

Universidad de Palermo
Departamento de Psicología
Trabajo Final Integrador

Maltrato y abuso sexual infantil
Desde un enfoque psicosocial

Autor: Meyrelles Torres, Marcela

Tutor: Lic. Natalia Da Silva

INDICE

1. INTRODUCCION.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
2. 1. Objetivo general.....	5
2. 2. Objetivos específicos.....	5
3. MARCO TEORICO.....	5
3.1. Maltrato infantil.....	5
3.1.1. Definición de maltrato infantil.....	5
3.1.2. Tipos de maltrato.....	6
3.1.3. Signos y síntomas de maltrato.....	10
3.1.4. Maltrato en el contexto familiar.....	12
3.1.5. Factores de riesgo y factores de protección.....	14
3.1.6. Estrategias e intervenciones. Perspectiva Legal y Normativa.....	15
3.1.7. Estrategias e intervenciones. Perspectiva Profesional.....	17
3.1.8. Consecuencias del maltrato infantil a nivel individual y social.....	22
3.2. Abuso sexual infantil.....	23
3.2.1. Definición de abuso sexual infantil.....	23
3.2.2. Signos y síntomas de abuso sexual.....	24
3.2.3. Consecuencias del abuso sexual infantil.....	26
4. METODOLOGIA.....	27
4. 1. Tipo de estudio y diseño.....	27
4. 2. Participantes.....	27
4. 3. Instrumentos.....	28
4.4. Procedimiento.....	28

5. DESARROLLO.....	29
5.1. Presentación del caso.....	29
5.2. Objetivo 1: Identificar los signos y síntomas de abuso sexual y de maltrato, que se registran en el caso	32
5.3. Objetivo 2: Describir las estrategias implementadas por el programa de acompañamiento familiar en la familia analizada	35
5.4. Objetivo 3: Proponer otros tratamientos y/o estrategias posibles para la familia	40
6. CONCLUSIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
ANEXOS.....	51

1. INTRODUCCION.

Se realizó la práctica de habilitación profesional en una institución gubernamental que tiene como objetivo trabajar con familias y niños en situación de extrema vulnerabilidad en la búsqueda de restituir los derechos vulnerados de las mismas. Los casos llegan a la institución derivados por autoridades judiciales, por los diferentes servicios locales, por las escuelas, por los servicios de salud, por el servicio zonal metropolitano de zona norte, por otras instituciones y por presentación espontánea.

Dicha institución comprende distintos equipos de trabajo: un equipo que articula con salud, otro con las escuelas y un equipo que se encarga de recepcionar los casos y trabajar desde la oficina citando a las familias y realizando un acompañamiento a las mismas.

Aquellas familias que presentan problemáticas más complejas son abordadas desde el Programa de Fortalecimiento y Acompañamiento Familiar, el cual está integrado por un equipo de profesionales que realizan visitas domiciliarias semanalmente. Por último, el equipo del Programa de Niños en Situación de Calle está abocado a trabajar con aquellos que viven o trabajan en la calle.

Todos estos equipos están conformados por psicólogos, psicólogos sociales, psicopedagogos y trabajadores sociales, los cuales tienen tareas y funciones diferentes. Estos profesionales trabajan de manera interdisciplinaria junto a otras instituciones y/o servicios, de acuerdo a las necesidades de cada familia y/o cada niño.

La práctica consistió en realizar las admisiones para el Programa de Fortalecimiento y Acompañamiento Familiar, una vez que el equipo de oficina deriva un caso al programa se realiza una primera entrevista, en donde se le explica a la familia cómo funciona el programa, se presentan los operadores y se pauta un día para realizar la primer visita. Dentro de este marco se trabajó junto a una psicóloga en un caso del programa el cual tiene como fin asistir a las familias cuyos derechos se encuentran severamente vulnerados y necesitan un acompañamiento más exhaustivo.

Dada la experiencia realizada en este establecimiento, se plantea el siguiente trabajo que consiste en analizar el caso de una familia en la cual hay signos evidentes de abuso sexual infantil y maltrato. Asimismo, se analizarán las características de ambos conceptos, tanto sus definiciones como el tratamiento y/o estrategias realizadas por el Programa de Fortalecimiento y Acompañamiento Familiar, otros tratamientos posibles, así como también la prevención de los mismos.

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo general:

- Describir y analizar el caso de una familia con signos evidentes de abuso sexual infantil y maltrato.

2.2. Objetivos específicos:

- Identificar los signos y síntomas de abuso sexual y de maltrato infantil más sobresalientes que se registran en el caso.
- Describir las estrategias implementadas por el Programa de Fortalecimiento y Acompañamiento Familiar en la familia analizada.
- Describir otros tratamientos y/o estrategias posibles para la familia.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Maltrato infantil.

3.1.1. Definición de maltrato infantil.

En la actualidad existen muchas definiciones de maltrato. Sin embargo, antiguamente, el maltrato infantil hacía referencia exclusivamente al maltrato físico y a la explotación laboral. El concepto fue evolucionando hacia las definiciones actuales que se basan en las necesidades y derechos de los niños (Larrain & Bascuñan, 2008).

A continuación se dará una definición de maltrato infantil de las autoras Intebi y Osnajanski (2003, p. 19) la cual abarca los diferentes tipos de maltrato, el contexto y las consecuencias del mismo:

Se considera Maltrato Infantojuvenil, o abuso, a todas las formas de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o trato negligente, o de cualquier tipo de explotación comercial o de cualquier otra índole, que ocurre en el contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder, y que resulten en daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad de los niños.

Ampliando el concepto, Larrain y Bascuñan, (2008) realizaron un estudio sobre el incremento de la violencia. En el mismo, hicieron hincapié en la importancia de considerar algunos aspectos como la perspectiva evolutiva, la perspectiva de factores de vulnerabilidad del niño y la existencia de daño real y potencial; de esta manera se puede construir una completa definición de maltrato infantil:

- Perspectiva evolutiva: hace referencia al comportamiento parental en relación a la etapa evolutiva del niño.

- Perspectiva de factores de vulnerabilidad del niño: la misma se refiere a considerar las necesidades básicas del niño al hablar de maltrato.

- Existencia de daño real o potencial: uno de los criterios más difíciles de comprobar especialmente en el caso de maltrato emocional.

Asimismo, el maltrato puede clasificarse desde diversos puntos de vista:

- Según el momento en el que se produce.

- Según los autores del maltrato.

- Según las acciones concretas que constituyen el maltrato.

Cabe destacar, además, que el maltrato tiene diferentes formas de expresión, las cuales varían no solo en la forma sino también en las consecuencias, en los signos y síntomas y en el tratamiento de los mismos (Robaina Suarez, 2001).

En el siguiente apartado se clasificaran los diferentes tipos de maltrato y las características de cada uno de ellos.

3.1.2. Tipos de maltrato.

Las formas más comunes del maltrato infantil son el físico y el emocional; ambos están relacionados con la convalidación cultural de modos violentos de interactuar. Esta falta de respeto hacia los derechos del otro asume distintas formas de expresión que no se consideran maltrato. Es útil conocer la diferencia entre límites y castigos físicos (Romano, 1986).

Se define como maltrato físico a cualquier lesión física infringida al niño o niña (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones oculares, lesiones cutáneas y otras) mediante pinchazos, mordeduras, golpes, tirones de pelo, torceduras, puntapiés u otros medios con los que se lastime al niño (Intebi & Osnajanski, 2003).

Para el desarrollo del niño es necesario que sus padres o adultos responsables pongan los límites que crean necesarios. El castigo físico, en cambio, no está guiado por la intención

de apoyar al niño para que desarrolle sus propios controles internos y su capacidad para tomar decisiones sino que, por lo general, se trata de una reacción de enojo del adulto, que no tiene una clara conexión con la edad del niño y su nivel evolutivo. En tanto refleja la ira del cuidador, el castigo físico no representa una estrategia reflexiva capaz de educar, ya que el niño suele no estar en condiciones de comprender que se espera de su comportamiento. Los controles externos de este tipo solo imponen el poder y el dominio, provocando la ruptura de los vínculos y la humillación de quien recibe el castigo (Larrain & Bascuñan, 2008; Romano, 1986).

El empleo de la fuerza física no es efectivo para promover cambios duraderos deseados en la conducta infantil. Los padres golpean a sus hijos porque, probablemente, ellos mismos han sido golpeados cuando eran pequeños. Los niños cruelmente maltratados creen merecer el castigo ya que su percepción es que se han comportado mal (Romano, 1986).

