplicación de la Ley N° 26.061., también se destacó la definición de “maltrato infantil”, y sus diversas codificaciones, como modo de contextualizar la problemática encabezada en esta investigación.

- Para el segundo tema, “Abuso Sexual”, se tomaron dos autores significativos, Perrone (1997) y López (2010).

Los mismos aportaron distintas ideas y conceptos, Perrone, conceptualiza el término de “abuso sexual”, como: “cualquier clase de placer sexual con un menor por parte de un adulto desde una posición de poder, autoridad o sometimiento, existiendo o no contacto físico”¹.

López (2010) contribuyó a determinar las clases de abusos, describiendo a las acciones sexuales abusivas más frecuentes: violación, manoseos, masturbación, penetración con objetos o dedos, contacto bucogenital, presenciar actividades sexuales, voyeurismo, exhibicionismo y acoso sexual. Se tuvo en cuenta además aquellos indicadores que facilitan la detección del abuso sexual infantil.

- Para el tercer tema, se centró sobre las madres, al tener en cuenta la hipótesis planteada y los objetivos a los que se intentaba arribar, había que investigar aquellos antecedentes sobre las madres de niños abusados sexualmente. Perrone (1997) describió aquellas características principales en las madres que merecen atención: son madres que defienden a cualquier precio la idea de familia normal y la cohesión familiar, sin duda porque suele tener una historia caótica, con fracasos sentimentales, rupturas, abandonos y, a veces, violencia. Además sus percepciones de los acontecimientos familiares son objeto de una selección automática, que marcha a la par de un pensamiento reduccionista. Y el discurso de la madre es omnijustificativo. Es un discurso de defensa y de supervivencia, destinado a detener todos los ataques. López (2010) explica detalladamente, el perfil básico de las madres de niños abusados: son madres ausentes, ingenuas, son madres que han sido abusadas en su niñez, son madres que cambian de roles con sus hijos, son madres contradictorias, dependientes, negadoras, ignorantes, omnipotentes y son madres rivales de sus propias madres.

- Para el cuarto y último punto se recurrió a Lazarus y Folkman (1991) para describir básicamente los conceptos de afrontamiento y las principales estrategias de afrontamiento. Definiendo al Afrontamiento como:

“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son eva-

1 - PERRONE, R. (1997). Abuso Sexual e Incesto. En R. Perrone. Violencia y Abusos Sexuales en la Familia. Un abordaje sistémico y comunicacional. Buenos Aires: Paidós

luadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.²

Se enfocó al afrontamiento como proceso, y las distintas estrategias descritas fueron: Resolución de Problemas, Reestructuración Cognitiva, Apoyo Social, Expresión Emocional, Evitación de Problemas, Pensamiento Desiderativo, Retirada Social y Autocrítica.

En una segunda instancia el estudio se centró en buscar y elegir la población que iba a ser objeto de la investigación, para esto se tomó la población del Hospital Carlos Saporiti, más precisamente niños que asistían al PPMI.

A modo de contextualización, el mismo se trata del servicio al que asisten todos aquellos niños o adolescentes, tanto mujeres como varones, de 0 a 18 años, que sufren cualquier hecho de violencia y/o maltrato ejercido por un adulto, los cuales son atendidos después de la denuncia correspondiente, la cual puede ser a través de las siguientes vías: por la Línea 102 “Línea de los Chicos”, por demanda espontánea o por oficio judicial o pedido del Órgano Administrativo de Aplicación de la Ley 26.061 (O.A.L.), por interconsultas generadas a partir de diferentes efectores de salud u otras instituciones del medio, o de los servicios de internación de los distintos hospitales de la provincia. Cuenta con un equipo de trabajo formado por una Licenciada en Psicología, una Licenciada en Trabajo Social, y una Médica de Familia que trabajan interdisciplinariamente con el Órgano Administrativo Local y con el Juzgado de Familia. Se encuentra ubicado en Rivadavia, Mendoza.

La muestra se basó en 10 madres de niños o adolescentes que han sufrido maltrato infantil, codificado del tipo “abuso sexual” y que asisten al servicio mencionado en el Hospital Carlos F. Saporiti. Las madres de estos niños, son mujeres de distintas edades, y de diferente clase social y de nivel educativo, en su mayoría pertenecen a las zonas aledañas del departamento de Ciudad de Rivadavia. Vale aclarar que no todas son “madres biológicas”, sino que algunas son mujeres que representan las “figuras maternas”, al indagar esta cuestión, lo que respondieron en los casos respectivos fue que esto se debía a que estas “madres ausentes”, son en su debido caso, porque abandonaron a sus hijos desde su nacimiento, o le han dado la tutela a la abuela, o hermana de la madre; este criterio se tuvo en cuenta antes de la administración del instrumento y como habían estado en todo el crecimiento del niño, se consideró irrelevante el hecho de que no fuera la madre biológica del niño. Por lo cual podían ser abuelas o tías siempre y cuando representaran esa figura materna que el niño necesita para su crecimiento y desarrollo.

Para llevar a cabo el trabajo de campo se decidió, después de una ardua búsqueda de instrumentos de aplicación que se ajustara lo más posible a la población y temática, tomar el *C.S.I (Coping Strategies Inventory)*, tuve la valiosa oportunidad de poder establecer comunicación con Cano García (2007) quien fue uno de los que realizó la adaptación española del instrumento.

Previa autorización del trabajo se procedió a la toma del instrumento, que fue de forma individual y dirigida (ya que algunas madres poseían un nivel educativo muy

² - LAZARUS, R.; y FOLKMAN, S. (1991). El Concepto de Afrontamiento. En R. Lazarus. Estrés y Procesos Cognitivos. (pp. 140 – 163). Martínez Roca

6. Las madres frente al abuso sexual de su hijo/a ¿Afrontamiento o Crisis?

bajo), se tomaron tres escalas por semana, debido a que se aprovechaba la asistencia de las madres a las entrevistas de seguimiento con la Psicóloga.

Una vez que se aplicó el instrumento, se procedió a sistematizar los datos, e interpretarlos. Esta sistematización implicó, llevar los puntajes directos a percentiles, y a partir de allí, realizar los gráficos correspondientes. Luego se obtuvieron los resultados, se pudo realizar una descripción rica de aquellas estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres encuestadas. Los gráficos más representativos fueron:

Gráfico N° 1 | Escala “Pensamiento Desiderativo”

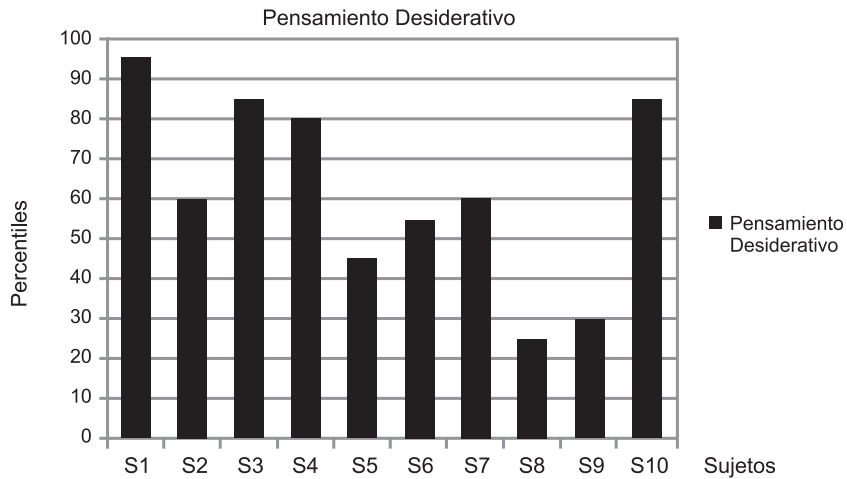


Gráfico N° 2 | Escala “Retirada Social”

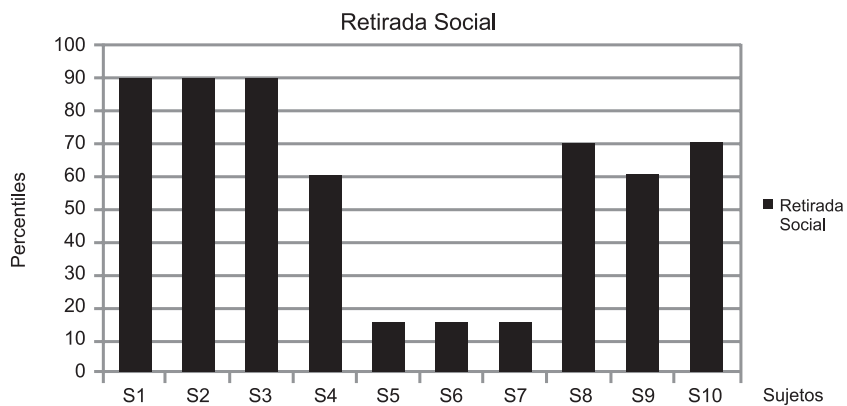


Gráfico N° 3 | Escala “Autocrítica”

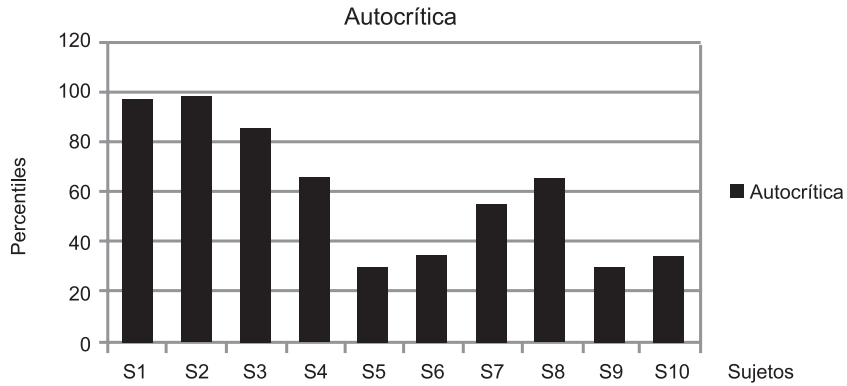


Gráfico N° 4 | Escala “Reestructuración Cognitiva”

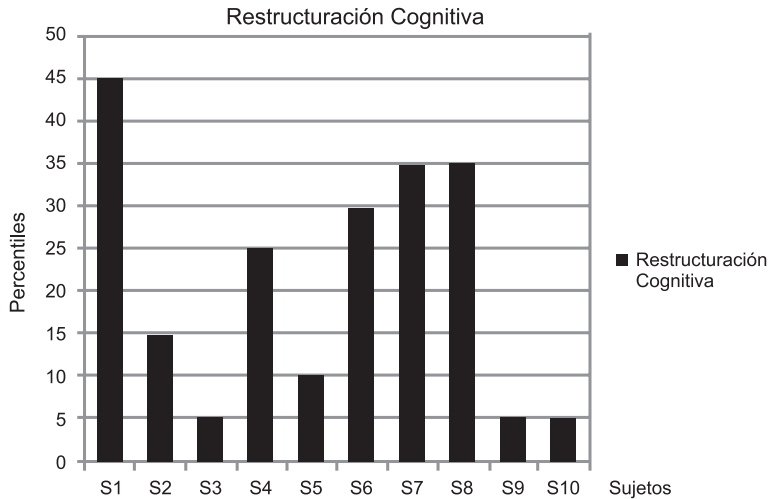


Gráfico N° 5 | Escala “Manejo inadecuado centrado en los problemas”

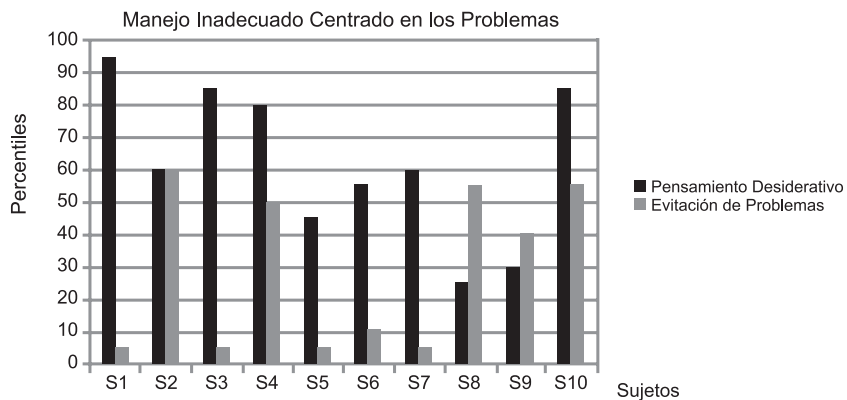
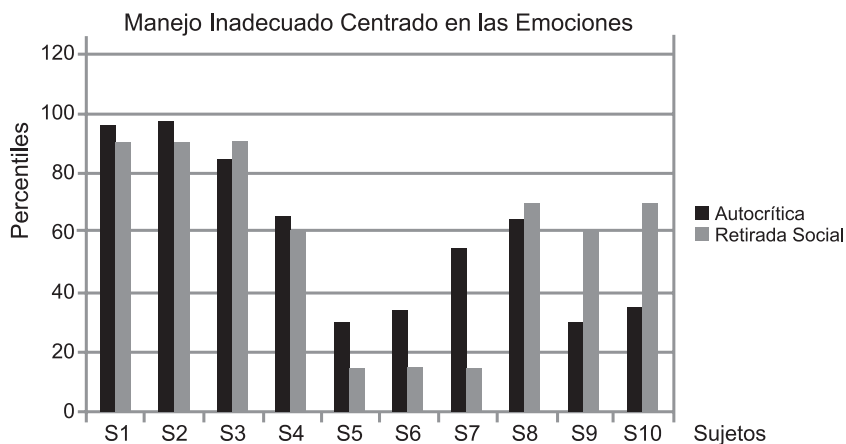


Gráfico N° 6 | Escala “Manejo Inadecuado Centrado en las Emociones”

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos se pudo identificar en las madres la existencia de las siguientes subescalas: resolución de problemas, autocrítica, evitación de problemas, expresión emocional, reestructuración cognitiva y apoyo social, retirada social y pensamiento desiderativo.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las madres fueron Pensamiento Desiderativo y Retirada Social, esto permitirá inferir, teniendo en cuenta a Lazarus (1997), que por un lado estas madres realizan esfuerzos conscientes para manejar esta situación desafortunada que viven sus hijos/as y que perciben como excedente o desbordante, principalmente llevan a cabo estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad que vivían no fuera estresante. Por otro lado también fue significativo el índice de Retirada Social, lo que podría significar, que estas madres afrontan esta situación estresante de la que emergen a través de aquellas estrategias focalizadas sobre la retirada de contacto con amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional del proceso estresante.

También es importante destacar que luego, las sub-escalas que cobraron significatividad debido a los datos obtenidos, fueron Resolución de Problemas y Autocrítica, en la primera parecería indicarnos que modificando la situación, se estaría afrontando el problema de modo adaptativo. En cuanto a la segunda, es importante, destacar que estas madres desarrollan la capacidad para culparse de sí mismas y autocriticarse por la ocurrencia de la situación desencadenada y de la cual sus hijos son víctimas. Se podría inferir que por esta autoinculpación es que restringen el contacto con el exterior, aislándose sin buscar apoyo.

Un dato importante, es en lo que concierne a la estrategia “no utilizada” por las madres. Se trata de la subescala de Reestructuración Cognitiva, en donde los datos revelaron que ninguna mamá utiliza esta estrategia para afrontar la situación estresante que viven,

lo cual significaría que en su totalidad no pueden modificar el significado de la situación.

En una segunda interpretación descriptiva, se tuvo en cuenta el manejo adaptativo, y desadaptativo, observando las estrategias centradas en los problemas y aquellas centradas en las emociones. Según lo que Cano García (2007) denominó como "escalas secundarias". En cuanto a las estrategias centradas en los problemas, se revela un manejo más inadecuado que adecuado en cuanto a los índices de Pensamiento Desiderativo, esto nos lleva a pensar que las madres proporcionan grandes deseos de que la realidad que viven no fuera tan estresante, no asimismo evitando las situaciones estresantes. En aquellas estrategias centradas en las emociones, también se reveló un fuerte manejo inadecuado más que adecuado, y esto se remite a que estas madres utilizan preferentemente el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación, aspectos relevantes de las estrategias Autocrítica y Retirada Social.

Para concluir, se podría inferir que estas madres se caracterizan por desarrollar un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones y en los problemas, lo cual nos permitiría definir estimativamente algunas características del perfil de las madres de niños abusados sexualmente del Hospital Carlos Saporiti. Principalmente, son madres que ante la situación estresante que implica el hecho de saber que un hijo/a ha sido abusado sexualmente, desean que la realidad que viven no sea tan estresante, ya que poseen un alto grado de ansiedad y estrés. Por otro lado tienden a aislarse, alejarse del exterior, lo cual ayudaría a colegir que es una situación demasiado extrema, y que en algún punto, el que otras personas lo sepan, significaría que, han fallado en su función materna, lo que implicaría culparse por lo ocurrido.

A modo de cierre, enfocándonos sobre todo en el papel de la madre en una situación, como es la del abuso sexual de su hijo/a, se puede dar cuenta de que es altamente importante desarrollar un afrontamiento adaptativo, fuerte y sólido, para poder afrontar situaciones que disparen un grado de ansiedad y estrés elevado. En estas madres se pudo observar que su afrontamiento está más debilitado, pasivo, si se quiere, y es en este punto donde la labor del Psicólogo es concluyente, pensar en un abordaje más dirigido, en el cual se pueda trabajar sobre la figura materna del círculo conviviente del niño, de esta manera reforzando las estrategias adaptativas que utilizan se podría llegar a fortalecer aún más el vínculo.

Dentro del Hospital, el equipo del PPMI trabaja con la familia del niño o adolescente abusado sexualmente, se los cita para indagar sobre las circunstancias en las que se encuentra inserto el mismo, si sus necesidades están satisfechas, y cómo va evolucionando a través del trabajo con la psicóloga, pero complementaría mucho mejor el abordaje, trabajar con la madre, y en este punto sería conveniente orientar sesiones a la madre, para trabajar su proceso, sus percepciones de lo vivido, qué siente o qué piensa al respecto, y de esta forma poder reforzar el afrontamiento en ella, de esta manera se favorecería el abordaje de las madres, a que las mismas puedan responder y ayudar de una mejor manera al niño y a la familia.

Por otro lado, parecería interesante y necesario, pensar en investigaciones poste-

6. Las madres frente al abuso sexual de su hijo/a ¿Afrontamiento o Crisis?

riores, afinando en aspectos tales como la clase social, o el nivel educativo, ya que en esta investigación, se focalizó la muestra a las madres de clase social indistinta, y de cualquier nivel educativo alcanzado, esto marcaría una gran diferencia entre aquellas madres que lograron estudiar, y aquellas que no lo pudieron hacer, lo que generaría una diferenciación en el desarrollo del afrontamiento. También sería significativo llevar a cabo un estudio descriptivo-comparativo, entre las madres biológicas, y las abuelas o tías que representan la figura materna, para obtener datos más significativos, a la hora de analizar la escala tomada, y llegar a conclusiones más precisas acerca de aquellas estrategias de afrontamiento más utilizadas.

Bibliografía

- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicología Patológica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L. y García Martínez J. (2007). Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). El Concepto de Afrontamiento. En R. Lazarus. *Estrés y Procesos Cognitivos*. (pp. 140-163). Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). El Proceso de Afrontamiento: una alternativa a las formulaciones tradicionales. En R. Lazarus. *Estrés y Procesos Cognitivos*. (pp. 164-202). Barcelona: Martínez Roca.
- López, M. (2010). Secuelas del Abuso. En M. Cecilia López. *Abuso Sexual. Como prevenirlo, como detectarlo*. Buenos Aires: Paidós.
- López, M. (2010). Clases de Abusos. En M. Cecilia López. *Abuso Sexual. Como prevenirlo, como detectarlo*. Buenos Aires: Paidós.
- López, M. (2010). Las Madres de Niños Abusados. En M. Cecilia López. *Abuso Sexual. Como prevenirlo, como detectarlo*. Buenos Aires: Paidós.
- Perrone, R. (1997). Abuso Sexual e Incesto. En Perrone, R. *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley Nacional N° 26.061 (2008). Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Mendoza.
- Ley Nacional N° 6551. (1997). De la Creación del Programa de Prevención y Atención Integral de Maltrato de la Niñez, Adolescencia y Familia. Mendoza.

7.

La incidencia de pérdidas traumáticas en la función materna de mujeres del Barrio Lihué

Lorena V. Hernández

M. Lorena Matellón

El presente artículo surge en el marco de una investigación que se encuentra en desarrollo desde el año 2012 en el Bº Lihué del departamento de Guaymallén, provincia de Mendoza.

El estudio está basado en la particular manera en que las mujeres que conforman este trabajo, vivencian situaciones de pérdida y desempeñan la función materna. Se administró una entrevista semi-estructurada creada ad hoc, tanto a la madre, como a una persona significativa que la haya acompañado durante el proceso de duelo. Se utiliza una metodología cualitativa, tratándose de un estudio exploratorio-descriptivo que busca comprender la manera particular en que las mujeres significan la función materna y las pérdidas traumáticas. También se pretende identificar cómo éstas influyen en las conductas de protección hacia sus hijos.

El Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia, desde hace varios años realiza tareas de prevención en el barrio mencionado. Las mismas se desarrollan a partir de la inserción de los profesionales del programa en Servicios Educativos de Origen Social (SEOS) de la comunidad.

De la labor en el Bº Lihue desde el año 2008 dos fenómenos comenzaron a llamar la atención: la recurrencia de casos de muerte traumática del padre de la familia y las dificultades en el desempeño de la función materna.

De esta manera, a partir de la experiencia con la comunidad y el conocimiento de la temática, nos surge el interrogante de saber si existe una relación entre el desempeño de la función materna y las pérdidas traumáticas de algún miembro de la familia.

En este contexto, surgen algunos interrogantes: ¿Las situaciones de pérdida traumática afectarían el desempeño de la función materna? ¿Cómo impactan estas pérdidas en los otros significativos?; ¿Cómo transcurre el proceso de duelo en las mujeres que sufren dichas pérdidas?; ¿En qué consiste la función materna para esta comunidad?; ¿Qué implica ser madre para estas mujeres? ¿Este proceso de duelo, y su conocido desgaste de energía libidinal, influiría en las conductas protectoras de la madre hacia sus hijos?

Proceso de duelo, muerte, desaparición, culpa, sentido personal, proyecto de vida, significación de la maternidad, serán los ejes que articulan este capítulo. A continuación se propone un recorrido teórico por las mencionadas temáticas.

La muerte como vivencia traumática

La cuestión de la **muerte** se presenta como un problema vivencial y de conocimiento. Pensar en términos psicológicos el tema de la muerte, en cuanto a su inevitabilidad, ha

sido sin lugar a dudas uno de los interrogantes esenciales del ser humano.

Tal como afirma Bauab (2012) en "Los tiempos del duelo", el término duelo es una palabra homónima, recaen sobre ella dos significaciones. Etimológicamente proviene de dos vocablos latinos: *Dolus* del latín tardío que significa dolor, pena o aflicción. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, *Duellum*, variante fonética, arcaica de bellum que significa batalla, desafío combate entre dos.

Basándose en la propiedad homónima de la palabra duelo y de las raíces etimológicas, Bauab afirma que el duelo es dolor, dolor psíquico.

Según Millán-González y Solano-Medina (2010), si bien tradicionalmente el duelo se ha considerado el conjunto de reacciones emocionales provocado por la pérdida de un ser querido, la pérdida de la salud propia o de un tercero; también este proceso puede activarse tras perder algo significado como valioso para el sujeto. Como podría ser la pérdida de un trabajo, de un bien, de una relación, de un contexto social.

Más allá de las definiciones generales de duelo, no se puede perder de vista que se trata de algo personal, único, íntimo. Asimismo, su resolución dependerá en gran medida de la estructura psíquica previa del sujeto, del contexto en que se da la pérdida, de la posibilidad de poder manifestar lo vivenciado, de lo que el objeto perdido representaba para el doliente, entre otras cosas.

Así el duelo es un proceso reactivo, inevitable, universal que una persona va atravesando en etapas sucesivas ante una situación de pérdida.

En el trabajo realizado, se consideró el duelo ante la mayor de las pérdidas: la muerte de un ser querido. Además en la mayoría de los casos estudiados se trató de la pérdida inesperada del compañero o cónyuge.

Como afirma Fernández Moya (2012), si bien la muerte siempre nos sorprende, lo deseable, aunque cada vez menos predecible, es la muerte luego de una larga y feliz existencia, caracterizada por un ancianidad plena de sabiduría y reconocimiento. Esto no ocurría en ninguno de los casos considerados en el estudio, ya que siempre la persona murió repentinamente tras un accidente automovilístico o un homicidio.

Según un estudio cualitativo realizado en Colombia (Corredor, 2002) sobre duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio, el duelo es el proceso de adaptación que sigue a las pérdidas y comprende las repercusiones directas de éstas, tanto como las acciones que se emprenden para acomodarse a la nueva realidad.

Existen muchas descripciones de las etapas que se atraviesan en un duelo, a continuación se mencionarán las que describe Greco (2011) en su libro "Muertes inesperadas".

PRIMER MOMENTO: SORPRESA

La sorpresa es la reacción emocional ante lo inesperado. La noticia de una muerte inesperada: es impensable, llega sin estar preparados, entra en la conciencia, sin gradualismos ni adaptaciones progresivas.

En ese momento se reviven de un modo inconsciente las "situaciones de sorpresa" de la vida. Así el pasado se presenta con la fuerza de lo postergado y no elaborado.

Ante una muerte inesperada, quien no se sorprende no se está permitiendo tener una vivencia natural y necesaria, cuya finalidad consiste en darle tiempo al psiquismo para asimilar la información sin quebrarse.

Por lo tanto, la sorpresa es una vivencia necesaria, una herramienta que el psiquismo utiliza como primera respuesta ante una situación inesperada, desbordante y dolorosa.

SEGUNDO MOMENTO: DOLOR

El dolor constituye, junto con el sufrimiento, una experiencia nodal de la vida. Pueden ser acalladas, anestesiadas, dormidas, pero sólo la comprensión del sentido de su presencia hace que puedan ser asimiladas.

Luego del primer momento de sorpresa, comienza el dolor y el sufrimiento. El dolor es una sensación, que se asocia a la presencia de algún tipo de daño o alteración del equilibrio de la persona.

El dolor individualiza a la persona que lo sufre y afecta a quien lo padece. Es al mismo tiempo una sensación y un afecto. Cuando el sujeto toma conciencia del dolor es cuando se plantea el problema del sufrimiento.

Mientras que el dolor habla del cuerpo y sus avatares, el sufrimiento habla del ser, que es la diferencia que existe entre “tengo un dolor” y “yo sufro”. El dolor posee un marcado carácter espacial. Cuando una persona tiene un dolor puede situarlo en alguna parte de su cuerpo, en cambio, el sufrimiento es temporal, se vincula con la historia y la biografía de una persona.

Tanto el dolor como el sufrimiento son dos maneras de explorar la intimidad y de empujar al sujeto hacia la madurez y la perfección. El sufrimiento puede ser motor de cambio y transformación. El dolor y el sufrimiento son experiencias que hay que tratar de comprender para poder convertirlas en aprendizajes.

Ante una muerte inesperada, los que quedan vivos reaccionan con el cuerpo y con el alma. Se produce una conmoción intensa y prolongada que luego, a veces se silencia pero no desaparece.

Esta experiencia de sufrir es necesaria porque enfrenta al sujeto con su propia persona, con sus limitaciones, con el valor de lo perdido, pero también con el hecho de que se sigue vivo.

TERCER MOMENTO: DESPEDIDA

El proceso de duelo en el cual se sana la herida que produjo la pérdida de un ser amado puede durar mucho tiempo. Durante esa época se pasa por distintos estados emocionales: bronca, odio, culpa, pena, tristeza, exaltación, añoranza, negación, etc. Todos ellos son normales y necesarios.

Cuando se produce la muerte inesperada, el yo se desgarrá, la seguridad entra en crisis, la autoestima decae y esto necesita repararse para recuperar la confianza en la vida. A medida que ese objetivo se alcanza va llegando el momento de decir adiós, de poder separarse.

7. La incidencia de pérdidas traumáticas en la función materna de mujeres del Barrio Lihué

Las despedidas nunca son fáciles. En cada despedida se reviven todas las despedidas. Poder despedirse hoy es re-elaborar las despedidas pasadas. Despedirse es hacer espacio en la vida para nuevos amores, otros afectos diferentes; dar paso a renovadas esperanzas.

Quien se despide reconoce que el otro al que le dice adiós, fue alguien valioso en su vida, pero que él debe seguir adelante contando sólo consigo mismo.

El trabajo de duelo implica la pérdida de algo valorado sin que esto excluya la ambivalencia y predomine el sentimiento de tristeza y nostalgia por el objeto perdido.

Según Gómez Sancho (1998), se pueden describir cuatro tareas que deben realizar quienes sufren una pérdida antes de reencontrar el equilibrio: aceptar la realidad de la pérdida, dar expresión al dolor producido por la pérdida, adaptarse al ambiente en el que el difunto ya no está presente e invertir la energía emotiva en otras personas o relaciones.

En general, puede decirse que el duelo ha sido resuelto cuando el doliente ha atravesado por las anteriores etapas y tareas. Si las anteriores tareas se realizan saludablemente, se lleva a cabo el retiro de la libido del vínculo de quien murió.

Cuando se bloquea o niega el proceso "normal" que implica el duelo, o sea cuando no se transitan oportunamente las etapas y tareas descritas anteriormente, se ponen de manifiesto reacciones patológicas.

Es muy frecuente unir el proceso de duelo con las manifestaciones de un cuadro depresivo, porque la expresión mínima ante una pérdida es un cuadro de características depresivas.

Fernández Moya (2012) cita a Worden, para quien la principal diferencia entre el duelo y la depresión, es que en el primero la autoestima no se encuentra afectada. Las personas que han perdido a alguien no se sienten menos a causa de la pérdida, o si lo hacen, tiende a ser durante un breve período de tiempo. Y si los supervivientes del fallecido experimentan culpa, es una culpa asociada a algún aspecto específico de la pérdida más que un sentimiento de culpabilidad general.

El DSM IV (2003) se refiere al duelo como la categoría que puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor: por ejemplo sentimiento de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso. La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como "normal", aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo "normal" varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales.

Por otra parte, según la investigación "Duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio" (Corredor, 2002), el duelo en estas personas suele pensarse como complicado o con características combinadas de duelo normal y trauma. Los duelos complicados (Corredor, 2002) son aquellos en los que no se alcanza la acomodación y se caracterizan por intensidades y/o duraciones exageradas o demasiado leves de las reacciones del duelo más que por la presencia o ausencia de algunos síntomas de-

terminados. En el duelo por homicidio, por ejemplo, los tiempos e intensidades de las reacciones aumentan significativamente.

Se afirma que existen semejanzas entre algunos síntomas del duelo y el trauma. Un **trauma** (Greco, 2012) es un monto de excitación que la persona no puede descargar y que la desorganiza, lastima y hace sufrir. Esta energía inasimilable que queda dentro del sujeto, que no encuentra caminos de salida, altera su conciencia de un modo radical, lo conmociona tanto psíquica como orgánicamente hasta el punto de que la persona se siente extraña y desconectada de la vida.

Puede pensarse que en los casos del B° Lihue, los duelos presentaron características traumáticas, ya que siempre se trató de una muerte violenta e inesperada.

La muerte inesperada (Greco, 2011) no da espacio para saldar cuentas pendientes. Muchas veces hace nacer en los que quedan vivos, sentimientos de bronca, indignación e impotencia que se aceptan sólo con resignación. La persona se ve obligada a aprender de golpe, y todo junto, algo para lo cual aún no estaba preparada.

Frente a la muerte inesperada una reacción habitual es **la incredulidad**. Nadie puede imaginar que esto sea posible. La misma conmueve hasta tal punto que en algunos casos hay un alejamiento total, una especie de fobia a todo lo que se relaciona con el muerto.

En algunos casos surge la negación, en otros el descontrol. Pero pese a la diversidad hay una sensación en común: **algo ha cambiado, ya nada es igual**.

Cuando la muerte inesperada acontece, plantea a los que quedan vivos, una doble tarea: descubrir el sentido de esa pérdida en sus vidas y hacer el duelo por la persona que ha partido (Greco, 2012).

Las muertes repentinas han demostrado tener un efecto debilitante en los dolientes lo que puede prolongar el duelo, ya que producen un gran trauma tanto emocional como físico. Se ha encontrado que los sobrevivientes que han perdido a un ser querido de manera repentina tienen sentimientos de rabia más pronunciados que aquellos que perdieron a su ser querido por una enfermedad crónica. Otros investigadores plantean que el duelo por muerte repentina e inesperada incrementa el malestar físico experimentado por la persona (Echeverría Rengifo, 2004).

Cuando alguien amado muere, aparecen sentimientos de indefensión e invalidez que dificultan continuar con la vida como hasta el momento. Con el paso del tiempo se logra re-comenzar de nuevo, pero aquello que ya no fue ya no podrá ser. Los proyectos que no se pueden realizar son los que aún viven y atan a la persona al pasado.

La muerte inesperada (Greco, 2011) es un llamado que puede ser asimilado como una incitación a realizar un camino de crecimiento, como una oportunidad o como un castigo. Frente a este llamado, Greco (2011) menciona que existen diferentes formas de reaccionar:

- Negando la realidad: es una manera de no darse la oportunidad para saber qué es lo que está pasando con esa muerte inesperada dentro de uno mismo. Se reprime el dolor. No se acepta la angustia y la tristeza.
- Sintiendo una víctima: se siente sometido a un suceso que lo desespera y lo deja como inválido, y espera ser tratado de un modo especial y comprensivo. Se busca la dependencia de otros como manera de enfrentar sus sentimientos.

7. La incidencia de pérdidas traumáticas en la función materna de mujeres del Barrio Lihué

- Aprovechándose de la tragedia: se busca obtener una ganancia personal sin consideración ética alguna. La muerte inesperada aparece como una oportunidad de beneficio y ganancia para los propios intereses.
- Colocándose en el lugar de mártir: la muerte inesperada lo coloca en el lugar de víctima, intentando manipular a los otros por medio de la culpa.
- Buscando lo perfecto: la muerte inesperada es asimilada como una pregunta a la cual hay que encontrarle una respuesta precisa.
- Destruyendo: siente una gran pérdida y dolor. Todo lo que está alrededor deja de ser motivo de ilusión y de expectativa. Este comportamiento abarca una gran gama de posibilidades y puede llegar al suicidio como reacción ante una muerte inesperada.
- Refugiándose en el desborde: ante la muerte inesperada puede nacer la búsqueda del refugio en el desenfreno, la lujuria, en el dejarse arrebatar por la pasión, el descontrol, todo antes de aceptar la soledad.
- Aferrándose a un proyecto: se siente herido y el mundo se convierte en una carga, de la cual sólo puede salir adelante desarrollando una tarea de modo obsesivo, para intentar tapar con la hiperactividad el dolor y la pena.
- Controlando todo: la muerte inesperada puede generar descontrol. Hay que controlar la situación a cualquier precio, organizar todo y a todos de modo que no haya cabos sueltos e imponer su autoridad para enfrentar este momento.
- Desvalorizándose: sentirse "chiquito" y con muy baja autoestima.
- Juzgando y criticando: se critica de un modo implacable, nadie hace lo que debe o como se debe.
- Dramatizando: transformar la muerte inesperada en un circo, una especie de telenovela dramática donde la persona es el centro de atención del espectáculo que ha montado.
- Aceptando: se acepta lo que la vida propone como una oportunidad de aprender y de crecer, dolorosa pero dirigida a ayudarnos a avanzar en nuestro camino de evolución como personas.

Tal como afirma Greco (2011), la muerte devuelve lo que se proyecta en esa pérdida, y permite darse cuenta de la naturaleza del ser. Así, por ese medio, se descubren soledades y compañías, fortalezas y debilidades, miserias y grandezas.

En cinco de las seis historias de muerte inesperadas que hallamos en el B° Lihue, se trataba de la muerte del cónyuge. ¿Qué aspectos debemos considerar ante la muerte de éste?

Fernández Moya (2012), menciona que esencialmente debemos considerar cuál ha sido la relación y el grado de satisfacción: cuanto mejor ha sido la relación, mejor será el proceso, no sin dolor o pena. Si la relación ha sido mala el proceso será más difícil y complicado de elaborar. La muerte congela en el tiempo la relación matrimonial conflictuada, y siempre se presenta como inconclusa, insatisfactoria, por la presencia de la culpa.

El duelo ha sido superado cuando la persona que lo sufrió se ha separado del cónyuge muerto de manera suficiente como para reanudar su vida funcional. Fernández Moya (2012) plantea que una proporción de los cónyuges (25%) no reanudan simplemente su vida o regresan a su nivel anterior de funcionamiento, sino que, en cambio, experimentan un crecimiento personal en un grado sustancial. O sea, cierta proporción de viudas y a veces viudos aprende a enfocar la vida de distinta manera.

En una investigación realizada con dolientes que perdieron a su pareja, se encontró que los viudos(as) más jóvenes sentían más rabia ante lo injusto de una muerte inesperada, así como presentaban mayores elevaciones en las escalas de desesperanza, culpa, pérdida de control emocional, despersonalización/embotamiento/aturdimiento, ansiedad ante la muerte y alteraciones del sueño (Echeverría Rengifo, 2004).

Por otra parte, en la mencionada investigación, se plantea en relación a lo económico que la viuda no está en condiciones de tomar grandes decisiones debido a que en la mayoría de los casos todo lo relacionado con el dinero era por lo menos una realidad

compartida; en adición a esto debe pensar en el financiamiento de su familia.

También Echeverría Rengifo (2004) menciona que otro de los puntos que ciertamente se ve afectado con la muerte del esposo es la relación con la familia política o la familia de la pareja. La familia política puede ser un gran apoyo o un inmenso obstáculo, ya que en muchos casos se desarrollan fuertes sentimientos de rabia hacia la viuda porque el ser querido está muerto o inmediatamente se hacen presentes problemas relacionados con el cuidado de los hijos.

La autora menciona un estudio realizado por Danto (1975) con viudas de policías del Departamento de Policía de la ciudad de Detroit en los Estados Unidos, que perdieron a sus esposos de manera repentina (asesinato y accidente). En el mismo, se halló que las viudas experimentaban cierto resentimiento hacia el difunto por no haber cuidado mejor de sí mismo, por haberlas abandonado o por la injusticia de tener que asumir un trabajo tan peligroso, lo que estaba asociado con sentimientos de culpa y rabia.

El vínculo madre-hijo

Los vínculos familiares -y entre ellos el vínculo madre-hijo- son esenciales, entre otras cosas, para el afrontamiento de situaciones traumáticas, la regulación de la autoestima y la identidad, la elaboración de duelos, la constitución de valores y proyectos vitales.

La palabra “vínculo” viene del latín “vinculum” (atadura), es una ligadura estrecha, pero no forzada. En inglés se utiliza “attachment” para designar “apego”, “vínculo de afecto” o “vínculo afectivo”. Afecto se utiliza para denotar el vínculo específico que une al niño pequeño con su madre (Molesini, 2011).

Este vínculo materno-filial implicaría una relación perdurable, productora de seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer. La misma ofrece el andamiaje funcional para todas las relaciones subsecuentes que el niño desarrollará en su vida.

Molesini (2011) menciona en su tesis, que dicha relación tiene dos características importantes:

- 1) el vínculo intrauterino: antes de nacer, el niño se gesta dentro del cuerpo de la mujer.
- 2) el vínculo extrauterino: después de nacer, la madre le asegura la supervivencia en un período en que el niño depende por completo de ella.

Bowlby, (1989) describe la “conducta de apego” como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado”.

El bebé nace en un vínculo, y por ello madre implica hijo, e hijo implica madre. No puede haber mamá sin bebé, ni bebé sin mamá.

Según el Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares (1999), madre en su raíz etimológica está asociada a lo biológico, como mujer que “ha parido”, “que tiene o ha tenido hijos”. Con respecto a la función materna, cabe aclarar que cuando se habla de funciones, es en referencia a funciones simbólicas, no biológicas. La función materna surge de la posibilidad de construir un útero-nido, claustro afectivo necesario para el desarrollo y crecimiento del niño.

Quien desempeña la función materna nutre, asiste, arrulla, mimica. La misma tiene que ver con la contención emocional. El fenómeno de la maternidad, excede el hecho biológico, implicando un significado a nivel social, cultural, pero sobre todo una importante valoración psicológica.

Luego de la separación de la unidad madre-hijo producida por el corte del cordón umbilical, el niño se enfrenta con los objetos del mundo externo, comenzando la integración estructural del nuevo ser. Al nacer el niño se encuentra en una etapa de completo desamparo e impotencia. Necesita de otro: una madre, un padre, una familia para sobrevivir.

Freud, (1896) dice que el niño nace en un estado de desvalimiento e indefensión, experimenta ataques de vértigo y espasmos de llanto, pero cuenta con un otro prehistórico inolvidable a quien ninguno posterior iguala ya. Es de fundamental importancia la función materna para ayudar al bebé a enfrentarse con esto.

El psiquismo tiende a evitar la angustia, el sufrimiento. Cuando no se puede huir de estas situaciones las debe metabolizar, buscar su representación, su simbolización. Es decir, ordenarlas, nombrarlas, explicarlas, y de este modo cedería la angustia. La madre, o quien entrañe esta función, ofrece los recursos para realizar esta metabolización. La madre es al principio quien le da significación a las experiencias, y lo pone en palabras según su propio código. Así le da sentido a la experiencia. Más adelante el niño podrá solo y la madre debe correrse y dejar ese lugar para permitirle crecer.

Como expresa Rosa Colombo (2008), la relación que el niño establezca con el adulto significativo que engendra dicha función, dará cuenta de la especial constitución del aparato psíquico de este sujeto, de las defensas predominantes, de su modo particular de relacionarse él mismo y con el medio.

El psiquismo del recién nacido no le permite manejar sus estados de angustia. La forma de comunicarse y comunicar sus estados, es a través del desborde del llanto. En este sentido, la madre es la que tiene que hacerse cargo, ser receptiva de tal estado y a través de su propia resonancia emocional y su capacidad de identificarse con la situación del bebé, encontrar una propuesta resolutoria.

De esta manera, con la ayuda de un adulto, el niño logra la adaptación a las demandas del mundo externo e internalizar el principio de realidad. El adulto que ejerce la función materna, brinda la posibilidad al niño de la constitución paulatina de un Yo que comienza a relacionarse con la realidad.

Cuando el niño ha contado con una base segura, una madre suficientemente buena, puede lentamente hacer frente a este torbellino de sensaciones e ir entrando poco a poco en la realidad circundante (Colombo, 2008).