El estudio sobre violencia realizado por UNICEF Chile arrojó como resultado que un 75,3% de los niños entrevistados referían recibir algún tipo de maltrato y que más de la mitad de los mismos recibían maltrato físico (Larrain & Bascuñan, 2008).

Otro tipo de maltrato es el emocional, que implica la ausencia de un entorno evolutivamente adecuado y contenedor y de alguna figura de apego primario que le permita al niño desarrollar capacidades emocionales y sociales estables y complejas, en relación a su potencial dentro del contexto social en el que vive (Robaina Suarez, 2001).

También se habla de maltrato emocional cuando hay rechazo hostil de manera verbal y no verbal, la desvalorización constante, la denigración y ridiculización crónica, las amenazas que infunden miedo o terror, la corrupción y explotación del niño, el aislamiento que le impide al niño interactuar o comunicarse con otros adultos o con sus pares, negarle o restringirle las respuestas emocionales que demanda esta necesidad del niño de interactuar con los demás, la falta de expresión de emociones por parte del cuidador frente a las interacciones de los niños, el fracaso en manifestarle emociones positivas, la restricción del movimiento del niño, tomar al niño como chivo emisario o cualquier otra forma no física de trato hostil o rechazante, son expresiones de este tipo de maltrato (Intebi & Osnajanski, 2003).

De acuerdo con Garbarino, Eckenrode y Bolger, (1999 como citó Intebi, 2013) de este tipo de maltrato se pueden encontrar determinadas conductas:

- Rechazo: Implica conductas de los padres/tutores que comunican o constituyen abandono. Hay exclusión activa del niño de las actividades familiares y transmisión constante al niño de una valoración negativa de sí mismo.

- Aterrorizar: Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño con un castigo extremo, se intenta crear miedo.

- Aislamiento: Se refiere a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales. Se le niega al niño la posibilidad de interactuar de manera continuada con los pares u otros adultos. Se le enseña al niño a evitar cualquier contacto social que no sea con él mismo.

- Violencia doméstica extrema y/o crónica: Se producen, de manera permanente, situaciones de violencia física y/o verbal intensa entre los padres en presencia del niño.

La negligencia es otro tipo de maltrato. Es la omisión, por parte del cuidador, de proveer aquello que el niño necesita para su desarrollo en cualquiera de las áreas: salud, educación, desarrollo emocional, alimentación, vivienda y condiciones seguras de vida. Esta omisión se puede encuadrar como negligencia cuando tiene una alta probabilidad de producir daños en la salud o en el desarrollo psicofísico, mental, espiritual, moral o social del niño, y siempre que esté dentro del contexto de los recursos disponibles para la familia o los cuidadores (Intebi & Osnajanski, 2003).

Es negligente una conducta cuando la falta de supervisión y de protección adecuadas posibilitan que el niño padezca algún daño, que haya falta de alimentación de los niños, en los casos en que los alimentos están disponibles, que haya falta de estimulación adecuada al nivel evolutivo, falta de atención médica, cuando un cuidador da su consentimiento o induce al niño a realizar conductas delictivas, cuando hay abandono parcial, cuando exponen a los niños a episodios de violencia conyugal (Brenner, 1984).

A diferencia de las otras formas de maltrato, la negligencia no se produce en un momento específico ni se pueden detectar episodios claramente identificables como el caso de los castigos físicos o los abusos sexuales. Se trata, específicamente, de una situación crónica en las condiciones de vida del niño, que suele comenzar en fases muy tempranas y tiene efectos acumulativos limitantes sobre su potencial de desarrollo normal, tanto en los aspectos relacionados con la salud física como en los aspectos emocionales (Robaina Suarez, 2001).

Aunque se suelen minimizar las consecuencias, es probable que un niño que atraviesa situaciones de negligencia y no recibe adecuada protección, pueda sufrir retrasos irreversibles en su desarrollo (Gaxiola Romero & Frías Armenta, 2005).

Según Brenner (1984) pueden especificarse diversos tipos de negligencia:

- Negligencia física: es la forma que se detecta con mayor facilidad pues puede provocar cuadros de desnutrición sin factor orgánico que la determine, accidentes frecuentes, así como también se detectan patrones anormales de crecimiento y peso.

- Negligencia emocional: falta de atención hacia las necesidades emocionales, de contención y de bienestar emocional del niño. Padres que no intervienen cuando observan, escuchan o tienen conocimiento de que otro adulto está maltratando al niño.

- Negligencia médica: se produce cuando los adultos cuidadores no suministran la atención médica necesaria para la salud física y mental de sus hijos. Falta de vacunas o vacunación incompleta, falta de atención psicológica, odontológica u ortopédica.

- Negligencia educacional: se produce cuando los adultos cuidadores no cumplen con las pautas establecidas para la escolaridad de sus hijos, sobre todo a la asistencia a clase.

Cuando se obliga al niño a realizar trabajos domésticos o laborales que exceden sus límites y capacidades, se incluye también aquí la prostitución y la pornografía infantil, Robaina Suarez (2001) define este tipo de maltrato como explotación.

El síndrome de Munchausen es también una forma de maltrato infantil, en el cual los adultos cuidadores fingen historias de enfermedades inexistentes falseando síntomas y signos acudiendo a diferentes profesionales de la salud sometiendo a sus hijos a tratamientos innecesarios (Robaina Suarez, 2001). En 1951 este síndrome fue descrito en los adultos como un trastorno psiquiátrico. Recién en 1977 el pediatra británico Meadow utilizó este término para describir a aquellos adultos que utilizaban a los niños como un vehículo o expresión del trastorno (Intebi & Osnajanski, 2003).

El abuso sexual también es un tipo de maltrato. Teniendo en cuenta que es un tema principal del caso que se describirá, se realizó un apartado describiendo sus características, síntomas, consecuencias y estrategias a implementar

El maltrato infantil, en cualquiera de sus expresiones, es un problema universal con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. Se trata de cualquiera acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un niño, por parte de padres o tutores, que le ocasionan daño en la salud, desarrollo o dignidad del niño. Actualmente se distinguen cinco tipos de maltrato infantil: abuso físico, abuso sexual, maltrato emocional, abandono físico y abandono emocional (Arruabarrena & De Paúl, 2005). Según datos actuales de la OMS, se considera que 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres han sufrido abusos durante la infancia (OMS, 2016). Sin embargo este es un problema cuyo origen data desde tiempos remotos, pero recién en el siglo XX con la declaración de los derechos del niño

(ONU, 1959) es que adquiere categoría de delito y es redefinido como un problema con profundas repercusiones psicológicas, sociales, medicas, éticas y legales. A lo largo de los años la definición de maltrato infantil se ha ido ampliando, incluyendo dentro de la conflictiva la perspectiva institucional, el contexto social, intrafamiliar, vincular y personal. Poniendo el foco en la salud, el maltrato infantil se asocia al estrés y a trastornos del desarrollo cerebral temprano. En los casos más extremos, el estrés puede tener impacto en el sistema nervioso e inmunológico. Por lo tanto, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo a sufrir problemas conductuales, físicos y mentales tales como: actos de violencia (como víctimas o perpetradores), depresión, consumo de sustancias, obesidad, comportamiento sexuales de riesgo, embarazos tempranos, suicidio, entre otros. Asimismo el maltrato puede contribuir incluso a desarrollar enfermedades del corazón, cáncer y enfermedades de transmisión sexual (OMS, 2016).

3.1.3. Signos y síntomas de maltrato.

Ante los diferentes tipos de maltrato los signos y síntomas varían en tipo y gravedad: En el maltrato físico los signos más habituales son: luxaciones, fracturas, quemaduras, excoriaciones, heridas cortantes, traumatismo interno, hematomas, arañazos, golpes, entre otros. Con lo que respecta a los lactantes y niños de 18 meses en adelante, son indicadores de sospecha de maltrato físico los que el niño no pudo producirse por su cuenta, como por ejemplo moretones, arañazos, ulceraciones en cualquier parte del cuerpo, quemaduras, signos y síntomas neurológicos sin causa orgánica aparente o accidental identificable como por ejemplo convulsiones, episodios de apnea y pérdidas de conocimiento. También se deben tener en cuenta las lesiones en la cabeza, como rotura de tímpano, lesiones en los ojos, daño en el cuero cabelludo (Besten, 1997; Intebi, 2013).

Puede ser que el niño sea demasiado pequeño para poder comunicarse y en esos casos hay que estar muy atento a las señales para descubrir si existen indicadores de abuso físico. Cualquier herida o lesión recurrente es objeto de alerta en la infancia, Aun los casos donde los signos no sean visiblemente evidentes o no se manifiesten inmediatamente es posible sospechar de alguna situación de abuso. Además de los indicadores psicológicos que se describen a modo de síntesis en este apartado (ya que pueden ser comunes a cualquier tipo o forma de maltrato), hay una clase particular de maltrato físico denominado *Shaken Baby Syndrom* (SBS) también conocido como *Abusive Head Trauma* (Traumatismo craneal por abuso).

El SBS ocurre con mayor frecuencia en bebés que han sido sacudidos en momentos de ira o enojo. En los casos más graves, el agresor golpea la cabeza del niño contra un objeto sólido, como el piso o la pared. Las lesiones ocasionadas por sacudir a un bebé generalmente ocurren en los niños menores de 1 año pero puede aparecer en edades más avanzadas también. Un bebé con SBS puede presentar síntomas como tener los ojos vidriosos, estar rígido, letárgico, irritable, tener una disminución de apetito, dificultad para alimentarse o vómitos. En casos extremos, el bebé podría tener dificultad para enfocar la mirada en un objeto o levantar la cabeza. Incluso podría perder el conocimiento o tener dificultad para respirar, además de tener convulsiones o entrar en coma.

En el abuso sexual, si bien se desarrollara más adelante en su apartado correspondiente, pueden evidenciarse como señales suficientemente contundentes: Trauma local, infecciones, dolor, inflamación y sangrado (Besten, 1997). Puede haber dolor, picazón, marcas o sagrao alrededor de zonas genitales y anales. Los niños incluso pueden demostrar dificultades para caminar o sentarse. Sin embargo la mayoría de los niños que sufren abusos sexuales no muestran problemas físicos de ningún tipo por lo que quizás sean más llamativas las manifestaciones psicológicas en estas circunstancias. La presencia de conductas sexualizadas hacia compañeros o adultos, demostrar conocimiento o exceso de curiosidad más allá de su edad sobre cuestiones sexuales, mutismo, aislamiento, enuresis, conductas pre suicidas entre los más característicos.

De la misma manera, en el maltrato emocional y la negligencia las manifestaciones físicas no son tan evidentes, pues las huellas de este tipo de maltrato se instalan lentamente, son más sutiles y lesionan el desarrollo social y psicológico del niño. Se evidenciarán a través de características tales como vínculos de apego evitativos entre el niño y el cuidador, déficit en los niveles de adaptación y funcionamiento en el área social, dificultades para establecer vínculos con sus pares, problemas de conducta, agresividad, conductas disruptivas, conductas antisociales, oposicionismos, trastornos en el plano cognitivo y en la resolución de problemas, fracasos escolares y dificultad para cumplir con las rutinas escolares, tristeza, depresión, baja autoestima, inestabilidad emocional, temores, tendencias suicidas y síntomas físicos tales como síndrome de falta de progreso, pérdida de peso y enuresis (Intebi, 2013).

Con respecto a los signos y síntomas, la negligencia física se detecta con mayor facilidad pues puede provocar cuadros de desnutrición grave, accidentes frecuentes que revelan desatención por parte del cuidador, patrones anormales en el peso y talla del niño y deshidratación, entre otros. En la negligencia emocional se pueden observar trastornos graves

del desarrollo evolutivo y/o psicológico, padres que no intervienen en el cuidado de los niños, que si algún otro adulto maltrata a sus hijos no intervienen, en la negligencia médica la falta de vacunas, falta de controles de salud en general, falta de atención odontológica, falta de tratamiento psicológico, despreocupación ante enfermedades incapacitantes, en la negligencia educacional la falta de escolaridad y ausencias repetidas (Intebi, 2013; Seldes, Ziperovich, Viota & Leiva 2008).

No todo tipo de maltrato deja secuelas físicas, pero siempre hay consecuencias psicológicas aun en los casos más resilientes. Los niños a veces no tienen edad suficiente para comunicarse y la mayoría de las veces sucede que aun pudiendo son reacios a hacerlos porque no quieren incriminar a la persona agresora, sienten culpa e incluso pueden creer que eso que les pasó fue consecuencia de haberse portado mal (Baxter 2015). Por estas razones es importante construir un vínculo de confianza y contención con los niños, ayudarlos a hablar de aquellas cosas que les molestan o asustan con regularidad (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001) y estar atento a cualquier cambio de comportamiento repentino. Los niños sometidos a estas situaciones pueden demostrar algunas alteraciones psicológicas y conductuales, por lo general se comportan en extremos opuestos. Pueden presentar cuadros frecuentes de irritabilidad, rechazar el afecto de sus cuidadores o al contrario volverse excesivamente apegados, adoptar una actitud pasiva y retraída, agresividad, enuresis o encopresis, trastornos del lenguaje como por ejemplo tartamudeo o mutismo, trastornos de ansiedad (miedos, fobias) y de sueño (pesadillas), reacciones regresivas (como balanceo corporal), constantes quejas somáticas sin causa médica que las justifique.

Muchos de estos casos no son detectados y sobreviven impunemente durante años. Los adultos con antecedentes de maltrato infantil suelen presentar patologías severas y deteriorantes para su vida cotidiana (Garrote, 2006). Se pueden presentar trastornos psicóticos, trastornos alimenticios, trastornos relativos a la identidad sexual, enfermedades psicosomáticas, distimias, etc. En cualquier caso hay fuertes alteraciones sobre la autoestima y en el área de las relaciones interpersonales.

3.1.4. Maltrato en el contexto familiar.

El maltrato infantil data de hace mucho tiempo, ya en la Biblia se recogen datos del mismo, como por ejemplo la matanza de los inocentes ordenada por Herodes (Robaina Suarez, 2001). Por motivos culturales o religiosos el infanticidio ha sido un gran protagonista de la historia de la humanidad. Las tribus tamalas de Madagascar, sacrificaban al hijo nacido

en día nefasto; los egipcios ofrendaban una niña al río Nilo para que fertilizara la cosecha anual; en Grecia y en Roma los niños enfermos o con alguna discapacidad física eran eliminados (Robaina Suarez, 2001).

El derecho romano otorgaba al pater famili derechos de vida o muerte sobre sus hijos pudiendo venderlos, matarlos, castigarlos o abandonarlos; fue con el cristianismo que esto comenzó a modificarse y empezó a concebirse a los niños como enviados de Dios, invirtiéndose los principios morales de la familia con lo cual la paternidad comenzó a tener más deberes que derechos (Perrone & Nannini 2000).

En el siglo XVIII se comienza a revalorizar al niño como persona ya que se usaba como fuerza de trabajo en la Revolución Industrial, obviando el aspecto humanitario. Es en la mitad del siglo XIX cuando comienzan a aparecer publicaciones relacionadas con este tema. En la actualidad se mantiene vigente el problema, en menor escala que en aquellos tiempos dada la concientización de la problemática y la Declaración Universal de los Derechos del Niño en el siglo XX, asimismo muchos niños viven sometidos a situaciones laborales, prostitución, hambre, frío, mendicidad, careciendo de educación y atención a la salud por irresponsabilidad familiar y social. Es la familia el eje central de la vida, y la sociedad es la responsable del desarrollo de los niños, pero es una institución social donde resulta difícil identificar la violencia porque se considera un asunto privado, porque es un fenómeno silencioso y tolerado ya que quienes ejerce violencia sobre los niños son las personas que deberían velar por su bienestar y sus derechos (Platone, 2007; Robaina, 2001).

En un estudio realizado por Platone en el año 2007 en Venezuela, se pudieron observar ciertas características familiares en los niños con pobre adaptación escolar: estructura familiar difusa, poca interacción entre los miembros de la familia, poca identificación con el adulto, alta prevalencia de los castigos físicos para disciplinar, pocas manifestaciones afectivas, así como también evidencias de negligencia por parte de la familia.

La familia y la escuela son dos instituciones que tienen un miembro en común: el niño. Por lo cual es importante que entre ambas instituciones exista coherencia en cuanto a valores y cultura ya que de esta manera se promueve el desarrollo infantil, y el bienestar biopsicosocial del niño (Platone, 2007).

3.1.5. Factores de riesgo y Factores de protección

La Organización Mundial de la Salud (2010) determina una serie de factores de riesgo en relación al maltrato infantil, que permitirían comprender las situaciones favorables para que ocurra dicho maltrato:

- Factores de riesgo del niño: Se refiere una serie de características del niño que podrían aumentar la posibilidad de maltrato, como por ejemplo, la edad inferior a 4 años y la adolescencia; el hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres; tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales.

- Factores de riesgo de padres o cuidadores: dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido; no cuidar al niño; antecedentes personales de maltrato infantil; falta de conocimientos o expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil; el consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación; la participación en actividades delictivas; las dificultades económicas.