La madre le brinda al niño lenguaje, caricias, sonidos, y va delimitando tanto la realidad interna como la externa de ese hijo. Así la función materna va constituyendo al nuevo sujeto. Rosa Colombo (2008) propone que la estructuración incipiente del psiquismo del niño, es producto de la interacción entre una madre que dona, que responde a sus necesidades, pero que a su vez exige en función de un lugar simbólico en el que ella lo ha ubicado.

La madre, para lograr esto apela a toda su capacidad madura y a todo su entorno sostenedor y reasegurador, es decir su relación con el padre del bebé y su profundo compromiso con el proyecto vital de la pareja.

Como menciona Molesini (2011) mientras más capaz sea el vínculo de sobrellevar satisfactoriamente las vicisitudes tempranas, más asegurada estará la estabilidad mental y el futuro desarrollo sano del niño. Experiencias diversas como sus primeras relaciones con su propia madre, los “juegos de roles” en la infancia, en los que la niña representaba alternativamente el rol de madre y/o hija, así como otras vivencias posteriores en la adolescencia influirán en su desempeño como madre. De esta manera, la madre adquiere una importancia única, inalterable y permanente y adviene, para los dos sexos, el objeto primero y más importante de amor, prototipo de todas las relaciones amorosas ulteriores.

Sin embargo, el amor maternal no es, de ninguna manera, un sentimiento puro e ideal, ni tampoco simple, sin conflictos, tal como casi siempre aparece representado en el imaginario colectivo. Por el contrario, es un sentimiento ambivalente, complejo y ambiguo, donde se mezclan estrechamente el amor y la agresividad, el reconocimiento del otro y la confusión con él.

Recamier, citado por Molesini (2011), plantea que “la maternalización es el conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad, por lo tanto es un fenómeno psicobiológico...” Para analizarlo, es necesario tomar en cuenta estas nociones:

1. El amor maternal es ambivalente.
2. La maternidad es una fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer.
3. Las etapas de la evolución del bebé se reflejan en la realidad psíquica de la madre.

1. Está demostrada la ambivalencia del sentimiento maternal: principalmente en los primeros meses de la vida del niño. En esa etapa la madre siente que su bebé la requiere a cada instante, no la tiene en cuenta como una persona diferente, sino como una extensión de él mismo. La corriente agresiva que todo esto genera en la madre es natural, pero aún cuando estos sentimientos aparezcan como los más evidentes, no son en general, los más fuertes.

2. La maternidad, como fenómeno psicobiológico y como crisis evolutiva, reactiva conflictos del pasado y potencia las problemáticas presentes, sobre todo las relacionadas con los vínculos con los otros.

Así como el niño se desarrolla de etapa en etapa, su madre debe pasar por una serie de fases de desarrollo. Cada una de estas etapas confronta a la madre con nuevos desafíos que debe superar, valiéndose de sus propios recursos, internos y externos.

La maternidad representa una crisis evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. La mujer atraviesa estas crisis en función de: su historia personal, la estructura de su personalidad, la situación presente: conyugal, familiar y social, las características del bebé, la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia.

Además, la maternidad representa para la madre una serie de cambios: una transformación corporal y hormonal; un cambio de status social; importantes fluctuaciones pulsionales; la reactivación de conflictos infantiles, en particular aquellos que se relacionan con las primeras etapas; la disolución y reconstrucción de identificaciones precoces, en particular, la identificación con su propia madre; una transformación de la imagen corporal en dos tiempos: primero al producirse el embarazo y después del nacimiento del bebé; transformaciones del sentimiento de identidad personal: los sistemas defensivos que anteriormente estaban organizados, están a veces fragmentados o violentamente reforzados.

3. El nacimiento es, para algunos autores psicoanalíticos, el primer gran trauma que sufre el niño. Pero también para la madre, a otra escala, es un momento traumático, ya que ella debe integrar al niño a su propia imagen corporal y luego separarse de él. Así las etapas evolutivas que atraviesa el niño, tienen su correlato en la realidad psíquica de la madre.

La lactancia le permite a la madre, por un tiempo, seguir unida al bebé. Pero el destete posterior va a significarle a ella una ruptura, al igual que el inicio de la locomoción del niño por la cual este puede alejarse, por sus propios medios, del cuerpo materno. De esta manera, los logros evolutivos que el niño adquiere y lo llevan a una mayor independencia, tienen su correlato en la psiquis materna.

En resumen, tal como señala Rosa Colombo (2008), la función materna actuaría:

- como sostén, como la que dona aquellos recursos que posee, la que brinda los límites,
- como la que permite un espacio entre lo interno y lo externo,
- la que sexualiza pero al mismo tiempo señala la interdicción, la prohibición del incesto.

La experiencia en el Barrio Lihue: resultados Preliminares de la investigación “La incidencia de las pérdidas traumáticas en la función materna”

En el desarrollo de la investigación se ha entrevistado a seis madres, cinco de las cuales perdieron traumática e inesperadamente a su pareja entre los años 2008 y 2011. La sexta participante perdió al padre de su hija (padrastro abusador).

Las mismas tienen entre 24 y 45 años, son madres de 2, 3 y 4 hijos. Sólo dos de ellas lograron volver a hacer una nueva elección de pareja y no son sostén económico de la familia (Ver Tabla 1).

En cuanto a los momentos del duelo, se pudo observar que existió en todos los casos la sorpresa como defensa ante la muerte inesperada. Sin embargo, ninguna de las mujeres re-significó lo postergado o lo que quedó sin elaborar en el pasado.

Si bien fueron impactadas por la sorpresa, y en la mayoría de los casos han atravesado un proceso de dolor, no se observa que estas mujeres hayan realizado un proceso de profundo aprendizaje a partir del sufrimiento experimentado.

De las tareas que propone Gómez Sancho (1998), estas mujeres han podido aceptar la realidad y adaptarse al ambiente cotidiano sin el difunto, pero han tenido dificultades a la hora de expresar el dolor producido por la pérdida.

PARTICIPANTE	Fliar. Perdido	Cant. de Hijos	Edad	Escolarización	Tiempo de Pérdida	Ocupación	Pareja Actual	Psicoterapia
L	Pareja	4	29 años	Primaria completa	5 años	Ama de casa	SI	NO
V	Pareja	2	25 años	Secundario incompleto	4 años	Empleada comercio	NO	NO
C	Pareja	4	33 años	Secundario incompleto	4 años	Empleada limpieza sanatorio	NO	SI
K	Padrastró	2	24 años	Secundario incompleto	4 años	Ama de casa	SI	SI
A	Pareja	4	45 años	Secundario incompleto	4 años	Empleada doméstica	NO	NO
E	Pareja	4	27 años	Primaria completa	5 meses	Personal de limpieza en centro de salud	NO	NO

Tabla 1. Datos relevantes de las participantes de la Investigación

Esto puede relacionarse con el hecho de que no fue posibilitado de manera ni interna ni externa, el espacio mental para la reflexión. Estas mujeres han otorgado poco espacio al momento de introspección, pasando más rápidamente al momento de la despedida.

La despedida e inversión de la energía emotiva se ha dado en la mayoría de los casos, y es la que ha posibilitado nuevas elecciones: para algunas se ha tratado de una nueva elección de pareja y, para otras, la elección de un trabajo.

En un caso, se observó que la despedida no se ha presentado, porque aún se observan signos de no haber retirado la libido del vínculo, ya que la persona perdida (pareja) está idealizada. Se trata de un caso significativo, que en adelante denominaremos caso A.

A. es una mujer de 45 años, madre de 4 hijos, quien trabaja como empleada doméstica. Hasta el año 2009, se encontraba en pareja con N, quien es asesinado por una de las hijas de A. La misma había sido abusada en reiteradas ocasiones por N, y producto de ello tiene una hija. A. se enteró de la situación de abuso un tiempo antes de lo ocurrido.

A ha atravesado un doble proceso de duelo por el vínculo perdido: primero al enterarse del abuso, luego, ante el deceso. La sucesión en un corto tiempo de estos dos hechos, ha intensificado el impacto emocional de la pérdida. Es por eso que en ella se observan algunos signos correspondientes a un cuadro depresivo, sin obviar las características predisponentes de su personalidad.

Al acontecer las muertes traumáticas, en general estas mujeres no se han planteado el sentido de estas pérdidas en sus vidas, sino que buscaron acomodarse a las situaciones que sobrevinieron sin la posibilidad de encontrar un significado positivo en esa pérdida.

La energía psíquica estuvo al servicio de resolver lo urgente: ha resultado más importante para ellas el sostenimiento económico de la familia que la reflexión sobre lo inesperado de la muerte y sus consecuencias para el desarrollo de sus hijos.

No se ha observado en estas mujeres la vivencia de sentimientos de rabia pronunciados, tal como se halló en la investigación "Experiencia de duelo en viudas de policías" (Margarita Echeverría Rengifo, 2004). Tampoco experimentaron un aumento del malestar físico como presentaron las viudas de la investigación.

Asímismo, no se halló la intención de la búsqueda de una respuesta precisa y perfecta ante el por qué de la muerte inesperada, tampoco transformaron a esta en un escenario para dramatizar.

En términos generales, las mujeres del Barrio Lihué, no asimilaban la muerte inesperada ni como una oportunidad de crecimiento, ni tampoco como un castigo. Sin embargo, algunas han enfocado su vida de una manera distinta luego de lo sucedido, tal como se muestra en la siguiente viñeta:

"...Todo lo que he vivido con este pibe, mi nueva pareja. Salir, pasear, disfrutar. Me ocupó más de mí y dejó que él se ocupe de mí. Con Juan no salíamos a pasear por compramos la mesa, por ejemplo. La segunda experiencia fue distinta..."

De las reacciones descritas por Greco (2011) en el apartado de duelo, en las madres entrevistadas, se hallaron principalmente la negación de la realidad, aprovecharse de la tragedia y aferrarse a un proyecto.

A continuación se exponen algunas viñetas extraídas de las entrevistas y que son representativas de las reacciones vivenciadas:

- *"...No cambió nada a partir de la muerte de mi marido, lo que sí quedarme sola fue bastante fuerte, más por que los chicos eran chiquitos...me costó dejarlos..."* (negación).

"No tengo mi casa, la tengo y no la tengo, porque con el juicio me voy a comprar una casa". (aprovecharse de la tragedia).

- En el caso A, al morir N, este le solicita a A que cuide de su hija, que a su vez es la nieta de A. De esta manera, la niña representa una posibilidad de vida para A, quien se aferra al proyecto de cuidado de su nieta, vivenciando esta relación como materno filial.

En cuanto a las relaciones de pareja, se observa que la mayoría eran sostenidas por los hijos y por el sostén económico, y pareciera encontrarse desdibujado el compromiso afectivo, el proyecto vital compartido, el espacio de la pareja, entre otras cosas.

En algunos casos, se observó que existían dificultades en la pareja, debido a algunas conductas infantiles del hombre, como por ejemplo, salir a bailar con los amigos. Otras conductas causantes de conflictos en la relación de pareja es la dependencia al alcohol.

Al contrario de lo mencionado en el apartado de duelo, cuando existía una dificultad en la relación, a partir de la muerte inesperada, se observa, en algunos casos, una mayor tendencia a experimentar cierto alivio, y el proceso de duelo se resuelve sin grandes dificultades.

Se presentaron sentimientos de impotencia y bronca, como así también resentimiento hacia el difunto por haberse expuesto a situaciones riesgosas.

En cuanto a la relación con la familia política, en la mayoría de los casos no funcionó como un factor posibilitador, ya que luego del deceso se produjo el alejamiento.

Con respecto a la función materna, se comenzará por el análisis de lo que las participantes consideran que es ser una buena madre, citando algunos fragmentos textuales de la entrevista:

- *Hacer lo mejor que puedo... Cuidar a mis hijos...por ejemplo, yo estoy detrás de los dos, que a mí me duele si A se cae, a mí me duele si A tiene un piojo... empiezo a rabiar con mi mamá porque no la revisan, porque no la cuidan, porque tiene las rodillas lastimadas...*

- *Ser una buena madre es explicarles las cosas a tus hijos, darles lo que ellos quieren, darles cariño, contención, afecto. Explicarles las cosas no a golpes sino a palabras...*
- *Tratar de darles lo mejor día a día y no dejarlos solos. Se aprende día a día a ser mamá... Amar a sus hijos... Siempre me encargué de todo, no quise ser madre ausente...*

Como se desprende de lo anterior, las participantes tienen conformado un concepto adaptativo de lo que se refiere al rol materno. Algunas de ellas relacionan la maternidad con lo afectivo, otras con la transmisión de saberes, con los cuidados básicos, otras con la presencia.

A pesar de contar con una buena conceptualización, no siempre hacen un adecuado ejercicio del rol materno. Esto se pudo observar a través de las entrevistas con los familiares quienes refieren que muchas veces las participantes no se ocupan de sus hijos, por ejemplo la madre de una de ellas manifiesta al respecto *"Yo me considero mamá de los nenes... yo los hago escribir, les enseño a pintar, les digo que tienen que aprender desde chiquitos..."*

Luego una hermana refiere: *"Ella dice que es buena madre, pero para mí no porque a la niña la criamos prácticamente entre todos, ella no..."*

Puede observarse que en el ejercicio del rol, las mamás se inclinaron por la satisfacción de las necesidades, como la alimentación, la vestimenta, la escolarización y la salud. La dificultad se presentó en lo relativo al aspecto emocional de la función materna. Por ejemplo, no se observó la contención emocional de los hijos ante la traumática pérdida del progenitor, ninguna consideró oportuna la consulta con un profesional, tampoco hubo un acercamiento a lo religioso, etc.

Vemos que en algunas participantes el rol materno es abandonado a partir de la muerte del compañero, en otras es recuperado y fortalecido a partir del deceso. *"...Ella fue mamá ahora porque antes su pareja la complementaba en todo, no quiero decir que ella no hacía nada, pero se aferraba a él y ahora al estar sola ha tenido que hacer las cosas..."*

Como mencionamos anteriormente, la maternidad representa una crisis evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. En los casos trabajados muchas veces, se superpone con la crisis inesperada que representa el duelo. Esto podría vincularse con la dificultad que presentaron algunas participantes en el ejercicio del rol.

Anteriormente se afirmó que el amor maternal es un sentimiento ambivalente, complejo y ambiguo, donde se vinculan estrechamente el amor y la agresividad. En las mujeres que presentaron mayores sentimientos ambivalentes, se observaron mayores dificultades para desempeñarse como madres.

Por otra parte, todas las participantes del estudio tenían al menos uno o dos hijos menores de 3 años, incluso dos de ellas estaban embarazadas al momento de la muerte de su compañero. El tener hijos tan pequeños, puede haber actuado también como otro factor que incrementó la dificultad de estas mujeres en el ejercicio del rol, ya que los niños pequeños requieren de mayor fusión en la relación madre-hijo.

Se observa que la propia familia y más específicamente la progenitora de las participantes, aparece en todos los casos, como un importante referente en el cuidado de los niños. En ningún caso la familia política colaboró con la madre en su función, como se mencionara anteriormente.

Para concluir, hasta el momento podemos ver que en esta pequeña muestra no se encontraron diferencias en el ejercicio del rol materno antes de la muerte del compañero con la manera de hacerlo después. Las fortalezas y debilidades observadas en el ejercicio del rol se presentaron tanto antes como después del fallecimiento. Se debe tener en cuenta que estamos hablando de sólo seis casos de la comunidad del B° Lihue por lo cual no podemos realizar una generalización.

Dada la importancia de la relación madre-hijo, como factor de protección y prevención de situaciones de maltrato infantil, los resultados preliminares de la presente investigación permiten pensar que si bien la muerte del cónyuge no modifica radicalmente el ejercicio de la función materna, aumenta las probabilidades de que la madre presente dificultades en la contención afectiva según como atraviesa las distintas etapas en la elaboración del duelo. Es decir, luego de la pérdida del compañero, las mujeres deben concentrar su energía en el sostenimiento económico del grupo familiar. Por lo tanto, si a la mamá le costaba la exteriorización de afecto y la contención emocional de los hijos, tal como se observó en las entrevistadas, luego de la muerte inesperada del compañero dichas tareas se hacen notablemente más difíciles. Esto permite reflexionar sobre la importancia de trabajar preventivamente con mujeres que pierden inesperadamente a su compañero, para fortalecerlas en la expresión de sus emociones y en el vínculo afectivo con sus hijos. De esta manera estaremos contribuyendo en el enriquecimiento de un importante factor protector: la función materna.

Bibliografía

- Bowlby, J. (1989) *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bauab, A. (2012) *Los tiempos del duelo*. Buenos Aires: Letra viva.
- Colombo, R. (2008) *Función materna y maltrato infantil. Un estudio de familias judicializadas en Tribunales de Menores*. Anais VI Jornadas Apoiar. Saúde Mental e Violencia Sao Paulo.
- Corredor, A. M. (2002) Estudio cualitativo del duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio según la presencia o ausencia de castigo legal. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, pp. 35-55.
- Dirección de Sistemas, Información, Monitoreo y Evaluación dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano, Familia y Comunidad. Relevamiento realizado durante el período comprendido entre año 2002 a enero de 2008. Recuperado en http://www.social.mendoza.gov.ar/Apros_Mza/Informes/Informe_Marzo_2008/Archivos/Informe_final_N%C3%BAcleos%20de%20Abordaje.doc.
- Dirección de Sistemas, Información, Monitoreo y Evaluación. Ministerio Desarrollo Humano, Familia y Comunidad, sobre la base de base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. (2001)
- Puchol Esparza, D. (2001) *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. DSM IV Barcelona: Masson.
- Echeverría Rengifo, M. (2004) Experiencias de duelo en viudas de policías. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), pp. 33-46.
- Fernández Moya, J. (2012) *Después de la Pérdida: una propuesta sistémica de abordar los duelos*. Mendoza: Universidad del Aconcgagua.
- Freud, S. (1896) *Carta 52 de Freud a Fliess*, en Obras Completas, vol. I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez Sancho, M. (1998) *Cuidados Paliativos: Atención integral a enfermos terminales*. Canarias: ICEPSS.
- Grecco, E. H. (2010) *Muertes Inesperadas*. Buenos Aires: Continente.
- Millán-González, R. y Solano-Medina, N. (2010) Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 39, núm. 2, pp. 375-388.
- Molesini, S. A. (2011) *El funcionamiento Materno y el vínculo Madre-Hijo-Padre: manifestaciones en las enfermedades persistentes del hijo*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Aconcgagua.
- Pachuck, C. y Friedler R. (1999) *Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*. Buenos Aires: El Candil.
- Winnicott, D. W. (1998) *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós Ibérica SA.

8.

La instancia grupal como espacio de restitución de derechos de niños y madres en situación de violencia intrafamiliar

Víctor Guzmán Leyton

Norma Natalia Lucero

Etelvina Núñez

Liliana Luconi

Introducción

Pensar los derechos no sólo como una herramienta teórica, sino como una “praxis”, pareciera ser vivido en la cotidianidad de nuestros pacientes con cierta distancia. Y nos referimos a ello, porque nuestros pacientes son niños, niñas y adolescentes en situación de violencia intrafamiliar. Situación que los vulnera por el simple hecho de su existencia, existencia que marca una historia de vida sin derechos, sin vivirlos, sin conocerlos y sin que nadie se los reconozca.

Sin duda los derechos no nacen desde una mirada exclusivamente porque si bien esto permite su transmisión escrita y un cierto consenso, es real que su posibilidad de ser ejercidos depende siempre del orden de lo grupal, es decir, requiere la presencia de “el otro” y en ella, el reconocimiento necesario que permite a la persona empoderarse del entramado social, ser parte. Es en este punto donde los derechos humanos y la salud mental se reconocen mutuamente en un solo movimiento, es decir en “sujetos en situación”, sujetos en crisis, sujeto en su cotidianidad que a través de la reflexión grupal se re-piensa, se identifican, se reconocen y se construyen en una trama social.

Los espacios institucionales son posibilitadores de restitución de derechos, no sólo desde el lugar de la ley, sino desde un lugar del “poder hacer” y del “poder ser”, que se inscriben desde lo simbólico en lo más hondo de la subjetividad de la persona.

Los grupos de niños del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia, en Valle de Uco, trabajan semanalmente desde este lugar, entendiendo que la salida de situaciones de violencia, siempre contempla a un otro que opere de “soporte” y lo reconozca como sujeto de derecho. Es en este movimiento necesariamente dialéctico donde el sujeto soporta sus padeceres, proyecta su deseo y se recrean los derechos humanos en toda su infinidad de subjetividades con el otro.

LA NIÑEZ Y EL ACTUAL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

Comenzaremos este trabajo tomando algunos pensamientos del libro **Los derechos del Niño**, Escardó (1984), que plantea que el niño es y debe ser considerado y tratado “por su ínsita condición, como el punto de partida del hombre, origen de la humanidad misma y por lo tanto protagonista necesario de las generaciones venideras (...) El niño es el sismógrafo del medio social, lo cual implica que cualquier sacudimiento de

la comunidad se traduce inexcusable e irremediabilmente en beneficio o detrimento ya no del niño en sí, sino de la condición infantil” del hombre futuro.