- Factores de riesgo relacionales: Plantean diversas características de las relaciones familiares o de las relaciones con la pareja, los amigos y los colegas, que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil. Entre ellas se encuentran los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia; la ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia; el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos; la pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño.

- Factores de riesgo sociales y comunitarios: Dentro de ellas destacan las desigualdades sociales y de género; la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones; los niveles elevados de desempleo o pobreza; la accesibilidad al alcohol y las drogas; las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantil; las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás; los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada sexo; las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas.

Intebi y Osnajanski (2003) definen los factores de protección como aquellos que parecen modificar, disminuir o cambiar la posibilidad de que el niño sea dañado en el futuro. Estos factores son los que se relacionan con las habilidades del niño o la familia:

- Características individuales. Ejemplos de estas son: Autoestima alta, buena salud, habilidades interpersonales y/o cognitivas adecuadas, capacidad para percibir

situaciones de riesgo, evitar el daño, el sentido de la vida, sentido del humor y la socialización.

- Características familiares. Estas son por ejemplo las relaciones contenedoras entre los integrantes de la familia, las reglas y rutinas de la misma, vínculo de apego entre el niño y al menos una de las figuras parentales y la capacidad de solicitar ayuda.

- Redes sociales y comunitarias. Participación del niño en actividades extra curriculares, la posibilidad de acceder a servicios que estén disponibles dentro de la comunidad

3.1.6. Estrategias e Intervenciones. Perspectiva legal y normativa

En primer lugar, para poder encuadrar el maltrato que se ejerce sobre los niños, niñas y adolescentes, se debe contemplar el marco jurídico vigente, el cual se halla encabezado por la Convención de los Derechos del Niño, Tratado Internacional que fuera firmado y ratificado por nuestro país en el año 1989, aunque resulta de importancia destacar que a partir de la Reforma Constitucional del año 1994, se le otorgó jerarquía constitucional (Art. 75, inc. 22) lo que implica que a partir de ese momento ninguna ley ni sentencia judicial puede violar ninguno de los principios ni derechos que emanan de la Convención. En el ámbito local, se destacan la Ley Nacional N°26061 y la Ley de la Provincia de Buenos Aires N°13298, ambas dictadas en el año 2005 recogiendo las pautas fijadas por la Convención, consagrando diversos principios rectores que deben considerarse de forma ineludible frente a la alternativa de brindar una solución a una problemática en la cual se encuentre involucrado el niño (Bidart Campos, 1995).

El interés superior del niño, definido por la normativa nacional como "la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos por la ley" prevalece sobre toda controversia sobre la cual se vean afectados los derechos y garantías de los niños, debiéndose respetar su condición de sujeto de derecho, el derecho a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta considerando su edad y grado de madurez y demás condiciones personales, el respeto al pleno desarrollo personal en su medio familiar, social y cultural como su centro de vida (Bidart Campos, 1995).

Bidart Campos (1995) realiza una enumeración de los distintos derechos que se reconocen a los menores y principios rectores, entre los cuales se destacan los derechos a la vida, a la dignidad e integridad personal, intimidad, identidad, documentación, salud, educación, libertad, a opinar y ser oído, seguridad social. La promoción y protección integral

de los derechos de los niños es un derecho en sí mismo, por lo que los Estados debieran contar con políticas públicas destinadas a la contención del núcleo familiar del niño a través de la implementación de planes y programas de prevención, asistencia e inserción social. La carencia de recursos materiales de la familia no constituye causa para la exclusión del niño de su grupo familiar aunque también debe estar contemplada cuando afecta la garantía de otros derechos. Sea cual fuere el caso las medidas de protección integral de derechos deben ser temporales, priorizando la preservación y fortalecimiento de los vínculos familiares a través de programas de asistencia médica o psicológica, becas de estudio o ayuda económica.

A fin de proteger al niño frente a una situación de vulneración de sus derechos y garantías el ordenamiento jurídico tanto nacional como provincial establece Sistemas de Protección Integral de los Derechos de los Menores, estableciendo Medidas de Protección Integral de Derechos, que “son aquellas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza o violación de los derechos o garantías de uno o varios niñas, niños o adolescentes individualmente considerados, con el objeto de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias. La amenaza o violación puede provenir de la acción u omisión del Estado, la Sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales, o responsables, o de la propia conducta de la niña, niño o adolescente” (Art. 33 de la Ley 26.061; Art. 35 de la Ley 13298).

En cuanto a las medidas de protección integral, las referidas normas enuncian algunas entre las cuales se destacan: Es prioridad que los niños permanezcan conviviendo con su grupo familiar; Inscripción y asistencia obligatoria a establecimiento educativos; Solicitud de becas de estudio y/o programas de apoyo escolar; Programas destinados a fortalecimiento familiar; Tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico de los menores; Programa de asistencia económica; Orientación a padres responsables; Asistencia integral a menores embarazadas; y Programas de atención, orientación y tratamiento en adicciones.

Por otra parte, el ordenamiento normativo establece la posibilidad de adoptar medidas de carácter excepcional cuando los menores estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo interés superior exija que no permanezcan en ese medio, teniendo como finalidad “la conservación o recuperación por parte del sujeto del ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias. Estas medidas son limitadas en el tiempo y sólo se pueden prolongar mientras persistan las causas que les dieron origen” (Art. 39 de la Ley 26061).

Entre las medidas de carácter excepcional el Art. 37 de la Ley 26.061 enumera las siguientes:

- a) Permanencia temporal en ámbitos familiares alternativos (familia ampliada);
- b) Permanencia temporal en ámbitos fuera del grupo familiar (hogar convivencial);

En la aplicación de estas medidas de carácter excepcional deberá preservarse la convivencia entre los hermanos, en ningún caso podrán consistir en medidas de privación de la libertad de los menores y no podrá ser fundamento para la aplicación de una medida excepcional, la falta de recursos económicos.

En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, la Ley 13298, en el art. 35 bis se establece la denominada “medida de abrigo” la cual consiste en una medida de protección de carácter excepcional que “tiene como objeto brindar al niño, niña o adolescente un ámbito alternativo al grupo de convivencia cuando en éste se encuentren amenazados o vulnerados sus derechos, hasta tanto se evalúe la implementación de otras medidas tendientes a preservarlos o restituirlos”.

En la aplicación de esta medida excepcional se tomarán en consideración las siguientes pautas:

- La familia ampliada u otros miembros de la comunidad vinculados con los niños serán considerados prioritarios al momento de establecer el ámbito alternativo de convivencia.
- Durante la aplicación de las medidas, el organismo administrativo trabajará para la re-vinculación de los niños con su familia de origen;
- La medida excepcional solo será adoptada frente a la imposibilidad de exclusión del hogar de aquella persona que causare daño al menor.
- El plazo de duración máxima de la medida no podrá exceder los 180 días.
- Cuando, aún antes del vencimiento del plazo, las medidas de protección fracasaren por incumplimiento o por motivos imputables a los progenitores, tutores o familiar a cargo, o se advirtiere la existencia de cualquier situación que coloque al niño en estado de vulnerabilidad de sus derechos; el organismo administrativo informará esta situación al Juez de Familia y solicitará, si correspondiere, la declaración de la situación de adoptabilidad.

3.1.7. Estrategias e Intervenciones. Perspectiva Profesional

Los profesionales de la salud como pediatras y personal de enfermería suelen estar en una posición favorable para detectar los signos de maltrato en niños no escolarizados. Luego, una vez insertados en el sistema educativo, los maestros también pueden localizar estas

situaciones. Dependiendo de la gravedad del caso, aquellos quienes lo descubran pueden solicitar una medida de protección urgente para preservar al niño y aislarlo de la situación, incluso se puede proponer la hospitalización más allá de las heridas que presente para ganar más tiempo y dar intervención a otros servicios en pos de precisar la situación (Protocolo para la intervención, GPBA).

Muchas veces los indicadores no son tan evidentes y las consultas médicas (o escolares) se focalizan en retrasos madurativos o problemas de atención, retraimiento y comportamiento. Entonces se deriva al niño a otro profesional de la salud como psicopedagogo o psicólogo. Al haber otros profesionales involucrados se comienza un trabajo en red de intercambio cooperativo y pautas de corresponsabilidad para la detección y atención de estas cuestiones (Funes, 2008).

Los programas de prevención del maltrato pueden variar entre primarios, secundarios o terciario dependiendo la instancia y la población sobre la que actúen. Hay programas de prevención primaria que han demostrado ser muy efectivos para reducir la aparición de casos nuevos sin estar focalizada en ningún factor de riesgo particular ni dirigido a grupos de población especialmente vulnerables. Entre dichos programas se encontrarían la divulgación de prácticas educativas no violentas, la sensibilización de la población ante las consecuencias negativas de prácticas violentas, los programas de escuelas de padres, los programas preventivos del abuso sexual y las campañas para reducir la violencia en la televisión (Morales González & Cabanillas, 2001). En términos generales, todas estas intervenciones tienen como objetivo intentar aumentar la calidad de vida de la infancia en general (De Paúl, 1996).

Otra forma de prevención consiste en actuar sobre grupos de población considerados en riesgo por estar expuestos a ciertas circunstancias psicosociales (factores de riesgo). Este es el caso de la prevención secundaria aunque la mayoría de los programas tienen componentes de ambos tipos de prevención.

La prevención primaria y secundaria están focalizadas en dos tipos de intervenciones dependiendo si el objetivo es la violencia doméstica o el abuso sexual infantil (Morales et al, 1997):

a) Programas en la etapa perinatal y en la primera infancia basadas en la visita domiciliaria y el entrenamiento a padres en las pautas de crianza.

b) Programas educativos y de entrenamiento de habilidades de asertividad y de identificación de situaciones de abuso dirigidos a padres, niño y profesores orientados a la prevención primaria del abuso sexual.

Ejemplos de este tipo de estrategias se han desarrollado durante los últimos 30 años en Estados Unidos demostrando resultados de eficacia positivos. Uno es el programa *Nurse-Family Partnership*, en el cual quienes realizan las visitas domiciliarias son enfermeras, ha arrojado resultados positivos cuando se administra a familias de alto riesgo prenatalmente y en los dos primeros años. Otro programa es el denominado *Early Start*, un programa intensivo de visitas en el domicilio dirigido a familias. Por último el Proyecto *Safe Care*, que es un programa de tratamiento en el hogar para las familias donde se ha producido maltrato físico o negligencia. Todos estos dispositivos mostraron datos positivos sobre la reducción de la recurrencia del maltrato físico o la negligencia (Mac Millan et al., 2009).

La visita domiciliaria, como estrategia, ha sido influenciada por varias teorías, que la validan como un apoyo para el desarrollo del ser humano. Una de las teorías más importantes que la respalda es la Teoría de la autoeficacia individual de Bandura. La autoeficacia, en el contexto de la visita domiciliaria, destaca el rol primario de los profesionales como encargados de potenciar las capacidades de los miembros de la familia, logrando en cada uno de ellos altos niveles de confianza y empoderamiento en su desempeño doméstico y vincular. Otra teoría central es el Modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner que reconoce la influencia y beneficios de la red social (familia, amigos, comunidad) en la vida del individuo (Moraga, 2009).

La teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979) también sirve para comprender mejor estas ideas. En primer lugar explica la influencia que tienen los ambientes en el desarrollo del sujeto. Bronfenbrenner habla de microsistemas, mesosistemas, exosistemas y macrosistemas. Estas serían estructuras seriadas que configuran los niveles de socialización de una persona. Cada uno de esos niveles contiene al otro y son interdependientes. Así, el microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (la familia, la escuela); el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente; al ecosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo; y finalmente, el macrosistema está compuesto por la cultura y los sistemas de creencias de la sociedad en la que habita.

Belsky retomó el modelo original de Bronfenbrenner y lo aplicó al abuso infantil. En primer lugar redefinió los niveles. Para él, el microsistema refiere las relaciones más próximas

de la persona y la familia exclusivamente. Dentro del microsistema agregó el ontosistema, incluyendo los factores individuales tanto de los niños maltratados como de los adultos que maltratan. Éstos pueden funcionar como escenarios efectivos y positivos para el desarrollo humano o en cambio puede desempeñar un papel destructivo o disruptor (Bronfenbrenner, 1987). De esta manera el micro y el ontosistema tendrían la mayor injerencia en la generación de factores protectores y de riesgo, aunque el vecindario y los amigos también son importantes en la conformación de estos factores. 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.

Cicchetti y Lynch (1993) propusieron un modelo ecológico transaccional del maltrato infantil, el cual argumenta que los factores de riesgo y los factores protectores ocurren en todos los niveles, es decir, en el microsistema, en el exosistema y en el macrosistema. Sin embargo están de acuerdo con Belsky que no así en la misma medida en cada nivel. En el caso de los niveles más amplios podrían presentar circunstancias que impactan sobre el sistema parental produciendo estrés que, a su vez, influye en la calidad de los estilos de crianza, por ejemplo haciéndolos más propensos a la utilización de modelos más autoritarios y métodos disciplinarios violentos y de abuso físico. En síntesis, todas estas ideas podrían ser aplicadas a programas preventivos de cualquier índole, primaria, secundaria o terciaria. Podrían planificarse proyectos de promoción de estilos educativos positivos, así como también trabajar para reducir las características físicas de inseguridad del vecindario por ejemplo.

Por último, la prevención terciaria está ligada a la rehabilitación de la salud. Esta se encuadra dentro de los servicios de protección infantil ante un caso investigado y diagnosticado con la finalidad de intervenir bajo el principio del mejor interés del niño y garantizar su seguridad e integridad reduciendo las secuelas producidas por los malos tratos y evitar la persistencia o repetición de la situación de maltrato (Morales González & Cabanillas, 2001).

En los casos donde el maltrato y el abuso ya están instalados es necesario trabajar con herramientas y estrategias de prevención terciaria. La prevención terciaria se implementa cuando la violencia ya está diagnosticada. Su objetivo está relacionado al concepto de rehabilitación de la salud buscando reducir la duración y la gravedad de las secuelas que conllevan los actos violentos en las víctimas, al igual que tratar de evitar las posibles

reincidencias. En estos casos los beneficios de los tratamientos psicológicos, si bien son muy importantes, no suelen tener un grado de eficacia suficientemente exitoso sobre el bienestar y la salud del niño, según demuestran los estudios realizados sobre estas temáticas. No obstante, dentro de las alternativas posibles en estas instancias, los tratamientos intrafamiliares pueden aportar una opción más alentadora. Las intervenciones deben estar focalizadas en garantizar la seguridad de los niños y evitar la recurrencia de los hechos. Por lo tanto es necesario trabajar con la víctima, sus familiares y el abusador.

En este tipo de tratamientos se intenta generar conciencia en el abusador y potenciar la capacidad para apoyar al niño (Corcoran & Pillai, 2008). Por supuesto no todos los casos requieren abordar todas las áreas, es necesario ser flexibles de acuerdo a las características y circunstancias de la situación, como por ejemplo en este caso concreto la convivencia actual del agresor con del niño (Vázquez Mezquita, 1995). Cuando en las familias se ha producido un maltrato grave y es necesario hacer intervenir a la instancia de la justicia se busca como último objetivo lograr la revinculación familiar que tiene que ver en términos generales con la recuperación de un vínculo que se cortó, un acercamiento post alejamiento (Tesone, 2013).

La fundamentación detrás de este objetivo es la creencia de que los vínculos biológicos son la suficiente garantía para un buen desarrollo, y que la ausencia física o simbólica de uno de los padres produce daños irreversibles en la vida de los niños. Sin embargo esto es solamente cierto si los involucrados (todos) se encuentran emocionalmente y psíquicamente estabilizados para cumplir con sus roles de una manera responsable y respetuosa, y sostener básicamente un funcionamiento protector (Ravazzola, 2012). A veces estas condiciones no pueden lograrse, por eso no hay que relacionar la revinculación como un resultado exitoso per se. Si bien es prudente tomar en cuenta la posibilidad de una revinculación se requiere de evaluaciones profesionales delicadas, profundas y minuciosas que en la realidad no tienen nada que ver con los tiempos y los procesos de la justicia. Usualmente se procede en primera instancia con la posibilidad de visitas asistidas en un contexto terapéutico y eventualmente se determina la conveniencia de una revinculación.

Es necesario que los adultos agresores en cada caso reconozcan y se responsabilicen por sus acciones para poder (intentar) reparar el daño infligido. Esto no se realiza de un momento al otro, es necesario tiempo y dedicación, pero sus efectos se suponen serán superadores al “daño” producido por la interrupción del vínculo (Caprarulo & Pirozzo, 2003). Otro aspecto a tener en cuenta es la recuperación y el fortalecimiento del niño/s afectado/s. Se trata de vínculos muy complejos y si este proceso se toma a la ligera, el supuesto beneficio

que implica que los niños permanezcan junto a su familia biológica se transforma en terror y aislamiento.