Si hacemos un recorrido por las distintas declaraciones y hechos jurisprudenciales respecto de los derechos de la niñez, podemos encontrar consecutivamente apartados que diagnostican certeramente todas las problemáticas que afectan a niños, niñas y adolescentes en el contexto actual, ubicándolos en grupos de mayor vulnerabilidad. Ahora bien, la pregunta que nos hacemos es ¿por qué declaración tras declaración, tratado tras tratado, con el tiempo, refieren siempre lo mismo? ¿Es acaso que el mundo adulto queda entrampado en enunciados de buenas intenciones para con la niñez, que muy lejos están de la cotidianidad de nuestros niños? ¿Cómo hacemos para que el “hombre niño” pueda apropiarse de aquello que dice el “hombre adulto” que le corresponde y a lo que tiene derecho?

Tal vez, algunas respuestas a estas preguntas, puedan surgir al considerar el contexto socio-histórico en el que se ha promulgado la Declaración de los Derechos del Niño y la adhesión a la misma por parte de nuestro país. Habremos de tener en cuenta que en ese mismo contexto y tal como lo señala Svampa (2005) en su libro *La Sociedad Excluyente: “la entrada en una nueva etapa de acumulación del capital produjo profundas transformaciones sociales, procesos caracterizados por la difusión global de nuevas formas de organización social y la restructuración de las relaciones sociales que cambiaron las pautas de integración y exclusión, visibles en la nueva articulación entre economía y política, cambios que desembocaron en un notorio incremento de desigualdades al interior de la sociedad”* que aún persisten.

No debemos omitir que este proceso principalmente económico, fortalecido por la lógica del consumismo ha primado y ha impactado indefectiblemente en los modos en que se traman y constituyen las relaciones humanas, emergiendo “un proceso de individualización que acompañó el retroceso de la ciudadanía, afectando principalmente a las clases populares” (Svampa, 2005), por ello es loable que actualmente estemos hablando de la necesidad de una reconstrucción del tejido social hacia lo grupal y lo comunitario.

Este cambio de paradigma que encuentra en lo grupal y lo comunitario las posibilidades que el sujeto se empodere de sus derechos, puede ser una de las respuestas o alternativas para superar el fuerte proceso de homogeneización de la cultura a partir del consumo instalado por el neoliberalismo, y que ha impactado en las modificaciones de las relaciones humanas a partir del surgimiento de conductas nihilistas, hedonistas, primando el individualismo por sobre las conductas de solidaridad e integración.

Pensamos también que esta homogeneización ha llevado indefectiblemente a la devastación de la diversidad, la exclusión del distinto, la destrucción y el temor a lo extraño, la intolerancia a la diferencia. Entonces la homogeneización del consumo también homogeneiza el ideal, por lo tanto se excluye aquello que no es ideal, conducta que se manifiesta diariamente en los múltiples actos violentos.

En este contexto sociocultural, la situación social del niño se encastra “a fortiori” en la evolución estructural de la familia. Es en este punto en donde debemos señalar que en nuestro trabajo cotidiano, con niños en situación de violencia intrafamiliar, ha sido necesario ampliar nuestra mirada, para abordar la problemática desde la integralidad y complejidad que la reviste.

Ello ha implicado, por un lado, pensar a la salud mental ya no en términos de la sola presencia de indicadores patológicos, sino como una instancia que posibilita el reencontro del hombre con la salud. Por otro lado, reconocer que en las situaciones de violencia intrafamiliar las personas involucradas, la familia en general, son atravesadas por situaciones de violencia social, económica, mediática. Por lo tanto debemos trabajar con todos los miembros de la familia en la necesidad del reconocimiento del otro a partir de la inscripción simbólica de este Otro, es decir, comenzar a reconstruir la trama social desde el orden del psiquismo para posibilitar el empoderamiento en el plano de la cotidianidad, tarea que se desarrolla tanto con los adultos, como con los niños.

El niño vivencia un potencial de descubrimiento y creatividad constante, en donde el juego se comporta como ley de la niñez, en un intento de erigirse a partir del ser, buscando adquirir conocimientos en un movimiento de significación afectiva del cuerpo erógeno que la educación, la cultura y el hombre adulto se esfuerzan en ignorar.

El hombre adulto, en la sociedad actual, resignifica su SER a partir del TENER, es aquí entonces en donde la relación niño-adulto se ve dificultada por el mismo temor o tabú de este adulto que no acepta la dinámica del deseo infantil y en su lugar la culpabiliza o censura. De esta forma, no deja otra opción a la expresión de las pulsiones de la etapa infantil que el síntoma.

Se debe tener en cuenta que este niño, que actualmente es un sujeto implicado en proceso de salud, dentro de veinte años seguirá repitiendo su “ser afectivo”, en tanto se modifica desde registros tónico-emocionales en vínculos profundos y se “afectan” desde las vinculaciones con el otro y no eminentemente racional.

Desde este lugar es que consideramos que el concepto de derecho humano, parte de un concepto de Humano como ser afectivo y racional por procesos de simbolización. Y donde el juego se comporta como derecho en tanto que posibilita la expresión de las pulsiones infantiles y constituyéndose en libertario.

COLECTIVOS Y NIÑO

La concepción de niño desde la cual partimos, no es de un niño con un conflicto intra-psíquico, sino de un niño en situación, susceptible de atravesar crisis a lo largo de su vida. Cada niño es un todo completo hoy y en cada situación de su desarrollo y no sólo un proyecto en función de lo que debería llegar a ser. Es decir que su proceso de salud-enfermedad tiene múltiples determinaciones. Esta concepción nos ha permitido que el equipo de salud responda de una manera diferente a las crisis del sujeto. Nos interesamos en conocer cómo se encuentra afectado, y en ese cómo, su sistema de relaciones con el mundo, mostrado en el juego y no tanto el valor absoluto de su síntoma, en la medida en que ésta es parte constituyente de su ser en el mundo... lo que cada niño desea y puede desde “su” mirada infantil.

Al definir a la salud mental como la relación entre la cultura y el bienestar, este bienestar estará vinculado con la forma en la que se construyen las instituciones en las que el niño se encuentra inserto, familia, grupo de amigos, escuela, un espacio donde las relaciones humanas adquieren un lugar dinámico entre las organizaciones.

Es importante señalar que los talleres o asambleas comunitarias se manifiestan en

8. La instancia grupal como espacio de restitución de derechos de niños y madres en situación de violencia

un concepto básico de numerosidad social facilitando un espacio de toma de conciencia frente a la propia posición que le concierne.

La asamblea permite que el niño que se encuentra en situación de exclusión filial o social, participe de espacios sociales, institucionales y comunitarios, que le permitan intercambiar con otros sus producciones artísticas, verbales y corporales, es decir, ejercer sus derechos siendo un actor protagónico de su proceso de salud-enfermedad. Entonces, la asamblea se convierte en un espacio sociocultural donde la clínica de las situaciones plurales opera.

Existe además una clínica que exige como dispositivo fundamental que los profesionales intervinientes se constituyan en un colectivo que actúe sobre otros, siendo fundamental una escucha con abstinencia, que le permita al sujeto ser escuchado sin ser juzgado, convirtiéndose en un espacio clínico que debería tener algunas características como la capacidad de predicción y una actitud no normativa. Entonces las intervenciones del equipo se irán aproximando a las palabras más eficaces para decir acerca de lo que ahí ocurre, es decir trabajando con los oficios básicos de la palabra.

En nuestro trabajo con niños, tomamos como uno de los ejes fundamentales, el reconocimiento de la existencia de “otros” en situaciones de juego, principalmente porque consideramos sus proto-representaciones instituyentes en la vida emocional, sus formas de expresión, la constitución del vínculo de apego y las matrices afectivas; la reconstrucción de su sistema de señales, desde las primeras interacciones maternantes, las sincronías o asincronías tónico-corporales-cinéticas, la mirada, la cadencia de voz, el diálogo no verbal, hasta su eficacia en la elaboración de un segundo sistema de señales, simbólico -el lenguaje verbal- asegurando, uno y otro, la comunicación del sujeto en el mundo; la organización del esquema corporal, la imagen de sí, de las praxis manuales, de tanta importancia en el desarrollo del pensamiento y en el dominio progresivo de su propio cuerpo y del espacio circundante, y el proceso de individuación y socialización.

Partimos de ello, teniendo en cuenta la concepción de Wallon (1879-1962) de “acto motor” en el JUEGO, como una globalidad funcional, adaptativa, secuencial, compleja, con articulaciones en su capacidad de autoconstrucción y autorregulación. “Nuestros movimientos no existen por sí mismos, sino en función de ciertas acciones que son su razón de ser y de alguna manera, su origen”.

Reconocemos que es a través de la construcción de un objeto, que sirve de soporte auxiliar, donde el niño puede desplegar sus representaciones sobre este soporte, haciéndolas intercambiables a través del cuerpo y palabra.

Entonces, podríamos decir que estos espacios socioculturales e institucionales se convierten en un lugar donde el niño puede ejercer su derecho a ser escuchado y escucharse convirtiéndose en el artífice de su propia historia, siendo el protagonista principal en la construcción de sus derechos a través de la reflexión y encontrando un lugar donde pueda salir de su exclusión.

Bibliografía

Svampa, M. (2005) *La Sociedad excluyente*. Buenos Aires: Taurus

1.

Atención clínica del Maltrato Infantil: una aproximación al análisis de las consideraciones del Alta

Gabriela Morelato

Leandro Casari

José María Vitaliti

Silvina Giménez

Georgina Soria

Sandra Guillot

Magdalena Moscuén

Introducción

El maltrato infantil representa un aspecto de la violencia intrafamiliar grave que se manifiesta en diversas modalidades (Arruabuarrena y De Paul, 2001; Morelato, Giménez y Colombo, 2011) y como una problemática compleja, heterogénea y multidimensional (Muela Aparicio, 2008), la cual no puede comprenderse como un hecho social aislado o tan sólo el resultado de desórdenes psicológicos de los padres, sino que también está vinculado a prácticas de socialización que aprueban el uso de la violencia (Gracia, 2002), por lo tanto, se transforma en una problemática que nos involucra como sociedad.

En la Provincia de Mendoza, el maltrato infantil en el ámbito de la salud pública se aborda a través de la Ley Provincial N° 6551, la cual crea el “Programa provincial de prevención y atención integral del maltrato a la niñez y adolescencia” perteneciente a la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia. Este programa interviene gracias al trabajo de profesionales especializados: médicos, psicólogos, trabajadores sociales y otras profesiones afines. Los mismos tienen la tarea de realizar en primera instancia una admisión, a los fines de efectuar un diagnóstico de la situación familiar y evaluar la presencia de indicadores de riesgo. Posteriormente trabajan de modo interdisciplinario en el tratamiento, seguimiento y/o derivación de los casos, según sea pertinente, como así también la conexión con otras redes de salud, educación y organismos de justicia.

Es notable que en el contexto local, en los últimos años, se ha producido semanalmente un amplio crecimiento de la demanda social de atención de familias en situación de riesgo por violencia intrafamiliar (Diario Uno, 2013), elemento que ha llevado a la necesidad de reflexionar y operativizar el accionar vinculado al diagnóstico y tratamiento del maltrato infantil, en un espacio donde los recursos, tanto materiales como humanos, resultan escasos y generadores de gran desgaste profesional. Esto se debe a la gran cantidad de pacientes y las dificultades para atender una demanda tan amplia. De este modo, por motivación de quienes trabajan en el área clínica, en la prevención y en la investigación surgió la idea de conocer en qué momento las familias dejaban de ser atendidas por este programa especializado, debido a una evolución

favorable de la situación familiar. En esta línea, los datos que se obtuvieron de registros estadísticos señalaron un bajo porcentaje de altas. Este dato resultó llamativo por la notable diferencia entre la cantidad de casos atendidos y la mínima cantidad de los registrados como dados de alta, ya fuese por una evolución favorable o por un cambio que requería derivación a otras instancias de salud (Programa Provincial de Atención al Maltrato Infantil, 2011). Esta circunstancia permitió un primer acercamiento al tema, el cual derivó en la observación de la existencia de variadas consideraciones respecto de los criterios de alta, generando a su vez una serie de interrogantes vinculados a la posibilidad de otorgar altas en el ámbito del maltrato infantil y de sus características.

En la línea de lo desarrollado, es importante destacar que cuando se exploran aspectos relacionados con el concepto de alta en la clínica, existe una variada conceptualización al respecto. A partir de la información empírica recabada en una primera aproximación, se pudieron detectar diversas denominaciones a los conceptos de alta. Por otra parte, en la bibliografía se observó que existen alcances inespecíficos de estudios científicos relacionados a la temática en el maltrato infantil. Algunos estudios hacen referencia al alta hospitalaria (Curcoy Barcenilla, Trenchs Sainz de la Maza y Pou Fernández, 2006; Sabaté Rotés, Sancosmed Ron, Cebrián Rubio, Canet Ponsa y Martín González, 2008). Otros se refieren al concepto de alta terapéutica asociada especialmente a un tipo de maltrato particular como lo es el abuso sexual infantil. En este caso, el alta es vista como un proceso que forma parte de una serie de etapas o fases entre las cuales se encuentran: establecer contacto inicial, hablar de la situación crítica, favorecer las redes de apoyo y finalmente dar el alta terapéutica (Giraldo Arias y González Jaramillo, 2009). Finalmente, el criterio de alta se ha hallado asociado a otras problemáticas de riesgo tales como las adicciones, pero no directamente vinculada con el maltrato (Olmos-Espinosa, Madoz-Gúrpide y Ochoa, 2001; López Hernández-Ardieta, Félix Alcántara, Simón, Navarro y Ganan, 2008; Martínez González, Graña Gómez y Trujillo Mendoza, 2009).

Sobre la base de lo expuesto, este trabajo se propuso explorar los criterios de alta clínica adoptados por los profesionales que intervienen en la atención de casos de maltrato infantil en el ámbito de la atención pública, a los fines de conceptualizar un criterio de alta clínica sobre la base de las exploraciones realizadas y en acuerdo con los criterios teóricos y empíricos aportados por los especialistas en casos de riesgo.

MÉTODO

El enfoque de este trabajo fue de prevalencia cualitativa, enmarcado en un tipo de estudio exploratorio – descriptivo, de diseño no experimental (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). Este enfoque describe principalmente un tipo de investigación multimetódica, naturalista e interpretativa, que indaga en situaciones naturales, intentando interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan (Vasilachis de Gialdino, 2006). A los fines de la validación de los datos se aplicó un método de triangulación de datos y triangulación metodológica (Denzin & Lincoln, 2005; Vallejo & Finol de Franco, 2010). La triangulación de datos considera

el uso de múltiples fuentes de datos para obtener diversas visiones acerca de un tópico. Asimismo como estrategia metodológica se recurrió a criterio de jueces expertos.

Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística ocasional constituida por 51 profesionales (médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y otras disciplinas afines), que trabajan en los equipos interdisciplinarios de la provincia de Mendoza (Gran Mendoza y alrededores). El 88 % fueron mujeres y el 12 % fueron varones, entre los 24 y 65 años ($M = 38.6$ DS 6.82). Los profesionales especialistas, pertenecieron a equipos que funcionan en hospitales y centros de salud y se encargan de la atención de casos de violencia intrafamiliar.

Instrumentos:

- *Entrevista semidirigida:* Se implementó este instrumento ad hoc, a modo de cuestionario, con el propósito de recabar datos acerca de los criterios que utilizan los profesionales para otorgar altas de los casos de maltrato infantil. Para su elaboración se efectuaron varios encuentros de equipo en los cuales se discutieron y se seleccionaron aquellas preguntas consideradas más pertinentes desde un punto de vista teórico-empírico (Mayntz y Kurt Holm, 1969). Luego las mismas fueron sometidas a criterio interjueces para evaluar el grado de acuerdo respecto de la pertinencia de las preguntas al objetivo de trabajo. Tres jueces expertos en la temática evaluaron las preguntas. Se obtuvo un índice de concordancia de $.50$ $p < 0.045$, considerado moderado y aceptable (Prieto, Lamarca y Casado, 1998). Por otra parte todos los jueces (100%) coincidieron en que la precisión y la claridad eran adecuadas o medianamente adecuadas. No obstante, se incorporaron sugerencias respecto de estos apartados. Luego de esta evaluación se ajustaron las preguntas según los resultados obtenidos y se realizaron tomas a modo de prueba previo a la administración definitiva.

- *Grupos focales para profesionales:* Para utilizar esta herramienta cualitativa de recolección de información, se elaboraron una serie de pautas orientadas a llevar a cabo una discusión guiada acerca del alta clínica en el ámbito del maltrato infantil (Amezcuza y Gálvez, 2002; Canales y Peinado, 2007). Las pautas fueron confeccionadas para planear el grupo de enfoque y desarrollar los tópicos principales. Cada grupo focal fue grabado con consentimiento informado de sus miembros y contó con un coordinador y un observador no participante, quien tomaba nota y daba una devolución al final de cada encuentro.

Procedimientos de análisis de datos

Siguiendo a Taylor y Bogdan (1990), para el análisis de datos se siguió una serie de fases (descubrimiento, codificación de datos, refinamiento y relativización de los datos). Estas fases llevaron a la categorización y estructuración de la información obtenida. El análisis cualitativo de contenido se realizó a través de la lectura y relectura del corpus de los datos extraídos tanto de las entrevistas como de las transcripciones textuales de los grupos de enfoque (Hernández Sampieri, et al., 2010; Escalante y Páramo, 2011). Las

1. Atención clínica del Maltrato Infantil: una aproximación al análisis de las consideraciones del Alta

categorías se fueron redefiniendo con base en la discusión y análisis del equipo, junto a la posterior nueva confrontación con los profesionales participantes. Para el caso de las entrevistas también se efectuó un análisis univariado y descriptivo de los resultados.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo de las entrevistas

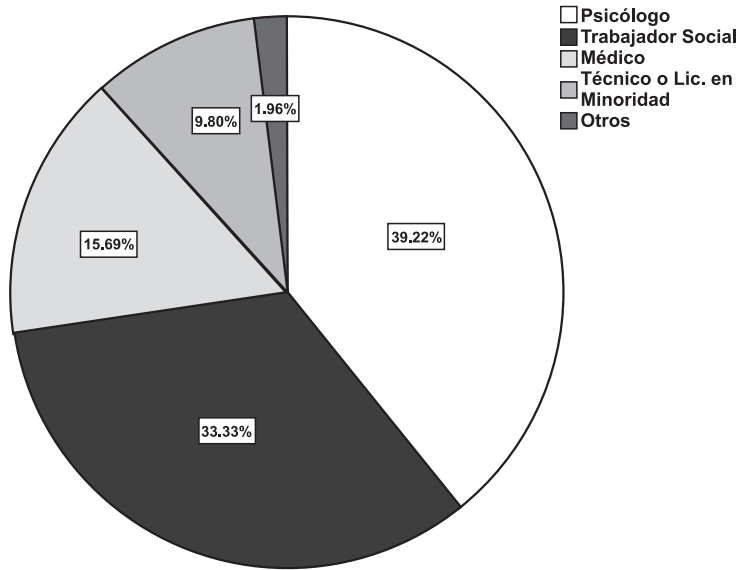


Gráfico N°1:
Profesiones de los entrevistados

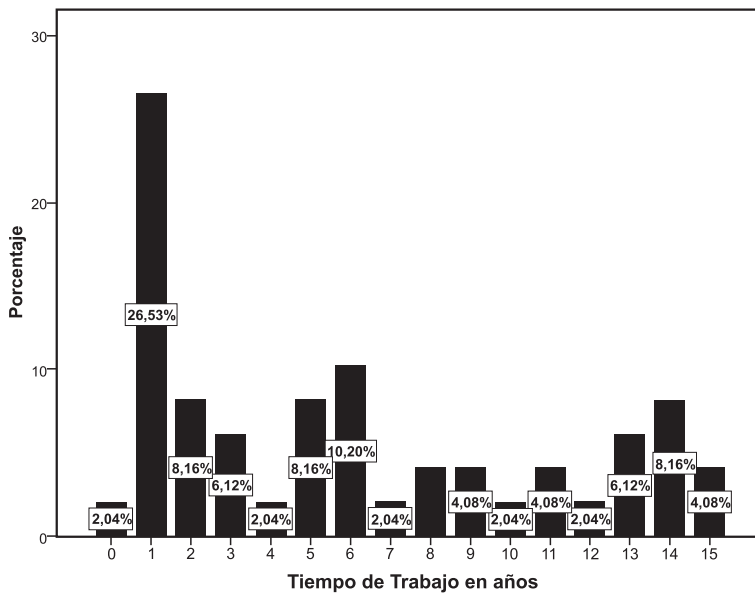


Gráfico N°2:
Tiempo de trabajo en el Área del maltrato infantil de los profesionales especialistas en la asistencia de casos.