Hay poca evidencia sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos indicados para los casos de maltrato infantil. Según una investigación de Allin et al. (2005), en donde se seleccionaron 14 estudios realizados entre enero de 1980 y mayo de 2003, se concluyó que algunos tipos de terapia de juego y de terapia multisistémica parecen paliar significativamente las consecuencias negativas de la negligencia en los menores.

Otros estudios realizados por Echeburúa y Guerricaechevarría (2011) sugieren que el tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma puede ser una alternativa eficaz para los casos de abuso sexual infantil intrafamiliar.

3.1.8. Consecuencias del maltrato infantil a nivel individual y social.

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud el maltrato infantil presenta en los niños una serie de consecuencias evidentes a corto plazo como por ejemplo lesiones en la piel. El tipo de maltrato que más secuelas neurológicas deja es el maltrato físico; dos tercios de los niños menores de 3 años maltratados físicamente sufren lesiones cerebrales. Las consecuencias del maltrato infantil no solo se explican por las lesiones macroscópicas producidas en el sistema nervioso central; existen estudios que proponen que el trauma emocional del maltrato también altera la bioquímica cerebral. Estos niños pueden tener alteraciones en las hormonas, como el cortisol o la norepinefrina (Gaxiola Romero & Frías Armenta, 2005).

Las secuelas neurológicas se dividen en tres grupos. Las secuelas neurológicas por daño craneal o cerebral, que son las secuelas motoras, las secuelas visuales, secuelas en el lenguaje y aprendizaje, el retraso mental y las alteraciones de memoria. Por otro lado se encuentran las secuelas neurológicas por daño medular o espinal y finalmente el daño en el sistema nervioso periférico (Gaxiola Romero & Frías Armenta, 2005).

Con respecto a las relaciones sociales, se pudo observar que los niños víctimas de maltrato suelen tener dificultades con el apego de sus cuidadores y problemas de conducta; asimismo pueden presentar comportamientos antisociales, problemas en la regulación de las emociones, retardo en el desarrollo, bajos logros académicos, deficiencias en las habilidades sociales, comportamiento agresivos, baja autoestima, desordenes psiquiátricos (depresión, ansiedad, abuso de sustancias, déficit de atención con hiperactividad) ideas suicidas y trastorno por estrés post traumático (Giménez-Pando, Pérez-Arjona, Dujovny & Díaz, 2007).

Las consecuencias a largo plazo del maltrato infantil son las siguientes: conducta agresiva, ciclo de violencia, abuso de sustancias. Algunos estudios revelan una relación entre la violencia experimentada de la niñez y la depresión. Styron & Janoff- Bullman (1997) encontraron que víctimas de violencia infantil estuvieron más deprimidas e informaron menos seguridad en las relaciones sociales infantiles y de adultos. Cerezo- Jiménez & Frías (1994) encontraron que las personas con historias de victimización infantil mostraron mayores sentimientos de tristeza, baja autoestima y menor autoeficacia en la vida adulta (Gaxiola Romero & Frías Armenta, 2005).

3.2. Abuso Sexual infantil.

3.2.1. Definición de Abuso Sexual infantil.

Inicialmente es importante aclarar que el abuso sexual infantil (ASI) es un tipo de maltrato. Según Romano (1986) se considera ASI cuando se involucra al niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, para las cuales está evolutivamente inmaduro, o en actividades sexuales que transgreden las leyes o las restricciones sociales. El mismo se produce entre un niño y un adulto, o entre un niño y otro que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en una posición de responsabilidad, confianza o poder.

Los comportamientos sexuales inadecuados y abusivos abarcan una amplia gama; algunos de ellos son: los comportamientos sexuales sin contacto como la exhibición de materiales pornográficos al niño, voyerismo, exhibición de genitales frente al niño, comentarios sexualizados, y los comportamientos sexuales con contacto como la penetración digital o con objetos, sexo oral y penetración peneana (Velázquez, 2001).

Según Intebi (2013) es importante para poder intervenir y proteger a los niños víctimas de abuso conocer en que contextos ocurren los mismos. La autora describe siete contextos de abuso: abusos sexuales en un contexto diádico, sexo grupal, rondas de sexo, explotación sexual de niños, pornografía infantil, prostitución infantil y abuso ritual. La autora considera importante que luego de saber cuáles son las conductas que constituyen las agresiones sexuales a niños, y el contexto en que las mismas ocurren, es fundamental saber cuál es el proceso que suelen atravesar los niños víctimas de abuso.

En un artículo del Comité de Salud Mental de la Sociedad Argentina de Pediatría (2007) se cita a Summit, psiquiatra estadounidense que describe el proceso por el cual atraviesan la mayoría de los niños, niñas y/o adolescentes que son víctimas de ASI y lo llama

síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. Dicho proceso consta de cinco elementos: el secreto, la desprotección, el atrapamiento y la acomodación, la revelación tardía y poco convincente y la retractación. A continuación se hará una breve explicación de cada uno de estos elementos:

- El Secreto: la intimidación, la estigmatización, el aislamiento, la vulnerabilidad y la culpa dependen de una de las características aterradoras del abuso sexual infantil; ocurre solo cuando el niño se encuentra a solas con el abusador. Summit contradice al suponer que los niños tenderán a buscar ayuda; la mayoría de las víctimas reconocen en estudios retrospectivos que han temido a que se los culpara por lo sucedido.

- La desprotección: El niño, niña o adolescente, a medida que va descubriendo el significado de lo que ha sucedido, comienza a tener sentimientos de desprotección.

- El atrapamiento y la acomodación: El niño vive dos realidades contradictorias; por un lado el adulto responsable de quererlo y cuidarlo es incapaz de esto o él es un niño malo y merece este castigo.

- La revelación tardía y poco convincente: El silencio se rompe una vez que los mecanismos de acomodación dejan de ser efectivos.

- La retractación: El niño en muchas ocasiones intenta retirar la denuncia por miedo a las consecuencias que tendrá la misma.

Así como existen diferentes expresiones de maltrato y el abuso es uno de ellos, dentro del mismo existen diferentes tipos que se detallaran en el siguiente apartado.

3.2.2. Signos y síntomas de abuso sexual.

Validar un diagnóstico de abuso sexual es una cuestión tanto complicada como delicada, por las implicancias legales y las emocionales. Uno de los indicadores más específicos es el relato que hace la víctima, aunque pocas veces es tomado en cuenta por las personas que lo escuchan por primera vez, como por las autoridades intervinientes. Hay que destacar que la confirmación del abuso no solo se basa en el hallazgo de signos físicos o en la presencia de sólo uno de los indicadores (Intebi, 2013).

Los hechos de abuso sexual tienen efectos traumáticos para los niños víctimas de los mismos, por lo imprevisto, por lo intenso, así también como por la imposibilidad de hacerles frente o evitarlos. En los niños víctimas de abuso son frecuentes los trastornos físicos, de comportamiento y emocionales. El reconocimiento y la detección constituyen un paso importante para poder ayudarlos. Para esto es necesario evaluar el tiempo de duración del

abuso, la intensidad de la violencia física ejercida, tipo de agresión sufrida, la edad y maduración emocional del niño en el momento que sufrió el abuso (Perrone & Nannini, 2000).

Intebi (2013) describe diferentes tipos de indicadores:

- Indicadores físicos específicos: son aquellos que cuando están presentes certifican que el abuso sexual ha ocurrido; sin embargo, la ausencia de los mismos no descarta la posibilidad de que el abuso haya ocurrido. Estos son lesiones en la zona genital, infecciones genitales o de transmisión sexual, embarazo, así como también el informe médico que confirme la existencia del abuso.

- Indicadores físicos inespecíficos: son aquellos trastornos orgánicos que no tienen relación causal con el abuso, ya que los mismos pueden aparecer sin que este ocurra, pero al estar estrechamente vinculados con situaciones de estrés, su presencia puede indicar sospecha. Estos son: Algunos trastornos psicósomáticos, trastornos de alimentación, fenómenos regresivos como la enuresis y la encopresis, infecciones urinarias repetidas e inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado en la zona genital.

- Indicadores conductuales específicos: corresponden a la revelación del niño o adolescente de haber sido víctima de abuso sexual, que el niño presente conductas hipersexualizadas y/o auto eróticas infrecuentes en niños o adolescentes, así como también la muestra de conocimientos sexuales inadecuados para su edad.

- Indicadores conductuales inespecíficos: son aquellos comportamientos llamativos o inadecuados para la etapa evolutiva del niño o adolescente. Se incluyen en este grupo el fracaso escolar, el cual se debe a que los niños víctimas de abuso sexual les cuesta concentrarse, en muchas ocasiones se produce un trastorno de atención cuando se ven invadidos por los recuerdos y la re-experimentación de los sentimientos que están asociados al abuso.