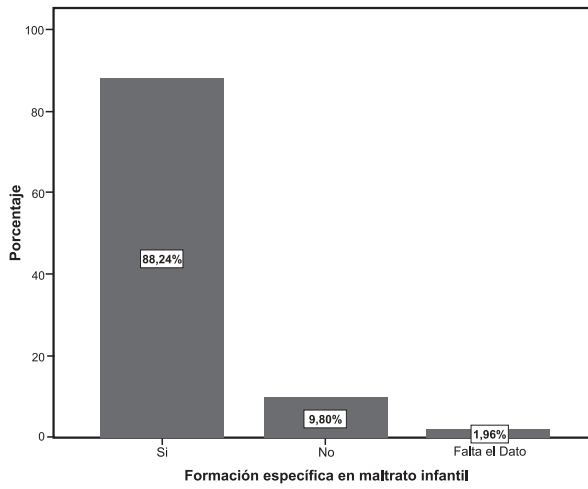


Gráfico N°3:
Formación en la temática de los profesionales entrevistados

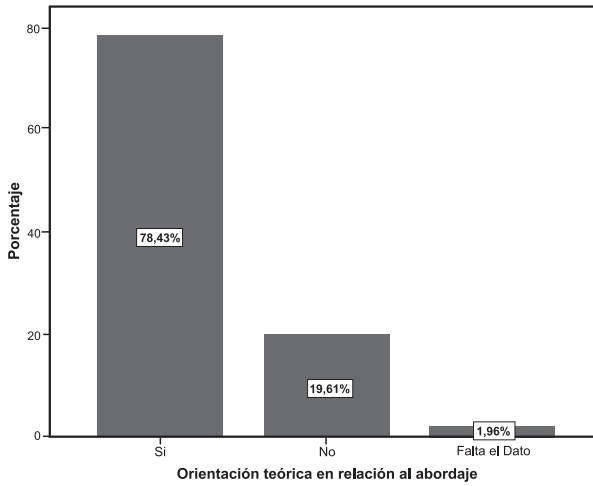


Gráfico N°4:
Orientación teórica respecto del abordaje de los profesionales entrevistados

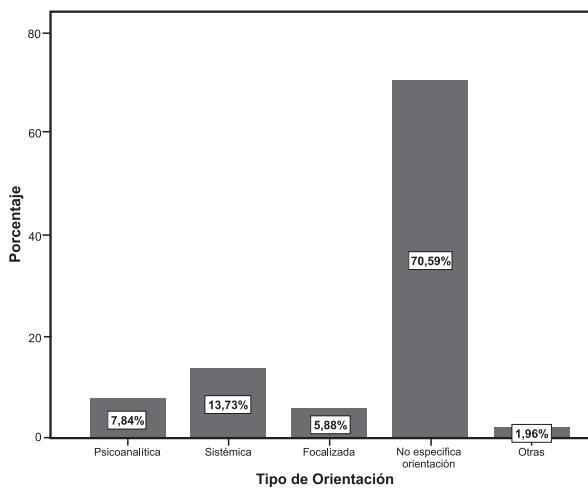


Gráfico N°5:
Tipo de orientación de los profesionales entrevistados

1. Atención clínica del Maltrato Infantil: una aproximación al análisis de las consideraciones del Alta

Los gráficos 1 a 5 muestran datos generales vinculados a las características de los profesionales entrevistados. Se observa que los mayores porcentajes del tipo de profesiones de los entrevistados corresponden a psicólogos (39 %) y trabajadores sociales (33%) (ver gráfico 1), ya que estos constituyen mayoría en los equipos de salud de los cuales forman parte. Respecto del tiempo de experiencia de trabajo en este servicio, se observa que el 26% de los profesionales llevan un año de trabajo en la temática. Sin embargo, al analizar los datos por rangos, los porcentajes tienden a equilibrarse y en suma se observa que el 53 % lleva entre 1 y 5 años de labor en solo maltrato infantil, el 33 % llevan entre 5 y 10 años de labor en maltrato infantil y el 24 % entre 11 y 15 años.

Por otra parte, los gráficos 3, 4 y 5 indican que la mayoría de los profesionales considera que se ha formado en el tema (88 %), aunque sea específicamente desde la capacitación propia de la entidad que los nuclea. También mencionan tener una orientación teórica respecto del mismo (78 %), aunque luego no especifican esta orientación, lo cual es un aspecto a seguir indagando.

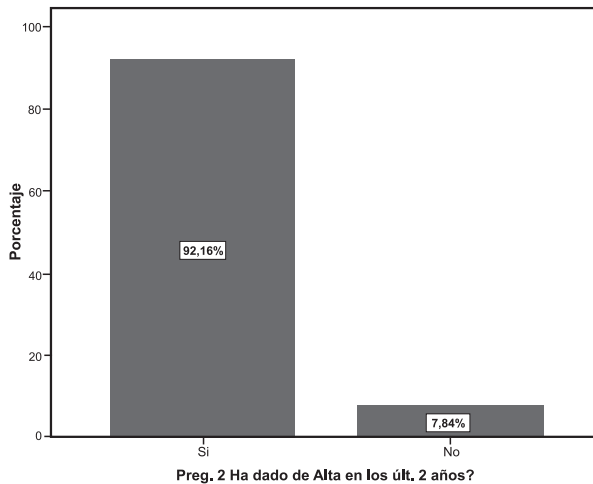


Gráfico N°6
Análisis de la pregunta acerca de otorgamiento de alta.

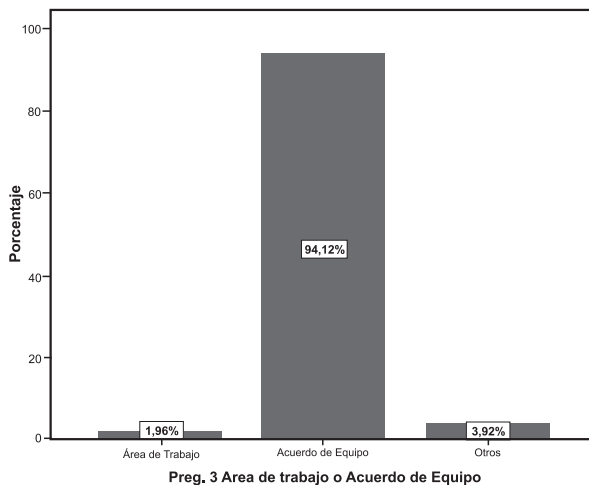
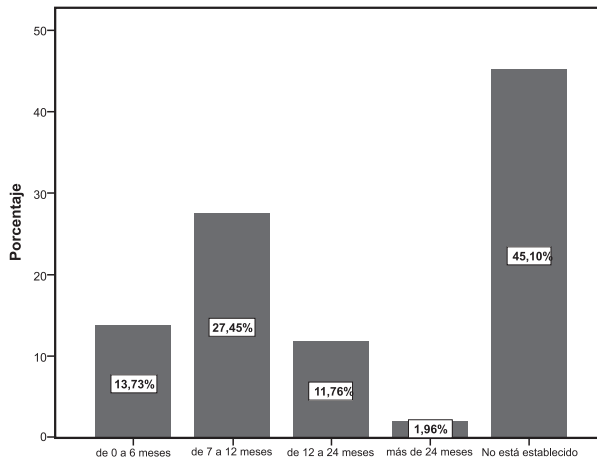
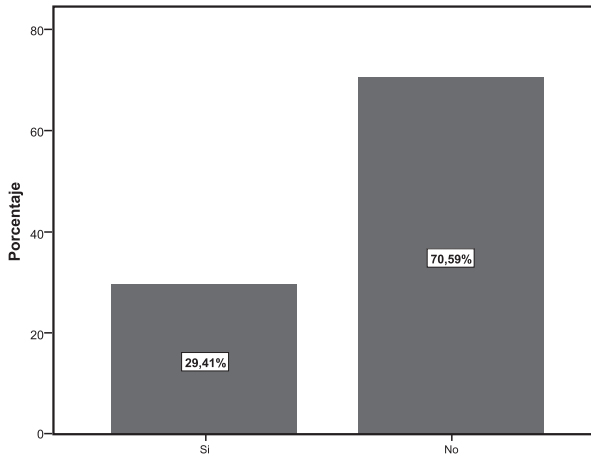


Gráfico N° 7
Análisis de la pregunta acerca de la modalidad de otorgamiento de alta



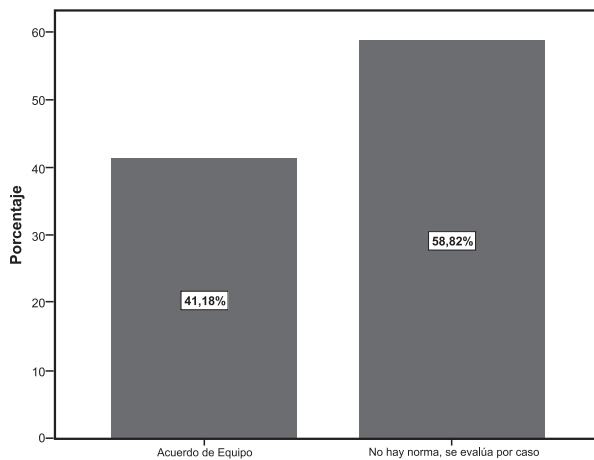
Preg. 4 Duración estimada de casos de alta

Gráfico N° 8
Estimación de la duración estimada de los casos ingresados a los equipos y luego dados de alta



Preg. 5 Criterio preestablecido para alta

Gráfico N° 9
Indagación acerca de la presencia o no de criterios preestablecidos para dar el alta



Preg. 6 Cual es el criterio para alta

Gráfico N° 10
Indagación acerca de la modalidad específica para dar el alta

1. Atención clínica del Maltrato Infantil: una aproximación al análisis de las consideraciones del Alta

En continuidad con lo anterior, los gráficos 6 a 10 nos muestran los datos respecto de las preguntas relacionadas con el alta en el ámbito del maltrato infantil. Se observa que la mayoría de los profesionales considera que otorga altas (92 %, ver gráfico 6), aún aludiendo a que no existe un criterio preestablecido para ello (71 %, ver gráfico 9). De este modo, explican que en gran medida no hay un tiempo específico para la permanencia de los casos en el tratamiento y luego dar el alta (45 %). Sin embargo, un 27 % de ellos opina que los casos permanecen aproximadamente de 7 a 12 meses en el acompañamiento terapéutico (ver gráfico 8). Asimismo señalan que las altas no se relacionan con un área de trabajo especial (psicológica, médica o social) (gráfico 7), sino que se otorgan por acuerdo de equipo (41 %) y en su mayor porcentaje (59 %) especialmente teniendo en cuenta la evaluación de cada familia en forma especial y particular (ver gráfico 10).

Análisis cualitativo de entrevistas y grupos de enfoque

Teniendo en cuenta el objetivo general de este trabajo, se clasificó el discurso de los participantes respecto de los criterios de alta en el ámbito del maltrato infantil en una serie de categorías. Sobre la base de este lineamiento, se sistematizó la información en tres grandes áreas: *Nominaciones*, *Conceptualizaciones* y *Vinculaciones relacionadas con el alta*.

I. Nominaciones:

Las nominaciones hacen referencia a las formas de signar un nombre específico o constructo a aquello que consideran Alta. Para describir la macro categoría realizamos tres tipologías de nominaciones: 1. aquellas vinculadas con la medicina, 2. aquellas vinculadas con una mirada integral bio-psico-social y por último 3. los rechazos al término o controversias.

Nominaciones	Subcategorías
	1. Nominaciones vinculadas con la medicina.
	2. Nominaciones vinculadas con una visión bio-psico-social integral: (Alta provisoria/relativa/temporaria; Cierre de proceso o Cese de intervención). *
	3. Rechazo del concepto de alta.

*** En esta categoría acuerda la mayoría de los profesionales.**

1. *Nominaciones de alta vinculadas con la medicina*

"el alta definitiva es cuando el paciente superó la enfermedad que lo afectaba". "...que el paciente no necesita controles periódicos..."

"...no necesita seguir internado pero sí en seguimiento".

2. *Nominaciones vinculadas con una visión bio-psico-social integral*

a) *Alta provisoria entre paréntesis, latente o relativa:*

“...todavía no encuentro el término que conceptualice el tipo de alta en el GAR, ya que podríamos decir que es un “alta provisoria”, o un alta “en paréntesis”, una “alta en período latente...” “...puede dar un alta temporal”.

“... hablaríamos de alta “relativa” o temporaria hasta que aparezca una nueva demanda...”

“...el alta absoluta no existe, porque habría que pensar en términos absolutos en relación a alcanzar la “salud Mental...”

“...establecimiento provisorio del fin del tratamiento...”

b) Cese de intervención o cierre de abordaje:

“...cese de la intervención...” “el cierre de un abordaje significa el cierre de un abordaje interdisciplinario...” “...el proceso y su dinámica ha podido precipitar al alta o un cierre de abordaje...”

“...al hablar de “alta” en salud, hacemos referencia al cierre de un proceso de tratamiento...”

“...el alta sería el fin de un proceso que se ha realizado con el paciente...”

“...la posibilidad de un cierre, sobre una situación puntual acordada...”

3. Rechazo explícitos al término Alta

Esta mención generalmente estuvo asociada con la idea de que el alta es un concepto que pertenece al modelo médico hegemónico. También se relacionó este rechazo con la concepción epistemológica de la violencia o maltrato, es decir que en este ámbito el “alta” tendría otras connotaciones.

“...es una palabra que epistemológicamente corresponde a la medicina...”

“...alta en psicología se relacionaría con la salud, cuando una persona está sana o ha sido tratada. Considero que el término se puede establecer y usar cuando se trabaja desde lo individual, y sólo con algunas patologías. En la temática del maltrato considero que el término “alta” no es el adecuado, ya que sabemos que la problemática de la violencia se presenta a través de las crisis, entendiéndolo que éstas pueden volver a resurgir. Entonces ¿cuándo una persona está curada de la violencia? Creo además, que la agresividad es constitutiva del ser humano y que frente a determinadas situaciones una persona puede responder con violencia...”

II. Conceptualizaciones

Las conceptualizaciones hacen referencia a las definiciones construidas por los participantes acerca de la temática del Alta. Las mismas se subdividieron en:

Conceptualizaciones	Subcategorías
	1. Alta entendida como remisión de signos y síntomas (binomio salud-enfermedad).
	2. Alta como cierre de proceso o cese de intervención. *
	3. Alta como evaluación diagnóstica en la cual no se detectó riesgo (por derivación o cuando no se detectó riesgo).

* En esta categoría acuerda la mayoría de los profesionales.

1. *Alta entendida como remisión de signos y síntomas*

Esta conceptualización está vinculada con ámbito médico, en donde el maltrato se compara con el tratamiento de una enfermedad, es por ello que ante la remisión o desaparición de aquellos signos y síntomas traídos al consultorio no se necesitan

1. Atención clínica del Maltrato Infantil: una aproximación al análisis de las consideraciones del Alta

otros controles periódicos (Chahla, 2005; Mollo, 2007). Esta definición no ha sido la más acordada aunque ha estado presente:

"...desde mi profesión médica el alta es la descomplejización del paciente, es decir, que el mismo no requiera de elementos hospitalarios (por ej.: oxígeno, hidratación, entre otros) y el alta definitiva es cuando el paciente superó la enfermedad que lo afectaba..."

"...al cesar las causas que dieron origen y no se evidencian traumas reactivos a la situación vivida..."

"el alta médica es que el paciente no necesita controles periódicos. El alta hospitalaria que no necesita seguir internado pero sí en seguimiento..."

"...creo y considero que es cuando remite la sintomatología aguda y la crisis y el niño ya no se encuentra en riesgo social, médico y psicológico..."

2. Alta como cierre de proceso

"...es una instancia del proceso, donde se acuerda con el equipo, si el paciente y su grupo familiar, han cumplido con los requerimientos, que se explicitan en las primeras entrevistas informales que ya no es necesario seguimiento..."

"...con respecto al "alta" en la temática, esto se complejiza por la dinámica familiar interviniente en el maltrato. Muchas veces hacemos referencia a procesos crónicos, de larga data que hacen a la modalidad de funcionamiento familiar. Es por ello que se debería considerar el alta como un cierre de un proceso, que posiblemente pueda reingresar..."

"...el alta como un proceso de evaluación y corroboración de los objetivos que fueron planteados en un comienzo del abordaje..."

"...en trabajo social no se habla de alta sino de cese de la intervención en función de los objetivos de la misma. Esos objetivos se construyen con el paciente..."

"...el alta es un alta sistémica, no individual, involucra lo relacional, social, familiar y educativo..."

"...es un marco, una parte del proceso, puede ser provisoria..."

3. Alta como evaluación diagnóstica en la cual no se detectó riesgo o se realizó una derivación.

En esta categoría se observa que se conceptualiza al alta como resultado de una evaluación diagnóstica donde no se observaron factores o indicadores de maltrato, o en donde el profesional no tiene incumbencia debido a la negativa de los pacientes. Se explicita esta categoría aunque la mayoría de los profesionales acuerda que este tipo de instancia no debería considerarse alta:

"...cuando luego de recibir una denuncia y realizar la evaluación pertinente no se detectan parámetros o indicadores de maltrato..."

"...alta es el levantamiento o suspensión de un tratamiento o abordaje o por negativa de los pacientes..."

"...alta cuando del diagnóstico no aparecieron indicadores de maltrato..."

"...cuando se realizaron las derivaciones pertinentes armando una red de contención y acompañamiento..."

III. Vinculaciones.

Las vinculaciones son aquellos nexos con los cuales se relaciona directa o indirectamente el alta. Se agruparon en los siguientes constructos:

Vinculaciones	Subcategorías	Intracategorías
	a. Alta vinculada con los objetivos	a.1. Explícitos (co-construidos) a.2. Implícitos (del equipo o institución)
	b. Alta vinculada con los límites de la intervención (encuadre de trabajo)	b.1. Límites en relación a la cronicidad propia de las problemáticas estructurales b.2. Límites en relación a la obligación por el marco legal (políticas sociales, intervención del estado) b.3. Límites vinculados con el cierre de la intervención dejando un espacio abierto para la posibilidad de intervención a futuro, u orientación b.4. Límites en relación con la omnipotencia
	c. Factores protectores	c.1 Dinámica familiar: Cumplimiento de las funciones parentales (función materna) Recursos y potencialidades (del niño y de la familia) c.2 Recursos institucionales (redes) c.3 Recursos del equipo
	d. Factores de riesgo	d.1 Dinámica familiar: Incumplimiento de las funciones parentales - Diagnóstico de maltrato infantil (indicadores - severidad - cronicidad) d.2 Fallas en los recursos Institucionales (Redes sociales, de salud y judiciales) d.3 Falta de criterios y temores

a. *Alta vinculada con **objetivos***

Explicitar los objetivos es responder a la pregunta “para qué se hace una intervención”. De este modo, se trata de indicar el destino o los efectos que se pretenden alcanzar, conformando el elemento fundamental, ya que expresan los logros definidos que se busca alcanzar (Ander-Egg & Aguilar, 2000). En el caso de lo expuesto por los profesionales, los objetivos son específicos de cada caso en particular y *en general hacen referencia a objetivos terapéuticos*:

- “...el alta tiene que ver con las prácticas, los objetivos no son estáticos se redefinen en un proceso...”
- “...el alta se relaciona con objetivos, los objetivos se construyen con el paciente... Los objetivos se plantean en un comienzo del abordaje...”
- “...el alta es que el grupo familiar, el cual ingresó por cualquier medio, ha logrado adquirir entre ellos con ellos pequeñas metas propuesta en las entrevistas efectuadas con el/los profesionales del programa. Lo fundamental es que la familia ha podido valerse de elementos que ayuden a mejorar la dinámica familiar...”
- “...es haber cumplido con el objetivo terapéutico pensado a partir de la admisión...”
- “...el alta significa que los objetivos que se plantearán para abordar la situación y en función de su diagnóstico se alcanzaron...”
- “...el paciente y/o familia han alcanzado los objetivos propuestos por el equipo, pudiendo mantener éstos en el tiempo, lo cual ya no hace necesario el seguimiento...”
- “...se trata de determinar objetivos terapéuticos, lo cuales se evalúan en determinado tiempo... Están basados en el diagnóstico y motivo que lo lleva consultar...”

En línea con lo anterior el alta vinculada con los objetivos puede subdividirse del siguiente modo:

1. Atención clínica del Maltrato Infantil: una aproximación al análisis de las consideraciones del Alta

a.1. *Objetivos Explícitos (Co-construidos)*

Este subtipo hace referencia a aquellos objetivos manifiestos o explícitos que se conforman en conjunto con las familias como parte de la intervención (ej. que asistan a los controles médicos, que puedan realizar otras estrategias de educación). Los objetivos explícitos son co-construidos, es decir elaborados entre el equipo y los sujetos.

"...alta es parte de un proceso de tratamiento donde se han co-construido objetivos a alcanzar en forma explícita e implícita..."

"...cuando se han podido desarrollar los objetivos construidos con el grupo familiar... Los objetivos pueden ser manifiestos o latentes..."

"...se estima dar el alta cuando el grupo familiar y el equipo acuerdan que la situación de riesgo que dio origen la intervención se trabajó..."

"...para mí un alta es cuando la familia no tiene que concurrir más a dicho programa debido que ha cumplido con todo lo acordado..."

a.2. *Objetivos Implícitos (del Equipo o institución)*

Estos objetivos son aquellos que forman parte de los objetivos de la institución y no son manifiestos para las familias.

"...el paciente debe ser dado de alta cuando se han cumplido los objetivos manifiestos y los objetivos implícitos (propios del equipo de salud). Estos últimos objetivos están relacionados con el fortalecimiento de las funciones parentales y desde allí la disminución de la sintomatología del Maltrato..."

"...el alta se relaciona con remisión de los signos y sintomatología en relación con la conflictiva directa del maltrato, en tanto y en cuanto se logran reafirmado las funciones maternas y paternas..."

"...un alta es cuando vemos que el paciente y su familia están en condiciones de cumplir sus roles parentales y funciones nutricias y normativas..."