Por último cuando Intebi y Osnajanski (2003) se refieren al examen físico, destacan la importancia de las entrevistas previas, en la actitud de los padres, en la actitud de las víctimas, además de la revisión médica.

Someter a un niño al develamiento de este tipo de situaciones, en especial cuando se produce dentro de su familia, sin contar con las medidas de protección adecuadas equivale a exponerlo a un peligro aún mayor y constituye una re-victimización. Es por esto que se debe contar con las medidas adecuadas que, desde el ámbito jurídico, se instrumenten para asegurar la integridad física y la seguridad emocional de la víctima para hacer frente a una situación

tan dramática y conflictiva como puede ser denunciar el abuso y/o la violencia. Develar una situación de este tipo es atacar la raíz misma del problema, ya que el ciclo mismo del maltrato se inicia y se perpetúa con el secreto (Colombo, De Agosta & Barilari, 2008).

Es muy importante que, cuando un niño de vela que ha sido víctima de abusos sexuales, la persona que lo escuche actúe de manera eficaz ya que al principio el niño solo cuenta una parte de lo sucedido para poner a prueba la reacción del adulto. Este comportamiento se debe a que el niño tiene miedo de que no le crean o que lo culpen por el hecho; el niño cree que se van a cumplir las amenazas que recibió del agresor. Es por esto que la actitud frente al develamiento es muy importante, se debe mantener la calma, no se debe expresar desaprobación respecto del supuesto agresor ya que es posible que el niño lo quiera; hay que escuchar con atención al niño, permitirle que sienta y comente cualquier tipo de emociones; no hay que pedirle al niño que muestre algún daño físico y evitar suposiciones (Intebi, 2013).

3.2.3. Consecuencias del abuso sexual infantil.

Según Besten (1997) cualquier abuso afecta a la vida de la víctima. En muchos casos erradicar las secuelas resulta difícil y a veces es imposible. Las consecuencias de estas experiencias dependen de la intensidad del abuso, de la personalidad de la víctima, de su edad, de la reacción del entorno y del grado de parentesco que tenga con el autor.

Cuantificar estas lesiones resulta muy difícil ya que en el caso de los malos tratos contra menores la agresión física es bastante visible; esto no ocurre con los abusos sexuales, en los cuales, además de daños físicos también se producen daños psíquicos que resultan mucho más frecuentes y sus efectos más prolongado (Besten, 1997).

Los efectos a corto plazo, son aquellos que se producen entre los primeros días y semanas y durante los dos años siguientes.

Los efectos de largo plazo, son aquellos que se producen transcurridos estos dos primeros años, afectan aproximadamente el 30% de las víctimas, los mismos se manifiestan años después del hecho. Entre ellos se encuentran los trastornos psicológicos, los problemas de sociabilidad y los trastornos sexuales, entre otros (López Sánchez, 1999).

De acuerdo a Finkelhor (como se citó en Intebi, 2013) investigador estadounidense de temas relacionados con el abuso sexual infantil, se pueden clasificar las consecuencias en cuatro grupos:

- La sexualización traumática: implica manifestaciones de rechazo hacia el sexo, la sobreestimación de lo sexual, los problemas de identificación sexual y manifestaciones comportamentales como las conductas sexualizadas.

- La estigmatización: SgROI (como se citó en Intebi, 2013) ha descrito esto como el síndrome de la mercancía dañada; la niña víctima de abuso siente que se le ha hecho un daño irreparable. Las secuelas de la estigmatización son también los sentimientos de culpa y la creencia de que las víctimas son responsables por el hecho (Intebi, 2013).

- La traición: Representa una falla en la confianza depositada en las personas que deberían cuidarlos y protegerlos; esto produce ira y desconfianza, evitación de vínculos profundos, sentimientos de evitación (Pereda Beltrán 2009).

- El desvalimiento: Se refiere a la vulnerabilidad y la indefensión de la que los niños son conscientes luego de vivir este tipo de situaciones traumáticas. Los efectos de esta vulnerabilidad se manifiestan en conductas evitativas, comportamientos asociados a trastornos de ansiedad, entre otros (Pereda Beltrán, 2009).

4. METODOLOGIA.

4.1. Tipo de estudio y diseño: estudio de caso, descriptivo. Diseño no experimental.

4.2. Participantes: Se modificaron los nombres para preservar la identidad de los verdaderos protagonistas. La Familia está compuesta por B, 57 años, viuda, madre de 19 hijos. Con ella viven 6 hijos: J, 20 años, N de 17 años, M, de 16 años, I, de 15 años, T, de 14 años y E, de 13 años. Además, con B viven 5 nietos: A de 12 años, R de 10 años, Rx de 9 años, Nx de 8 años y Ry de 5 años, todos ellos hijos de D, quien se encuentra en situación de calle junto a su pareja Y, madre de los niños quien además padece problemas psiquiátricos. La casa en la cual viven es de la familia de B. La vivienda está conformada una parte de material, otra parte de chapa y por último una pequeña parte de madera; cuenta con dos habitaciones, un baño, cocina y living. En las habitaciones las ventanas no tienen vidrios; en el baño hay una letrina y una bacha rota en el piso conectada a un caño de agua. La casa está mal aseada, tienen muchos animales, como perros y gatos y por lo tanto hay olor a orín y a heces de los mismos. La situación económica de la familia es precaria ya que solo cuentan con la asignación universal de los menores de la familia y una pensión por discapacidad de B, la cual sufre de diabetes y a causa de esto tiene dificultades en la visión.

L es psicóloga, trabaja en esta institución hace dos años y es la operadora familiar que está acompañando a esta familia. Es con quien la autora de este TFI trabajó durante la práctica profesional.

El caso llega a la institución a través de un hogar infantil de una localidad de la provincia de Buenos Aires en donde habían vivido los niños durante un periodo de tiempo luego de ser abandonados por sus padres, antes de ir a lo de su abuela B.

4.3. Instrumentos.

- Entrevistas realizadas a la directora de la institución.
- Entrevistas realizadas a B, J, N, M, I, T, E, A, R, Rx, Nx y Ry en la Institución, con el fin de que relaten sobre la convivencia y la relación entre ellos.
- Entrevistas con A, R, Rx, Nx y Ry en la escuela y en una ONG que les brindaba apoyo escolar adonde asistían los mismos.
- Entrevistas informales con la psicóloga que lleva adelante el caso.

- Observaciones llevadas a cabo en el domicilio de la familia. Allí se observa de qué manera vive la familia, en qué estado se encuentra la vivienda y se plantean diferentes objetivos evaluando su evolución.

- Legajo del caso; allí se encuentran transcritas las entrevistas realizadas a la familia, dibujos realizados por los niños, los informes que envían todas las instituciones que intervienen en el caso y también de aquellas a las cuales fueron derivados por el equipo de acompañamiento familiar, las denuncias que realizaron los vecinos y los informes mensuales realizados por el equipo de operadores del programa.

- Observación participante durante las entrevistas realizadas en todas las instituciones que intervinieron en el caso y en las visitas realizadas en el domicilio de la familia.

4.4. Procedimiento.

Los datos se recolectaron por medio de observación participante en las visitas domiciliarias a las que se ha podido asistir con la psicóloga que llevaba a cargo el caso, 45 en total, como así también por presenciar entrevistas realizadas en la institución y en una ONG que les brinda a los niños apoyo escolar. Asimismo se contó con el legajo, el cual tiene entrevistas realizadas a toda la familia, las denuncias de los vecinos, así como también los informes realizados por todas las instituciones que intervienen en el caso y los realizados por el equipo de operadores del programa.

5. DESARROLLO.

5.1. Presentación del caso.

El caso llega a la Institución derivado por un hogar de convivencial de la provincia de Buenos Aires, en el cual vivieron los niños durante tres meses luego de ser abandonados por sus padres. Dicho Hogar contacta a B, abuela de los niños, quien decide hacerse cargo de ellos.

Desde dicha institución se cita a B. Luego de tres citaciones a las cuales no concurrió se procede a realizar una visita en el domicilio de la familia en donde se refuerza la importancia de asistir a la entrevista y se deja una nueva citación. En esta oportunidad concurre B y manifiesta que al estar haciéndose cargo de sus nietos no tenía quien cuide de ellos y que por esta razón no había podido asistir a las citaciones anteriores. En la entrevista realizada por el equipo de operadores familiares de oficina, B relata que desde hace un mes se encuentran viviendo con ella y sus hijos, cinco de sus nietos, quienes fueron abandonados por

sus padres. Los operadores indagaron sobre la relación de ella y sus nietos, sobre la situación escolar y de salud. Al manifestar B que los niños no tenían DNI, se la asesoró para que realice los trámites correspondientes. Por otra parte, como no estaban asistiendo a la escuela ni a controles de salud, los operadores la contactaron con dos escuelas del barrio para que anote a los niños y se le facilitaron turnos en la salita de atención primaria del barrio para que realicen allí sus controles de salud.