"...cuando el equipo comienza a visualizar a padres (sea cualquier adulto que ejerza la función) en el ejercicio satisfactorio de su rol, el equipo debe comenzar a dar lugar a otro tipo de abordaje que ya no compete al equipo..."

b. *Alta vinculada con los límites de la intervención*

Las modalidades de egreso institucional entendidas como caminos para finalizar la intervención en la situación familiar problematizada (Carballeda, 2007; Karsz, 2007), han estado relacionadas según los datos analizados con el encuadre de trabajo, lo cual puede entenderse como **límites de la intervención**:

"...el alta se relaciona con los límites del abordaje..."

"...el alta es en relación con lo institucional. Quizás para el psicólogo se requiere de más tratamiento, pero para el tipo de intervención institucional está bien...hay que ver cuáles son los objetivos y los límites..."

"...el alta tiene que ver con dónde ponemos el punto..."

"...el seguimiento siempre debe ser terapéutico y no desde el control..."

En las modalidades analizadas hemos hallado las siguientes especificaciones respecto de los límites de la intervención:

b.1. Límites en relación con la **cronicidad propia de las problemáticas estructurales**

"... no somos un Programa para la pobreza, hay que ver si hay o no maltrato..., a veces cuesta diferenciar la negligencia de la pobreza estructural, pero eso es parte de la vulnerabilidad social... hay que diferenciar lo que nos incumbe de lo que no..."

"...por ejemplo si el niño se quemó con el brasero hay que ver si es negligencia o si se trata de cuestiones

de pobreza estructurales, no maltrato, de precariedad en las condiciones de vida, es el único modo que tienen para calentarse y los niños son pequeños... lo que aumenta los riesgos... desgraciadamente si tomáramos eso como maltrato tendríamos a las familias en el equipo para siempre... eso nos excede...

b.2. Límites en relación con el **marco legal**

"...la ley nos obliga a intervenir pero posterior a eso, cuando uno ha realizado todo lo posible uno debe informar a los organismos del Estado y ya no es de nuestra incumbencia..."

"...debemos informar a la justicia oportunamente, pero además tenemos que tener criterios más claros..."

b.3. Límites vinculados al cierre de la intervención dejando un **espacio abierto** para la posibilidad de abordaje u orientación a futuro.

"...el padre/madre puede volver a traerlo si hay un retroceso..."

"...puede haber una crisis y volver a ingresar..."

"...el alta es terapéutica aunque vuelva, si no el equipo es la muleta y nunca pueden avanzar solos..., además esto es propio de este tipo de problemáticas...pero igual incluso en la salud física si yo me curo de un resfrío y me dan el alta eso no significa que no me va a dar nunca más un resfrío..."

b.4. Límites en relación con la **omnipotencia** asumida

"...a veces no me puedo despegar...si no lo atiende yo quién lo atiende... cómo sé que lo van a atender y ¿qué?... a lo mejor no es maltrato pero ¿no lo voy a escuchar ?..."

"...el GAR (Grupo de alto riesgo) no puede abarcar todo...este Programa empezó como un programa que tomaba todo lo que puede ser riesgo, maltrato o no... el grupo de alto riesgo... y es un rol que hay que redefinir, nos excede, no podemos todo...hay que trabajar en red..."

"...nos molesta que nos envíen todo lo que es maltrato y lo que no lo es..., pero lo asumimos y tiene que ver con la propia omnipotencia..."

"...mantenemos a las familias por años por temor a que vuelva a pasar algo...tenemos que redefinir los criterios..."

c. Factores protectores

d. Factores de riesgo

Un factor protector se relaciona con las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona frente a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997). Por otra parte, tradicionalmente los factores de riesgo son los responsables de acentuar los problemas o las deficiencias y son definidos en forma estática como eventos estresores, pero actualmente al igual que la resiliencia y los factores protectores se analizan como procesos o mecanismos.

La disminución de factores de riesgo y fortalecimiento de factores protectores está presente en el proceso de intervención a través del diagnóstico y posterior construcción de los objetivos del abordaje. Esta evaluación se realiza de acuerdo con la especificidad del caso de maltrato. Siguiendo lo expuesto por los profesionales se trata de:

"...alcanzar los objetivos planteados con el abordaje socio familiar identificando y evaluando criterios diagnósticos, factores de riesgo y protectores..."

"... se trata de atenuar los factores de riesgo pertinentes al maltrato..."

"...principalmente que se superen los factores de riesgo y se promuevan factores protectores..."

"...fortalecimiento de los factores protectores, disminución de los riesgos o situación de crisis en que llegó la familia..."

"...los criterios de alta que utilizamos con el equipo están directamente relacionados con el fortalecimiento de los factores protectores y disminución de los factores de riesgo..."

1. Atención clínica del Maltrato Infantil: una aproximación al análisis de las consideraciones del Alta

La categoría factores protectores presentó cuatro vertientes principales:

c.1. *Dinámica familiar*

c.2. *Recursos y potencialidades*

c.3 *Recursos institucionales*

c.4 *Recursos del equipo*

En el marco de la dinámica familiar los profesionales señalaron la necesidad de lograr mejoras en diversas áreas que pueden englobarse en la importancia del *fortalecimiento de las funciones parentales*:

"...debemos trabajar el sostén, la estabilidad, la protección de algún adulto, el apoyo. Se debe trabajar con los padres..."

"...apuntamos a mejorar la comunicación y vinculación entre los miembros de la familia, la relación de esta con el contexto para lo que se busca el logro de redes familiares y no familiares, el aumento de la responsabilidad de los adultos y la puesta de límites asertivos, acordes con la edad del niño/a..."

"...es importante optimizar el vínculo fraternal y con los padres... mejorar los canales de comunicación, construir el compromiso familiar..."

"...potenciar la señal de alarma...la protección y la confianza en el adulto..."

"...debemos trabajar con las familias, realizar un diagnóstico de los vínculos y ver en qué lugar está el niño..."

El fortalecimiento de recursos personales y potencialidades del niño y la familia se asociaron a la posibilidad de incrementar el desarrollo de los miembros tanto a nivel cognitivo como afectivo, en diversas áreas, por ejemplo, en el desempeño escolar, el juego, la capacidad de autocrítica, de reflexión, de simbolización, de creatividad y de relaciones sociales positivas:

"...nos enfocamos en mejorar la capacidad de simbolización tanto de los adultos como de los niños, la capacidad de juego, el estado de ánimo y el desempeño conductual y/o académico..."

"...en términos generales, se apunta al bienestar del niño, se indaga acerca del trato que recibe por parte de los adultos, si se siente feliz, entusiasmado, si tiene ganas de jugar y cómo se comporta en el juego, si es constructivo, si se divierte... se evalúa su rendimiento escolar y cómo se comporta en la escuela..."

"...que el niño haya podido elaborar la situación vivida..."

"...que haya logrado un proceso de reflexión y autocrítica...que la persona haya podido reflexionar..."

"...capacidad para pensar las problemáticas... capacidad de afrontar crisis..."

"...aumento en la capacidad de creatividad y flexibilidad en el pensamiento, en el hacer y en el sentir..."

"...capacidad de disfrute en la vida cotidiana..."

Los recursos institucionales refieren la necesidad de fortalecer la re-vinculación con las redes sociales de salud, organizaciones no gubernamentales y gubernamentales locales.

"... necesitamos apoyo de las instituciones si no, estamos muy solos, nos falta recurso profesional..."

"...no trabajar aislados, a veces se nos critica eso... debemos integrarnos con los profesionales de los centros de salud en los que estamos y con los de alrededores...generar red con las instituciones..."

Finalmente la capacitación de los equipos fue considerada un aspecto protector favorecedor en la medida que aumenta las capacidades de efectuar intervenciones efectivas, sistematizadas y planificadas.

"...la capacitación es un respaldo profesional..."

"...el trabajo integrado permite saber que no estás sólo en esta problemática y en la decisión..."

"...la capacidad creativa y la reflexión de los equipos es un factor protector..."

La categoría factores de riesgo como contracara de lo explicado anteriormente, involucra fundamentalmente los siguientes aspectos principales:

- d.1. *Las características de la dinámica familiar.*
- d.2 *La falta de recursos institucionales (redes sociales, de salud y judiciales).*
- d.3 *La falta de criterios y temores de los profesionales.*

Respecto del primer punto, las características de la dinámica familiar constituyen según la opinión de los profesionales, un factor de riesgo primario debido a que se relacionan directamente con el diagnóstico de maltrato infantil, tanto de los indicadores como de su severidad y cronicidad. En forma indirecta estarían vinculadas al incumplimiento de las funciones parentales:

- “...cuando hay patrones generacionales que se repiten, patrones de relación que se transmiten...”*
- “...los vínculos desafectivizados y cuando no hay sostén...”*
- “... el riesgo también es cuando no hay registro del niño y está siempre en lugar de culpable...”*
- “...la vuelta del agresor es también un factor de riesgo cuando los otros adultos no pudieron sostener esa protección...”*
- “...la rigidez parental es un factor de riesgo...”*
- “... cuando hay adultos infantilizados y niños en lugar de adultos...”*

Asimismo la falta de recursos institucionales se considera un factor de riesgo que se vincula con la última subcategoría, es decir con los temores a dar el alta, en parte por la falta de redes que genera temores y por otra parte por falta de criterios comunes:

- “...no hay redes y por eso los mantenemos en el Programa...”*
- “...la red de salud está saturada y no hay espacio para que otros miembros de la familia hagan tratamiento...”*
- “...los órganos judiciales no resuelven...”*
- “...no hay instituciones, a veces estamos solos...”*
- “...debería haber un protocolo de altas... un mayor acuerdo...”*
- “...a veces no damos el alta porque tenemos miedo de que ocurra algo... y por las dudas los mantenemos acá por años...”*

CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como objetivo indagar acerca del concepto de alta en el ámbito del maltrato infantil. En este sentido, se consideró que la palabra “alta” como un concepto vinculado al modelo médico generaba cierto rechazo dada la complejidad del fenómeno de la violencia hacia los niños. De este modo, se acordó que el término requiere de otras nominaciones y conceptualizaciones.

En esta línea, el **cierre de la intervención o cierre de proceso** fue la concepción más recurrente y se vinculó directamente con el cumplimiento de los objetivos que se plantean explícita e implícitamente al inicio del trabajo con las familias. Asimismo se consideró que estos deberían estar asociados al diagnóstico del caso, a las estrategias implementadas y a su efectividad, lo cual se enmarca en una serie de **límites** relacionados con el ámbito profesional, institucional y social. Por lo tanto, los límites remiten a un encuadre del accionar del profesional de la salud que se deberían ir redefiniendo en virtud de los recursos, de la particularidad de los casos y del bienestar de los niños y las familias.

1. Atención clínica del Maltrato Infantil: una aproximación al análisis de las consideraciones del Alta

En coherencia con lo planteado y en función del fortalecimiento de factores protectores y de la disminución de factores de riesgo como aspectos claves para otorgar altas, las funciones parentales tuvieron importancia primordial. Además se rescataron los recursos y potencialidades propias (del niño y de la familia), los recursos institucionales (redes) y los del equipo. Entre los factores de riesgo mencionados surgió la falta de recursos institucionales (redes sociales, de salud y judiciales) las características de la dinámica familiar (indicadores - severidad - cronicidad) la falta de criterios y los temores.

Por otra parte, los datos obtenidos del análisis cuantitativo permitieron observar que los profesionales consideran que sí otorgan altas. Esto señala la necesidad de revisar los criterios con los cuales se registra frecuencia estadística de las mismas. Esta revisión reflejaría con mayor claridad la labor de los profesionales. Por ello, se sugiere que sería conveniente registrar los casos en lugar de “altas” como “cierres de procesos”, lo cual parece ser más coherente con los conceptos elaborados. Además sería interesante continuar el diálogo entre los profesionales acerca la posibilidad de tener criterios comunes, más allá de que la particularidad del funcionamiento de cada familia es fundamental.

Siguiendo los resultados obtenidos se puede decir que este trabajo planteó la pregunta acerca del “hasta dónde” se llega en la intervención del abordaje al maltrato infantil, es decir hasta qué momento se acompaña la dinámica familiar y cuándo se puede realizar el cierre. Asimismo se indaga sobre el objeto de abordaje, es decir si el enfoque debe estar en el niño, en la familia, en las funciones o en los vínculos.

Finalmente se sostiene que esta propuesta permitió empezar a construir alternativas de respuestas a los interrogantes del quehacer de los profesionales, desde un punto de vista que integra la investigación con la reflexión acerca de las prácticas. Sin embargo, se plantea que más que otorgar respuestas, este trabajo abre más preguntas, generando como todo proceso de investigación, un espacio para continuar el estudio de esta temática desde un punto de vista integral y en pos de la protección de los derechos del niño y el adolescente.

Bibliografía

- Amezcuca, M. y Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Ander-Egg, E., & Aguilar, M. J. (2000). *Cómo elaborar un proyecto: guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Arruabarrena, M. y De Paul (2001). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y Tratamiento*. (6ta. Ed.) Madrid: Pirámide.
- Canales, M. y Peinado, A. (2007). Grupos de discusión. En: J.M Delgado y J. Gutiérrez (Eds.). *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Carballeda, A. J. (2007). *Escuchar las prácticas: la supervisión como proceso de análisis del intervención en lo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Chahla, E. J. (2005). *Evaluación del niño maltratado*. Mendoza: Documentos teóricos presentados para la cátedra de Maltrato Infantil. Universidad del Aconcagua.
- Curcoy Barcenilla A.I., Trenchs Sainz de la Maza, V. y Pou Fernández, J. (2006) Utilidad de la gammagrafía ósea en el diagnóstico diferencial del maltrato infantil, *Anales de Pediatría*, 65(1), 83-90.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2005). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Diario Uno On Line (2013). Maltrato a niños: agresión física y negligencia, al tope de las denuncias. (2013, 5 de enero). Recuperado el 25 de abril de 2013 de <http://www.diariouno.com.ar/mendoza/Maltrato-anios-agresion-fisica-y-negligencia-al-tope-de-las-denuncias-20130105-0004.html>
- Escalante, E. y Páramo, M. (2011). (Comp.) *Aproximación al análisis de métodos de investigación cualitativa*. Mendoza: Editorial Universidad del Aconcagua.
- Giraldo Arias R. y González Jaramillo, M. (2009). *Violencia Familiar*. Bogotá: Ed. Universidad del Rosario.
- Gracia E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: Percepciones de padres e hijos. *Psicothema*, 14(2), 274-279.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ª edición. México: McGraw-Hill.
- Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social: Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado del Arte en Resiliencia*. Santiago: Organización Panamericana de la Salud. Fundación Kellogg. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Ley Provincial de Creación del Programa Provincial de Niñez y Adolescencia 6551. Decreto reglamentario N° 2107/98. (1997) (legislado).
- López Hernández-Ardieta, M., Felix Alcantara, M.P, Simon, J.M., Navarro, M. y Ganan, C. (2008) Tiempo de tratamiento necesario hasta el alta terapéutica. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 20, 201.
- Martínez González, J.M., Graña Gómez, J.L., Trujillo Mendoza, H.M. (2009) Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención para el tratamiento de recaídas del alcoholismo. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 21(2), 105-112.
- Mayntz, R. y Kurt Holm, P. (1969). *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. España: Alianza.
- Mollo, S. A. (2007). *Detección precoz de maltrato infante juvenil en niños menores de 5 años*. Mendoza. Manuscrito de circulación interna no publicado. Programa Provincial de Atención y Prevención al maltrato de la Niñez Adolescencia y Familia. Ley 6551: Mendoza.
- Morelato G., Giménez S. y Colombo R. (2011) Análisis de la función materna en una muestra clínica de niños víctimas de Abuso Sexual. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 57(3), 207-216.
- Muela Aparicio A. (2008) Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de Psicología*, 24(1), 77-87.
- Olmos-Espinosa R., Madoz-Gúrpide A. y Ochoa E. (2001) Situación al año de los adictos a opiáceos que siguieron tratamiento ambulatorio tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 13(2), 173-178.
- Prieto L., Lamarca, R. y Casado, A. (1998). La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. *Medicina Clínica*, 10 (4), 142 – 145.
- Programa Provincial de Atención y Prevención a la Niñez, Adolescencia y Familia. Ley 6551 (2011). *Informe anual del área de estadísticas*. Documento presentado a la Dirección Provincial de Salud Mental. Ministerio de Salud. Provincia de Mendoza.
- Sabaté Rotés A., Sancosmed Ron M., Cebrián Rubio R., Canet Ponsa M. y Martín González M. (2008). Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. *Anales de Pediatría*, 71(1), 60-63.
- Taylor S.J. y Bogdan R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Vallejo, R. y Finol de Franco, M. (2010). *La triangulación como procedimiento de análisis para investigaciones educativas*. REDHECS, 117-133.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa

2.

Prevalencias disciplinarias e interdisciplinarias sobre los criterios de Alta o Cierre de Abordaje en el ámbito del maltrato infantil desde la perspectiva del análisis de redes sociales

José María Vitaliti

Introducción

El presente trabajo describe una serie de resultados acerca de los criterios que adoptan los profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales y técnicos en minoridad y familia), al otorgar el alta de casos clínicos en el ámbito del maltrato infantil. Estos criterios analizados desde la metodología del análisis de redes sociales, se encuadran en la prevalencia de ciertas etapas del tratamiento. A su vez, para observar esta prevalencia, se han extraído datos de una investigación previa¹. En la misma se diseñó una entrevista donde se consultó acerca de los criterios profesionales utilizados para otorgar el alta. Los resultados obtenidos y sistematizados han definido fundamentalmente que el alta se otorga, en relación directa o indirecta, con el diagnóstico, objetivos, tratamiento propiamente dicho y estrategias, y la evaluación del abordaje. Sin embargo se observó que algunos profesionales hacían mayor hincapié en algunas etapas y otros en ninguna de las etapas. En el marco de lo expuesto, nos realizamos algunas preguntas tales como: ¿se puede otorgar el alta sin vincularla al diagnóstico o a los objetivos de trabajo?; ¿cómo se puede llegar al alta sólo priorizando el tratamiento/estrategias? ¿Por qué profesionales de la misma disciplina pueden tener diferentes opiniones a la hora de otorgar el alta?; ¿es la problemática que invita a tener diversidad de criterios o son las corrientes intradisciplinarias –interno a las disciplinas- que se juegan en los criterios que se priorizan?

Asimismo resulta necesario tener en cuenta, que el concepto de alta como etapa del abordaje, ha sido poco abordado. Incluso en las investigaciones realizadas previamente se encontraron con el obstáculo de la escasa información e investigación sobre el cierre de abordaje. Es por ello que resulta necesario realizar una descripción y estudio profundo y detallado de este concepto, a fin de poder seguirlo estudiando a través de las prácticas.

Nos proponemos analizar los criterios de alta adoptados por los profesionales por medio de la técnica del análisis de redes sociales (ARS) aplicar como red semántica, vinculado etapas con profesiones. A su vez observaremos la prevalencia o prioridad otorgada

¹ - Dicha investigación consta de un trabajo de tesina basado en una investigación financiada por el Consejo de Investigaciones de la Universidad del Aconcagua (CIUDA). La Tesina de licenciatura es: El “alta” en la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia: aportes surgidos a partir del análisis de casos clínicos, cuyo autor es el mismo autor de este capítulo. El Proyecto de Investigación se denominó: “Criterios de alta clínica en la atención de casos de maltrato infantil en el ámbito público: un enfoque exploratorio” dirigida por la Dra. Gabriela Morelato y cuya duración es anual.

por cada disciplina a las etapas del tratamiento mencionadas anteriormente. También realizará una vinculación interdisciplinaria teniendo en cuenta ambos ejes (etapas y profesión).

1. Marco teórico referencial

1.1. El abordaje del Maltrato a la niñez y adolescencia

La problemática del Maltrato a la Niñez y Adolescencia (en adelante MNA) se desenvuelve en múltiples dimensiones (Kempe, 1962; Barnett, Manly, & Cicchetti, 1993). Estas dimensiones pueden fácilmente homologarse a marcos etiológicos de producción del MNA (Bringiotti, 2006; Bringiotti 1999; Gracia Fuster, 1995) y a la vinculación de las diferentes disciplinas con la complejidad del fenómeno (Gil, 1970; Parke y Collmer, 1975; Burgess, 1979; Belsky y Vondra, 1989 citados en Gracia Fuster, 1995). Esta multidimensionalidad y complejidad de la problemáticas del MNA, dieron lugar a nuevas definiciones, nuevos indicadores o conductas alertadoras, distintos marcos etiológicos interdisciplinarios e incluso la integración de planos micro-macro en la delimitación de causas y consecuencias del MNA.

Los marcos explicativos del MNA se desarrollan en las prácticas cotidianas de intervención. Es en ese espacio íntimo y preñado de relaciones de poder, donde se materializa: los marcos disciplinares, los marcos etiológicos y los planos micro-macro atribuidos. Es así, como se hace necesario reflexionar acerca del abordaje del MNA y puntualmente de las etapas de la intervención.

La intervención consta –tradicionalmente- de cuatro etapas básicas: diagnóstico, objetivo, tratamiento y alta. A su vez, son variados los atravesamientos que confluyen en la práctica asistencial, y que directa y/o indirectamente se filtran en la intervención con los sujetos. Sujeto inesperado, en palabras de Carballeda (2008), que irrumpiendo “en este contexto y en la singularidad de cada situación de intervención, (...) no es el esperado por los viejos mandatos institucionales. Ese otro, que muchas veces recibe la mirada asombrada e interpelante de la institución que lo ratifica en el lugar de un objeto no anhelado. Así, el sujeto es sólo individuo precario, temporal; donde se obtura su posibilidad de ser en su relación con otros” (Carballeda, 2008).

Este sujeto inesperado, emerge allí, donde la complejidad del sufrimiento marca las dificultades de los abordajes uniformes y preestablecidos, en expresiones transversales de la cuestión social que superan muchas veces los mandatos de las profesiones y las instituciones (Carballeda, 2008). Es por ello, que resulta necesario volver a los marcos de intervención, preguntarnos acerca de las herramientas que utilizamos, su efectividad o su desuso, su confiabilidad, si es posible medir o no ese retazo de realidad compleja, trasversal y dinámica.

1.2. El cierre de abordaje del MNA

El alta en la problemática del MNA es una de las etapas del abordaje que se plantea con mayores controversias debido a la insuficiente existencia de bibliografía sobre esta instancia del abordaje (Olmos-Espinosa, Madoz - Gúrpide y Ochoa, 2001; Curco y Barcenilla, Trenchs Sainz de la Maza y Pou Fernández, 2006; López Hernández -

Ardieta, Félix Alcántara, Simón, Navarro y Ganan, 2008; Sabaté Rotés, Sancosmed Ron, Cebrián Rubio, Canet Ponsa y Martín González, 2008; Giraldo Arias y González Jaramillo, 2009; Martínez González, Graña Gómez y Trujillo Mendoza, 2009 citado en Morelato, Casari, Vitaliti, Giménez, Soria, Guillot & Moscuén, 2013), es una pregunta epistemológica sin una respuesta clara en los equipos de intervención y representa un problema de conocimiento sin sistematización por parte de equipos de investigación (Morelato, Vitaliti Pérez, Casari, Giménez, Guillot, Soria & Moscuén, 2012).

A partir de la revisión del concepto de alta realizado recientemente (Morelato, Vitaliti Pérez, Casari, Giménez, Guillot, Soria & Moscuén, 2012), se ha podido llegar a una serie de resultados preliminares que se describen a continuación:

- la palabra **alta** se considera un concepto vinculado al **modelo médico** generando cierto **rechazo** dada la complejidad del fenómeno de la violencia hacia los niños/as,
- el **cierre de la intervención o cierre de proceso** fue la concepción más **recurrente**,
- esta instancia se vinculó directamente con el cumplimiento de los **objetivos** que se plantean explícita e implícitamente al inicio del trabajo con las familias,
- los **objetivos** deberían estar asociados al **diagnóstico del caso**, a las **estrategias implementadas y a su efectividad**, lo cual se enmarca en una serie de límites relacionados al ámbito profesional, institucional y social.

Si bien estas aseveraciones constituyen un dato relevante en relación con el cierre del abordaje, es necesario profundizar acerca de las vinculaciones realizadas por los profesionales con respecto a esta instancia. Ya que se podría indagar ¿Cuáles son las etapas del abordaje que se vinculan preferentemente con el cierre del abordaje? ¿Qué disciplinas legitiman el cierre de abordaje frente a cuáles instancias del mismo?

2. Marco Metodológico

El enfoque utilizado para el presente trabajo es el cualitativo entendiéndose como el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos que describen momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos (Becker, 1958, Goetz & Le Compte, 1988; Vasilachis de Gialdino, 1992, 2006, 2011; Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006; Reguera, 2008).

Se recolectan los datos a través de entrevistas semidirigidas ad hoc, construidas con el propósito de recabar información acerca de los criterios que utilizan o no utilizan los profesionales especialistas en la problemática maltrato infantil para otorgar altas. Las mismas son administradas a los profesionales en su ámbito de acción, llamados Unidades Especializadas Departamentales que se encuentran en Hospital regional o Centro de Salud. Este instrumento pretende obtener mayor riqueza, profundidad y calidad de información (Hernández Sampieri, et al., 2006 citado en Morelato et al., 2012). La entrevista consta de dos partes: la primera recaba datos demográficos: género, edad, lugar de trabajo, profesión, tiempo laboral, formación académica, entre otras y la segunda parte se introduce en el tema sobre criterios de alta indagando acerca de: conceptualización profesional sobre el alta, altas en los últimos dos años, predominancia del criterio discipli-

nario o interdisciplinario, tiempo de duración de un caso en el programa, criterios de alta a nivel disciplinar y por último, existencia o no de norma pre-establecida respecto del alta.

El corpus de datos está compuesto por 67 entrevistas realizadas a profesionales intervinientes de la problemática del MNA.

El análisis se realizó con base en un trabajo previo (Vitaliti, 2013) que permitió sistematizar una serie de respuestas de los profesionales a la pregunta acerca de los aspectos claves que consideran al momento de cerrar el abordaje de casos de maltrato infantil. De este primer acercamiento surgieron las siguientes categorías asociadas al alta:

1. **Diagnóstico:** es un procedimiento que permite conocer y analizar la situación de salud de grupos, comunidad o población, con el fin de identificar o diagnosticar problemas y necesidades, determinar sus factores, como parte de un proceso de intervención (Ramos Domingue, 2006; Fiorini, 2002; Di Paolo, 2011; Carballeda, 2006). El diagnóstico incluye el tipo de maltrato: físico, emocional, por negligencia, abusos sexual infantil (Mollo, Martín, & Stagni, 2009); la cronicidad (si es episódico o de prolongada exposición); el grado de severidad, el cual es evaluado a través de una grilla de indicadores (Morelato, 2009); por último, la particularidad de la situación teniendo presente las distintas formaciones familiares y la particularidad del sujeto (Carballeda, 2007; Fiorini, 2006; Karsz, 2007; Velázquez, 2012; Giberti, 1994)

2. **Objetivos:** se trata de indicar el destino o los efectos que se pretenden alcanzar con su realización. Conforman el elemento fundamental, ya que expresan los logros definidos que se busca alcanzar (Ander-Egg & Aguilar, 2000). Los objetivos surgen a partir de la evaluación de las causas, a través de la jerarquización de las mismas se realizada dirección sobre la que se articularan las estrategias de intervención y el tratamiento.

3. **Tratamiento/estrategias:** programa de operaciones simultáneas o sucesivas surgidas a partir del reconocimiento del campo de intervención. A partir de allí se perfilan grandes etapas en el abordaje de la situación y se fundamenta su secuencia (Ander-Egg et all., 2000; Perez Chaca, Mollo, & Giunchi, 2008).

4. **Evaluación:** La evaluación del modelo de intervención es un proceso de análisis de la acción o intervención. Se realiza en momentos muy concretos y sirve para juzgar periódicamente, de manera profunda, la acción, y si se presenta el caso, reorientarla (Di Paolo, 2011).

Para el presente estudio se incluye, tal como se señaló previamente, un análisis a través de la metodología de las ARS. El ARS, cuya sigla significa Análisis de Redes Sociales, es una herramienta utilizada para la descripción y análisis de nodos y líneas intervinientes o sin vínculo entre sí. A su vez, estas vinculaciones se describen a través del estudio de dos constituyentes: el Grafo y la Matriz. Cuando hablamos de grafo, es definido como: "una estructura topológica formada por un conjunto de puntos (nodos vértices), duplicado por un conjunto de de segmentos de líneas orientados o no que unen a la totalidad o una parte del primer conjunto de dos en dos. Existen diferente tipos de grafos: comunes, orientados, evaluados, marcados. Todos ellos sirven para modelar de diferentes maneras la Red Social. Cada nodo representa una persona y una línea la relación entre dos personas" (Machín, Merlo, & Milanese, 2010). A su vez,

2. Prevalencias disciplinarias e interdisciplinarias sobre los criterios de Alta o Cierre de Abordaje

cada grafo es originado a través de una matriz, la cual se define como: “la disposición rectangular de un conjunto de elementos, de hecho es un poco más complicado que eso, pero retomaremos el tema de las matrices de más de dos dimensiones en breve. El tamaño de los rectángulos viene dado por el número de filas y columnas de elementos que contienen. Una matriz de “3 por 6” tiene tres filas y seis columnas; una matriz de “i por j” tiene i líneas y j columnas” (Hanneman, 2001).

Dichos componentes constituyentes del ARS serán utilizados, para analizar el discurso de los/as entrevistados/as en relación a las categorías previamente explicitadas (Lozares, 2006; Avale, 2007). Se realizará un análisis de la estructura de las redes, teniendo en cuenta las siguientes medidas específicas:

1. Componentes: por medio de esta medida se establece ¿Cuántos componentes se encuentran en la red? Los componentes de una red son: “partes internamente conectadas, donde todos los actores están conectados” (Hanneman, 2001).
2. Nodos aislados: son actores de la red que no están conectados entre sí, ni con subgrupos o componentes.
3. Centralidad de grado: Los actores que tienen mayores vínculos con otros actores puede que tengan posiciones ventajosas. Debido a que tienen muchos vínculos, pueden tener formas alternativas de satisfacer necesidades y por tanto son menos dependientes de otros individuos. Además, dado que disponen de muchos vínculos, pueden tener acceso y pueden conseguir más del conjunto de los recursos de la red. El hecho de tener más vínculos les posibilita a menudo ser terceros y permitir intercambios entre otros, pudiéndose beneficiar de esa posición. Así que una muy simple, pero a menudo efectiva, medida de centralidad de un actor y de su poder potencial es su grado (Hanneman, 2001).
4. Rango: que representa el número de lazos directos que un integrante de la red posee, es decir, con cuántos otros actores se encuentra directamente conectado;
5. Cercanía: es una medida que indica la cercanía de un nodo respecto del resto de la red y que representa la capacidad de tiene un nodo de alcanzar a los demás.
6. Intermediación: que permite identificar a las personas que actúan como intermediarias entre otras dos personas del mismo grupo que no se conoce entre sí² (Rodríguez 1995; Requena Santos 1989, 2003; Enriquez Rosas, 2000; Hanneman, 2000; Bronfman, 2001; Molina, 2001, 2005 citados en Pasarin, 2013).

A su vez se construyó una matriz de modo 2 (Hanneman, 2001) teniendo en cuenta las disciplinas de los/as entrevistados/as y las categorías descriptas previamente. El dato del contenido de la matriz pertenece a las vinculaciones realizadas por los profesionales en relación al concepto de alta o cierre de abordaje. Es decir, cada entrevistado/a a través de su dis-

² - Cada una de estas medidas puede ser clara para una analista de redes, sin embargo para un sujeto que lee por primera vez este tipo de metodología puede no resultar familiar. Es por ello, que sugiero la lectura de Robert Hanneman (2001) “Introducción a los métodos de análisis de redes sociales” (2001), documento a través del cual explica con profundidad esta metodología y medidas. El mismo se encuentra en la web de la revista redes con libre acceso: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/text.htm>

ciplina vincula el alta a una de las categorías. Al realizar la vinculación en la construcción de la matriz se le asignada un (1) uno y la celda que quedara vacía se le asigna un (0) cero. Por ejemplo si el entrevistado/a cuya disciplina-profesión es la psicología y define al alta como:

*“Alta: es finalización del trabajo con la familia cuando se han logrado cumplir los **objetivos** ligados al inicio del abordaje en función del **diagnóstico**”.*

En la matriz se considerarían los datos de esta manera:

Cuadro N° 1 Ejemplo de sistematización de la definición de alta dada por un profesional					
Profesión-disciplina	Objetivos	Diagnóstico	Estrategias/tratamiento	Evaluación	Totales
Psic	1	1	0	0	2

Luego a través del soporte del Software UCINET³ y NETDRAW se construye la matriz y se visualizan las redes obtenidas.

3. Resultados

Los resultados que se presentarán tendrán dos ejes: 1- La interrelación de las disciplinas en particular y las categorías y 2- La interrelación interdisciplinaria y las categorías. En el primer eje se priorizará la disciplina en relación con las categorías mayormente legitimadas. En el segundo eje se tendrá como referencias las categorías más importantes en relación con la interacción de las disciplinas con éstas.

3.1. Las vinculaciones disciplinares en relación con las instancias del abordaje.

Los/as profesionales entrevistados/as pertenecían básicamente a las siguientes disciplinas:

- Medicina (med.)
- Psicología (psic.)
- Trabajo Social (ts.)
- Psicología social
- Licenciatura en minoridad y familia (L.M. y F.)
- Tecnicatura en minoridad y familia (T. M.y F.)

A continuación se describirán cada uno de los grafos⁴, teniendo presente las disciplinas arriba mencionadas. Es importante aclarar que las últimas tres profesiones se presentarán en grafos de Trabajo Social y Psicología según corresponda a fin de analizar y priorizar la interacción.

³ - Versión de prueba. UCINET es un programa de análisis de redes sociales desarrollado por Steve Borgatti, Martin Everett y Lin Freeman. El programa es distribuido por Analytic Technologies (Pasarin, 2013).

⁴ - Un grafo, es “una estructura topológica formada por un conjunto de puntos (nodos vértices), duplicado por un conjunto de de segmentos de líneas orientados o no que unen a la totalidad o una parte del primer conjunto de dos en dos. Existen diferente tipos de grafos: comunes, orientados, evaluados, marcados. Todos ellos sirven para modelar de diferentes maneras la Red Social. Cada nodo representa una persona y una línea la relación entre dos personas” (Machín, Merlo, & Milanese, 2010).

3.1.1. Los/as médicos/as y la influencia de las etapas del abordaje en el alta.

Los resultados se analizaron a partir de la participación de 12 entrevistados/as médicos/as de distintas especialidades, entre las que se encuentran: toco ginecóloga, medicina de familia, pediatría, psiquiatría, entre otras.

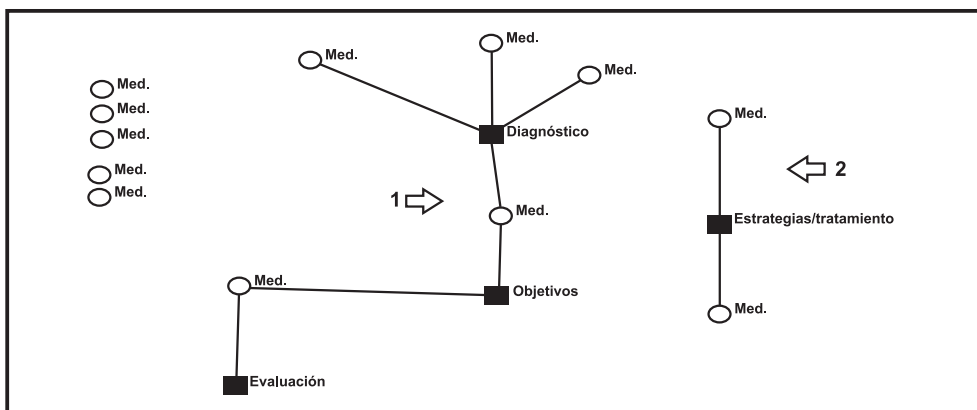


Figura N° 1: Grafo de la disciplina médica en relación con la vinculación establecida entre el alta y las diferentes etapas del abordaje del MNA.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos relevados de entrevistas realizadas a profesionales, utilizando el software UCINET.

Se pudo observar que en la figura N° 1 se puede apreciar que existen dos componentes, y cinco nodos aislados. Los nodos aislados demuestran que *cinco entrevistados/as de los cuales representan el 42% del total entrevistado, no han vinculado el alta con alguna de las instancias del abordaje*⁵. En el componente 1 se puede apreciar que la categoría *diagnóstico* (rango 4) tiene *mayor centralidad* en relación a las categorías restantes. Siguiendo con el mismo componente se observa que la categoría *objetivo* (rango 2) se encuentra *intermediada por dos nodos* que vinculan: por un lado diagnóstico-objetivo y por otro objetivo-evaluación; y por último la categoría *evaluación* (rango 1).

En el componente 2, la categoría *estrategias/tratamiento* (rango 2) le sigue en centralidad a la categoría *diagnóstico*, pero se encuentra desconectada de las anteriores categorías, sin poder en relación al componente 1.

En síntesis: a la pregunta *¿qué etapa del abordaje priorizan los/as médicos/as para arribar a un cierre de abordaje inminente?* Se podría decir por un lado, que existe una tendencia que priorizar el alta como etapa particularizada, en un tiempo y momento puntual, y por otro lado, se vincular fuertemente el alta con el diagnóstico y a las estrategias que se vayan generando en el proceso de abordaje

⁵ - Es importante aclarar que no vincular el alta con las instancias del abordaje no significa que no realicen esta vinculación en la práctica de intervención. Los/as entrevistados al construir la definición de alta en la entrevista no lo consignaron como relevante y esto se describe en los resultados.

3.1.2. Los/as psicólogos/as y la influencia de las etapas del abordaje en el alta.

Este grafo se construyó a partir de la participación de 29 entrevistados/as, de los cuales 27 son psicólogos/as y 1 psicólogo social.

En la figura N° 2 se puede apreciar que existe un componente y once nodos aislados. Los nodos aislados demuestran que el 39% de los entrevistados/as no han vinculado el alta con alguna de las instancias del abordaje⁶. En el componente los/as psicólogos/as han priorizado a las categorías diagnóstico (rango 10) y objetivo (rango 9); en relación las categorías: estrategia/tratamiento (rango 5) y evaluación (rango 4). Resulta importante destacar que el psicólogo social vincula al alta sólo con la efectividad del tratamiento realizado.

La categoría con mayor intermediación del diagnóstico (intermediación 8) que comparte lazos con todas las categorías: objetivo (4), estrategia/tratamiento (3) y evaluación (1). La categoría objetivo de intermediación 6 comparte lazos con: diagnóstico (4) y (1) tanto con estrategia/tratamiento como con evaluación. Luego sigue evaluación (intermediación 4) que comparte lazos con diagnóstico (3) y objetivo (1). Y por último, estrategia/tratamiento (intermediación 2) que comparte un lazo con objetivo y otro con diagnóstico. Sin embargo, en cuanto a la medida intermediación específicamente, se podría decir que no hay grandes diferencias sino que se comparte cierta paridad.

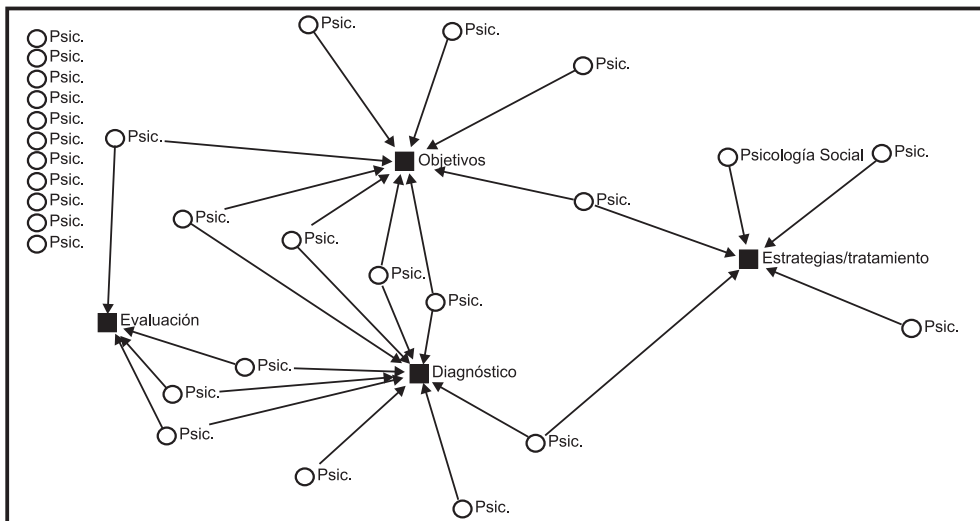


Figura N° 2: Grafo de la disciplina Psicología en relación vinculación establecida entre el alta y las diferentes etapas del abordaje del MNA.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos relevados de entrevistas realizadas a profesionales, utilizando el software UCINET.

En síntesis: a la pregunta sobre: ¿cuáles son las etapas del abordaje que los/as psicólogos/as vinculan con el cierre de abordaje? Podemos decir que la mayoría entiende al cierre

⁶ - Ibid 4

del abordaje como una etapa puntual sin vincularse directamente con alguna de las etapas del abordaje. Sin embargo existe otra prevalencia que vincula al cierre de abordaje con todas las etapas del tratamiento. Es decir, decimos alta cuándo lo observado en el diagnóstico, se transforma en ejes u objetivos terapéuticos a seguir, y las distintas estrategias desarrolladas permiten una evaluación que efectiviza un abordaje claro sobre la problemática.

3.1.3. Los/as trabajadores/as sociales y la influencia de las etapas del abordaje en el alta

Este grafo se construyó a partir de la participación de 25 entrevistados/as, de los cuales 21 son trabajadores/as sociales, dos Tec. en minoridad y familia y dos Lic. en minoridad y familia.

En la figura N° 3 se puede apreciar que existe un componente y tres nodos aislados. Los nodos aislados demuestran que son 16% de *los/as entrevistados/as que no han vinculado el alta con alguna de las instancias del abordaje*⁷.

En el componente se puede observar que se ha priorizado las categorías: objetivo (rango 14) y diagnóstico (rango 10); en relación las categorías: evaluación (rango 7) y estrategia/tratamiento (rango 4). Tanto la categoría objetivo como diagnóstico tienen un gran número de conexiones que no se vinculan con otras instancias del abordaje (6 nodos cada una).

En cuanto a la intermediación existen diferencias importantes:

- la categoría objetivo tiene ocho nodos de intermediación; de los cuales cuatro tienen la particularidad de vincularse con tres categorías: dos vinculan objetivo-diagnóstico-evaluación, uno vincula objetivo-diagnóstico-estrategia/tratamiento y otro vincula objetivo-estrategia/tratamiento-evaluación. En cuanto la vinculación doble son cuatro los nodos intermediarios, de los cuales: dos vinculan objetivo-estrategia/tratamiento y dos vinculan objetivo-evaluación.

- en segundo lugar se encuentra la categoría evaluación con seis nodos intermediarios. De estos nodos, tres intermedian con tres categorías (dos nodos vinculan evaluación-diagnóstico-objetivo y uno vincula evaluación-estrategia/tratamiento-objetivo); y tres nodos intermedian con dos categorías (dos vinculan evaluación-objetivo y una vincula evaluación-diagnóstico).

- Tanto la categoría diagnóstico como estrategia/tratamiento con cuatro nodos intermediarios cada una. Se diferencian en que la categoría diagnóstico tiene tres nodos que vinculan tres categorías, mientras que la categoría estrategia/tratamiento tiene dos nodos que vinculan tres categorías.

Se podría decir que teniendo en cuenta las propiedades de la red existe mayor cohesión en esta disciplina en relación con a las otras dos restantes. Esta aseveración se puede realizar teniendo en cuenta que, de los nueve nodos intermediarios existen cuatro que vinculan tres categorías, estableciendo mayor poder a las conexiones (Gri-goli, 1979 citado en Pinto & Lucas, 2013).

⁷ - Ibid 4

Es importante destacar que los/as técnicos/as en minoridad se encuentran: uno como nodo aislado sin vincular el alta con alguna instancia del abordaje y el otro vinculando el alta con los objetivos y las estrategias de abordaje. En cuanto a los Licenciados/as en minoridad y familia se encuentran vinculando al alta: uno con los objetivos y el otro con la evaluación de la intervención realizada.

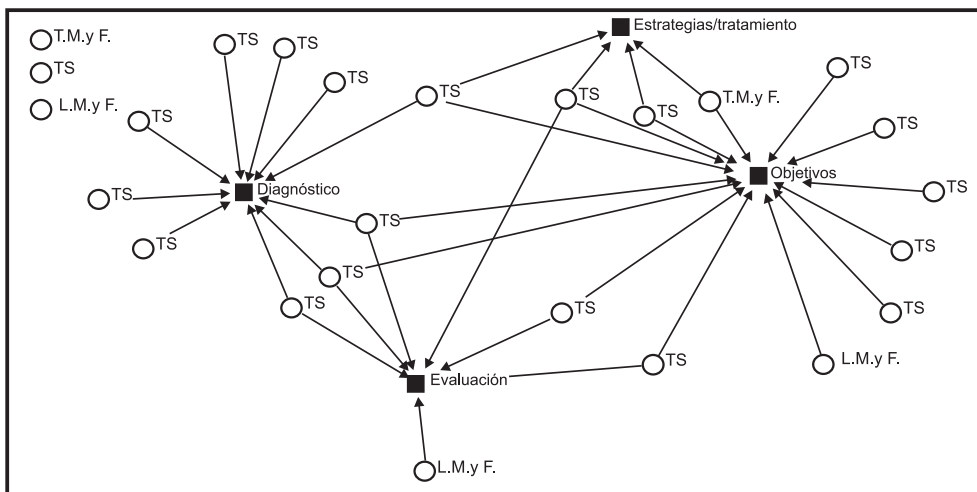


Figura Nº 3: Grafo de la disciplina Trabajo Social y disciplinas afines en relación vinculación establecida entre el alta y las diferentes etapas del abordaje del MNA.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos relevados de entrevistas realizadas a profesionales, utilizando el software UCINET.

En síntesis: se puede afirmar, en el ámbito social, que existe una vinculación cohesionada entre todas las etapas del abordaje para el arribo del alta o cierre del abordaje. Es decir, no se puede dar un alta sino se hace un diagnóstico claro, se realizan objetivos situacionales, sin emplear estrategias en el tratamiento y sin una evaluación previa al encuentro con la familia.

3.2. Instancias del abordaje en relación al conjunto de disciplinas

El total de entrevistados/as fue de 67 participantes, de los cuales 66 respondieron la entrevista, como lo expresa el cuadro a continuación.

No contesta	1
Contestadas	66
Total de entrevistados/as	67

Características de la red	Número
Nodos aislados	19
Rango 1	26
Rango 2	17
Rango 3	4
Total	66

Cuadro Nº 2 Datos de entrevistas y características de la red representada en figura Nº 4.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos aportados por la red disciplinaria y las categorías.

2. Prevalencias disciplinarias e interdisciplinarias sobre los criterios de Alta o Cierre de Abordaje

En el cuadro anterior se describen algunas características del grafo (figura N°4) donde el número de nodos coincide con la cantidad de entrevistas contestadas, respectivamente.

En el grafo se puede observar que existen un componente y 19 nodos aislados. Los nodos aislados representan un 29 % del total de los nodos existentes. En el componente se pueden observar las siguientes medidas representativas:

- Centralidad: La categoría con mayor centralidad es diagnóstico con 24 nodos, luego le sigue objetivo con 15 nodos, evaluación con 12 nodos y estrategia/tratamiento con 11 nodos.
- Intermediación: se observa que la categoría con mayor cantidad de nodos intermedios es objetivo con 16 nodos, le sigue diagnóstico con 13 nodos, evaluación con 11 nodos y estrategia/tratamiento con 6 nodos.
- Rango: en esta medida solo se destacará a la disciplina trabajo social por ser los únicos nodos que intermedian con tres categorías. La cantidad de nodos de rango 3 es de cuatro nodos.
- Alta cohesión del componente, ya que tiene mayor poder de la red teniendo presente la cantidad de interconexiones.

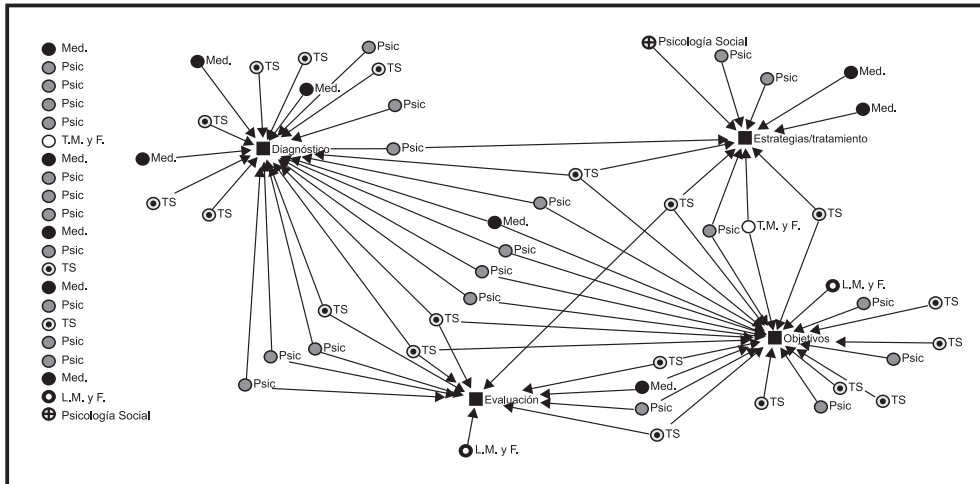


Figura N° 4: Grafo del conjunto de las disciplinas en relación con vinculación establecida entre el alta y las diferentes etapas del abordaje del MNA.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos relevados de entrevistas realizadas a profesionales, utilizando el software UCINET.

En el análisis interdisciplinario se observa que existe una cantidad importante de disciplinas que no vinculan el cierre de abordaje con las otras instancias del abordaje: diagnósticos, objetivos, tratamiento/estrategia, evaluación. Esto nos permitiría pensar en varias hipótesis, o preguntas para ser profundizadas con los/as profesionales. Primero: si el alta no se vincula con las etapas del abordaje, ¿con qué se vincula el alta? Segundo: ¿porqué se atomiza o separa el alta de las otras etapas? ¿Cuál es el fundamento de peso que prefigura al alta como etapa particularizada?

Por otro lado, también se observa un conjunto de profesionales de distintas disciplinas que entiende al alta intervinculando fuertemente todas las etapas del abordaje.

Podríamos reflexionar, que no se podría arribar a un alta, sin evaluar el proceso anterior, sin objetivos terapéuticos, sin planificar estrategias y sin realizar una evaluación focalizada de las anteriores etapas. Esa posición resulta diferente a la anterior, y por ello merece que nos preguntemos acerca de cuáles son los circuitos internos que toman fuerza en el alta, a fin de aceitarlos. Es decir profundizar en las etapas del abordaje pero desde un trabajo integrado del proceso del tratamiento.

Es importante que nos preguntemos acerca de estas dos dimensiones de análisis: una desvinculada (etapas-alta) y la otra interviniendo (etapa+ alta), ya que pareciera que aunque son antagónicas perviven y conviven en los equipos interdisciplinarios. Incluso se podría plantear cómo estas dimensiones se perciben y actúan intra e interdisciplinariamente.

4. Conclusiones

Los resultados de este trabajo señalan, que los/as profesionales médicos/as en su mayoría asocian el alta en dos direcciones: por un lado la relacionan con el diagnóstico, con los objetivos y con la evaluación y por otra parte con la efectividad del tratamiento realizado. Sin embargo existe un importante porcentaje (42%) que no vincula el alta con las etapas mencionadas.

Asimismo, los profesionales psicólogos en un gran porcentaje (61%), asocian el alta en mayor medida con el siguiente orden de conceptos: diagnóstico, objetivos, tratamiento y evaluación del abordaje. El resto de los profesionales entrevistados no relacionaron el cierre de abordaje con las categorías señaladas.

Finalmente resulta llamativo que los profesionales del área de trabajo social en un alto porcentaje (84%) vinculan el alta con todas las instancias de abordaje.

Las conclusiones que se podrían arribar a través de lo trabajado con todas las disciplinas y las etapas del abordaje son⁸:

Resulta relevante que exista un 29 % de disciplinas que no hayan vinculado al cierre de abordaje o alta a alguna de las instancias del abordaje. Es decir que 3 de cada 10 profesionales afirman que el alta no se vincula directamente con las cuatro etapas del tratamiento. Esto nos permite plantearnos nuevas preguntas acerca del alta en el ámbito del maltrato infantil. Por otra parte, existe una alta aceptación de las disciplinas acerca del cierre de abordaje en relación con las cuatro instancias del abordaje y además ha existido una relevancia destacada del diagnóstico y los objetivos para arribar a un cierre de abordaje.

Para concluir nos preguntamos acerca del papel secundario dado a las etapas estrategia/tratamiento y evaluación en relación al cierre de abordaje. ¿Es importante pensar que el tratamiento/estrategia y la evaluación no tiene directa asociación con el cierre de abordaje?

⁸ - Conclusiones surgidas a partir del análisis de la figura N° 4 y cuadro N° 2.

2. Prevalencias disciplinarias e interdisciplinarias sobre los criterios de Alta o Cierre de Abordaje

Esta última pregunta no se puede dilucidar sin recurrir a la complejidad que implica la problemática abordada, ya que en el maltrato a la niñez y adolescencia, surge muy comúnmente la deserción del tratamiento, y la dificultad para establecer estrategias de recaptación por parte de los/as profesionales. Estas deficiencias en las estrategias de recaptación no dependen generalmente, de la falta de efectividad profesional para retomar nuevamente el trabajo con la familia, sino con las características primordiales de la problemática del MNA y la gran demanda existente en relación a la cantidad de denuncias, lo cual problematiza la atención semanal de casos y por ende la continuidad de los tratamientos (Diario Los Andes, 2010; Diario El Sol, 2011; Diario Uno, 2013; PPMI, 2011 citados en Morelato, Giménez, Vitaliti, Casari & Soria, 2013) con pocas posibilidades de realizar una evaluación conjunta, entre el equipo y las familias, en cuanto a los logros alcanzados (Arruabarrena Madariaga, 2009), es decir, generar un encuadre último de co-evaluación para integrar lo realizado desde la primer entrevista. Entonces, **esta omisión acerca de la vinculación entre tratamiento/estrategia y co-evaluación, y cierre de abordaje, representan algo así como un “nudo gordiano” entre la complejidad de este fenómeno y la relación del mismo con el cierre de abordaje.**

Finalmente, resulta necesario plantear que la metodología ARS utilizada para el análisis reticular semántico es una técnica que permite arribar a conclusiones legitimadas por los participantes. Describir las relaciones que existen entre las distintas instancias del abordaje en MNA y el cierre de abordaje, a partir de lo expresado por los profesionales, implica dilucidar posibles líneas de investigación desde y para el campo de intervención. De este modo este trabajo intenta realizar un aporte al análisis del discurso de los profesionales que intervienen en la problemática del maltrato infantil poniendo el foco en un saber construido a través de las prácticas, con lo cual la sistematización del conocimiento que proviene de la empiria, nos asegura acercarnos a resultados de utilidad desde los ámbitos locales.

5. Bibliografía

- Ander-Egg, E., y Aguilar, M. J. (2000). *Cómo elaborar un proyecto: guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Arruabarrena Madariaga, M. I. (2009). Procedimientos y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 13-23.
- Avallé, G. (2007). Redes Semánticas de la Pobreza. La Argentina del 2001. *REDES Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 13(8).
- Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: the interface between policy and research. En D. Cicchetti, & S. L. Toth, *Child abuse, child development and social policy* (págs. 7-73). New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Bringiotti, M. I. (1999). *Maltrato Infantil: Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil que concurre a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Miño y Dávila editores.
- Bringiotti, M. I. (2006). La Investigación y la transferencia: cuestiones de las prácticas. *Mesa Redonda: La investigación y la transferencia en cuestiones de infancia* (págs. 1-3). Buenos Aires: Inédito.
- Carballeda, A. (2008). La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Margen* (48).
- Carballeda, A. J. (2006). *El trabajo social desde una mirada histórica centra en la intervención*. Buenos Aires: Espacio.
- Di Paolo, R. O. (2011). *Planificación de proyectos sociales*. Mendoza: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNC.
- Gracia Fuster, E. (1995). Modelos explicativos, factores de riesgo e indicadores de los malos tratos en la infancia. En M. Oñorbe de Torre, M. García Barquero, & J. Díaz Huertas, *Maltrato Infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario*. Madrid: Consejería de la Salud.
- Gracia, E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: Percepciones de padres e hijos. *Psicothema*, 274-279.
- Grupo Antropocaos. (2011). *Seminario de Redes Sociales: Subgrupo*. Buenos Aires: Facultad de Antropología, Universidad de Buenos Aires.
- Hanneman, R. (2001). *Introducción a los Métodos de Análisis de Redes Sociales*. California: Departamento de Sociología de la Universidad de California Riverside.
- Kempe, H. (1962). *The battered child Syndrome*. Chicago N.A: Jama N/181.
- Lozares, C. (2006). Las representaciones fácticas y cognitivas del relato de entrevistas biográficas: un análisis reticular del discurso. *REDES Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 10 (8).
- Machín, J., Merlo, R., & Milanese, E. (2010). *Redes Sociales y Farmacodependencias. Aportes para la intervención*. México: CONADIC.
- Mitchel, J. C. (1969). *Social Network in Urban Setting*. Manchester: Manchester University Press.
- Mollo, S., Martín, P., y Stagni, M. (2009). *Diferentes Problemáticas que se abordan desde el Programa y su codificación actual redefinida en el marco de la Ley 26061*. Mendoza.
- Morelato, G. (2009). *Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato infantil*. San Luis: Tesis doctoral UNSL.
- Morelato, G., Gimenez, S., Vitaliti, J., Casari, L., & Soria, G. (2013). Análisis de factores protectores en el abordaje del maltrato infantil desde la mirada clínica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, (Aprobado en proceso de publicación).
- Paredes, A. (2011). Tres debates sobre la metodología de Análisis de Redes Sociales. En E. Escalante Gómez, & M. Páramo, *Aproximación al Análisis de datos cualitativos: Aplicación en la práctica investigativa*. (págs. 601-624). Mendoza: Universidad del Aconcgua.
- Paredes, A., Muñoz Rodríguez, M., Arrigoni, F., Vitaliti, J., Catalano, P. y Lucero, I. (2001). *Informe de Avance de Investigación: Resiliencia y redes sociales en comunidades vulnerables: El caso de Privados de Libertad en los Establecimientos Penitenciarios dependientes del Servicio Penitenciario Provincial (Mendoza)*. Mendoza: Ciudad.
- Pasarin, L. (2013). Itinerarios Terapéuticos y Redes Sociales: actores y elementos que direccionana los proceso de salud/enfermedad/atención. En A. Paredes, *Redes Sociales: análisis e intervención psico-sociales* (págs. 215-233). Mendoza: Universidad del Aconcgua.
- Perez Chaca, M. V., Mollo, S. M., & Giunchi, V. A. (2008). Familia(s) y maltrato infanto-juvenil: una mirada desde el campo social. *Escenarios* 13, 90-99.
- Vitaliti, J. M. (2013). Criterios profesionales utilizados en el alta o cierre de abordaje de la problemática del Maltrato a la Niñez y Adolescencia. En ASSM, *Salud Mental: Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención*. (págs. 226-228). Buenos Aires.
- Vitaliti, J. M. (2013). Políticas sociales y género: Una aproximación desde el estudio de redes personales. En A. Paredes, *Redes Sociales: análisis e intervención psicosociales*. (págs. 111-136). Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcgua.

Prólogo _____	13
Introducción _____	15
I. Contexto sociohistórico y legal del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia, desde los inicios a la actualidad _____	17
1. Historia del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia <i>Cadelago de Stagni, Marta Elena</i> _____	18
2. Una aproximación teórica a la formación y funcionamiento del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia desde el Paradigma de la Protección Integral <i>Romano, Melisa</i> _____	37
3. La desdemonización de los Servicios de Protección de Derechos <i>Romano, Melisa; Gacitúa, Daniela; Tascheret, Gustavo</i> _____	42
II. Aportes en relación a la problemática del Maltrato Infantil _____	47
1. Resiliencia y maltrato infantil desde un enfoque ecológico: importancia del contexto para el desarrollo <i>Morelato, Gabriela</i> _____	48
2. Problemas de aprendizaje y violencia intrafamiliar <i>Marsonet, María Belén</i> _____	68
3. Aproximaciones conceptuales desde la Perspectiva de Género a la problemática del maltrato a la niñez y adolescencia <i>Vitaliti, José María</i> _____	88
4. Una mirada del maltrato infantil desde el Análisis Existencial <i>Matellón, Lorena</i> _____	113
5. Una modalidad de intervención focalizada en maltrato infantil: Psicoterapia Psicoanalítica Focalizada <i>Giménez, Silvina; Caballero, Silvina</i> _____	125
III. Prevención del Maltrato Infantil _____	139
1. Prevención y capacitación, algunas estrategias <i>Vatzlav, Cecilia; Vatzlav, Verónica</i> _____	140
2. Promover, preparar, anticipar, construir, compartir. Abordajes y fundamentos del trabajo de prevención en el Programa de Prevención de Maltrato a la Niñez y Adolescencia de Mendoza <i>Marsonet, María Belén; Vatzlav, Verónica; Vatzlav, Cecilia</i> _____	149
3. Experiencias con adultos significativos de niños y adolescentes en el marco de la prevención de la violencia intrafamiliar <i>Vatzlav, Cecilia; Vatzlav, Verónica; Baidal, Johana; Capizzi, Cecilia; Hernández, Lorena; Matellón, Lorena; Ochoa, Graciela; Pescarmona, Luciana; Rodríguez, María Virginia; Rovere, Miriam</i> _____	157

IV. Construyendo propuestas de abordaje terapéutico _____	171
A. Maltrato Infantil: Consideraciones interdisciplinarias en el contexto actual.	
1. ¿Maltrato por negligencia? Una reflexión desde el vínculo de apego <i>Arce, Natalia; Giunchi, Verónica</i> _____	172
2. Abuso sexual infantil: análisis del impacto y consecuencias en la salud de niños/as. Examen crítico de un fenómeno que amenaza el orden cultural y los códigos de la sociedad <i>Sánchez, Analía Verónica</i> _____	178
3. Abuso sexual infantil como trauma psíquico. Sus posibilidades de tramitación <i>Hernández, Lorena</i> _____	193
4. Algunas características y perspectivas de abordaje de las crisis en madres de niños víctimas de abuso sexual <i>Villalón, Jimena Inés</i> _____	204
5. Abuso sexual en la infancia: aportes a partir del análisis del juego de las interrelaciones familiares <i>Delgado, Melania; Morelato, Gabriela; Giménez, Silvina</i> _____	219
6. Las madres frente al abuso sexual de su hijo/a: ¿afrentamiento o crisis? El afrontamiento en las madres como medida alternativa <i>Domínguez, Paula Noeli</i> _____	229
7. La incidencia de pérdidas traumáticas en la función materna de mujeres del Barrio Lihué <i>Matellón, Lorena; Hernández, Lorena</i> _____	238
8. La instancia grupal como espacio de restitución de derechos de niños y madres en situación de violencia intrafamiliar <i>Guzmán Leyton, Víctor; Lucero, Natalia; Núñez, Etelevina; Luconi, Lilitiana</i> _____	252
B. La finalización del Abordaje en el Maltrato Infantil.	
1. Atención clínica del Maltrato Infantil: aproximación al análisis de las consideraciones del Alta <i>Morelato, Gabriela; Casari, Leandro; Giménez, Silvina; Soria, Georgina; Vitaliti, José María; Guillot, Sandra; Moscuén, Magdalena</i> _____	256
2. Análisis de redes semánticas en un estudio sobre criterios de alta en maltrato a la niñez y adolescencia <i>Vitaliti, José María</i> _____	273