A la semana llegan a la institución dos denuncias realizadas por los vecinos de B; en dichas denuncias hablaban de violencia física, verbal y negligencia de B y sus hijos hacia A, R, Rx, Nx y Ry. Ante esta situación se citó a B nuevamente. Asistió dos días después de haber sido citada y manifestó no haber podido concurrir por no tener con quien dejar a sus nietos. En la entrevista que le realizaron los operadores de familia del equipo de oficina se mostró sorprendida por las acusaciones de los vecinos. La misma relató que su hijo D, padre de los cinco nietos que viven con ella, en algunas oportunidades venía a visitarlos y que venía drogado o alcoholizado, generándose peleas familiares, pero que ella cuidaba bien de sus nietos, que no les pegaba ni les gritaba. Manifestó tener problemas económicos y que se le dificultaba poder darle de comer a sus nietos todos los días. Se la deriva a Acción Social del barrio para que allí puedan otorgarle la caja de alimentos que reparte el municipio. Además, se le presentó el Programa de Acompañamiento Familiar, ya que se evaluó que la situación ameritaba un seguimiento más profundo, y se le explicó cuáles eran los objetivos del programa, de qué manera se trabaja y se pautó un día a la semana para poder realizar las visitas en el domicilio de la familia.

A la semana de la segunda entrevista el equipo de operadoras del programa realizó la primera visita, en esta B atendió al equipo de operadores en la puerta de la casa, se mostró muy enojada y manifestó sentirse controlada y perseguida. Se le explicó que es un acompañamiento ya que tanto ella como sus hijos y nietos estaban atravesando una difícil situación. En ese momento volvían de la escuela sus nietos, ese fue el primer contacto del equipo con ellos. A saludó a los operadores, el resto de los niños entro a la casa sin mirarlos siquiera. A la otra semana las operadoras volvieron al hogar y B no se encontraba. Los atendió J, tío de los niños, a quien se le preguntó si sabía el motivo por el cual los operadores concurrían a la vivienda, respondiendo que era por sus sobrinos. Se indagó sobre los vínculos familiares, y este aseveró que B gritaba mucho y que en alguna oportunidad les daba un “chirlo” a los niños. En los tres encuentros siguientes se mantuvieron entrevistas con N, M y T (tías de los niños), ya que B había viajado a visitar a su familia. En estos encuentros

ninguno de los entrevistados habló de situaciones de violencia aunque podía evidenciarse que el trato entre ellos era violento.

Hasta ese momento B solo había anotado a los niños en la escuela y el resto de los trámites no los había realizado ni cumplido con las indicaciones que se le habían efectuado desde el equipo de oficina; se tardó un mes y medio en lograr que anote a los niños en la escuela. Al mismo tiempo se la derivó a una ONG del barrio que les brindaba apoyo escolar a los niños y que les daba desayuno y almuerzo.

El equipo de operadoras solicitó informes a las escuelas y a la ONG a donde asistían los niños. En los mismos se describían comportamientos violentos por parte de ellos, con sus pares y hacia ellos mismos. En el área educativa los cinco presentaban complicaciones, observándose en algunos de ellos dificultades en el habla y en las niñas conductas sexualizadas. Ante este panorama el equipo decide comenzar las entrevistas con los niños en dichas instituciones con el fin de poder realizar una evaluación sobre su estado general y si presentaban riesgo en su hogar. En la escuela solo se pudo entrevistar a A ya que el resto de los niños presentaba un alto nivel de inasistencia. En este primer encuentro relató situaciones de violencia en la casa por parte de B y manifestó no querer ver más a su padre, el cual había está viviendo con ellos mientras B no estaba.

El equipo plantea como estrategia poder entrevistar a los niños en la ONG. En la primer entrevista con los niños se pudo evidenciar que era necesario se realice una evaluación psicológica de todos, controles de salud, que hasta el momento B no había realizado, ya que todos presentaban bajo peso y solo tenía la vacuna BCG y se los derivó a fonoaudiología ya que R, Nx, Rx y Ry tenían dificultades en el habla. Las entrevistas realizadas en dicha institución fueron muy complejas de realizar ya que los niños no hablaban mucho, corrían por todo el establecimiento, se pegaban, se insultaban, se auto agredían y solo R pudo cumplir con la consigna de realizar un dibujo a pesar de que les ofreció material para hacerlo a todos los niños.

En el siguiente mes se trabajó con B, para que comprenda la importancia de realizar tanto los controles de salud como los tratamientos psicológicos a los cuales se los había derivado. B no pudo cumplir con ningún turno que se le facilitó y en solo dos oportunidades llevó a R a la psicóloga; manifestaba no tener dinero para poder viajar con los niños, motivo por el cual desde acción social se le tramitó una beca y aun así ella no pudo cumplir con lo pautado. En el segundo mes de trabajo B no quiso recibir a las operadoras por un mes.

Otra vez los vecinos denunciaron que B maltrataba a los niños y que estos deambulaban por la noche solos por el barrio.

Ante la negativa de B y ante el no cumplimiento de los objetivos se comienza a trabajar de manera semanal con los niños tanto en la escuela como en la ONG, realizando de dos a tres entrevistas por semana. Allí se los entrevistaba a los niños de manera individual y en forma conjunta y al tiempo comenzaron a poder decir cosas como: “mi papá nos pega”, “mi abuela nos pega”, “mis tíos me pegan”. R realizaba dibujos de figuras humanas con manos grandes y miembros masculinos. Luego de que comenzaron a hablar desde esta institución se realiza la denuncia pertinente y al tomar conocimiento de esto D, padre de los niños, se lleva a A sin avisar a su familia a donde se dirigía con el niño. Hasta que llaman desde un hospital de la provincia Córdoba a dicha institución informando que un niño llamado A se había hecho atropellar por un auto para así poder ser trasladado a dicho hospital y pedir ayuda. Allí contó que provenía de un barrio de Buenos Aires, que su padre lo había robado, que lo golpeaba, que lo obligaba a trabajar y que cuando estaban en la casa de sus abuelos B y Rs, había abusado sexualmente de sus hermanas.

Ante esta situación se traslada al niño desde Córdoba a Buenos Aires y se lo deriva a un hogar para niños en el que le realizaron una evaluación psiquiátrica y consideraron que A debía permanecer en un hogar para niños con problemas psiquiátricos y es allí a donde fue derivado.

Mientras tanto el equipo continuaba trabajando con el resto de los niños. En una oportunidad tanto R como Nx manifestaron ser abusadas sexualmente por su padre y sus tíos. En consecuencia, ante la gravedad de la situación, considerando el estado de extrema vulnerabilidad en la que se encontraban los cuatro niños en la casa de B, se tomó una medida de abrigo, la que pudo ser efectiva después de un mes de dicha confesión.

5.2. Objetivo 1: Identificar los signos y síntomas de abuso sexual y de maltrato, que se registran en el caso.

En el marco de las entrevistas realizadas por las operadoras de familia intervinientes en el caso a A, R, Rx, Nx y Ry, efectuadas en el domicilio de los niños, en la escuela y en una ONG que les brindaba apoyo escolar, se pudieron observar evidentes signos y síntomas relacionados al maltrato y abuso sexual infantil.

Con lo que respecta a A, se evidenciaron dificultades de relación con sus hermanos, tenía conductas agresivas especialmente de índole física como golpes y empujones de manera

reiterada, y verbales como insultos o descalificaciones “*Vos no servís para nada*”. En otras ocasiones se mostraba muy desconfiado con las operadoras, aislándose y observando desde un rincón lo que sus hermanos hacían. Las actitudes defensivas puede ser una consecuencia del maltrato (Moreno Manso, 2005), por esta misma razón fue muy difícil que A pudiese relatar lo que estaba sucediendo en su hogar, sin embargo, en la entrevista que se realizó en el ámbito educativo A no quiso ni mencionar su nombre, pero sí manifestó que era víctima de violencia. A medida que las entrevistas eran con mayor frecuencia el niño pudo manifestar que el padre había abusado sexualmente de sus hermanas y expresó su deseo de no volver a verlo. A partir de los informes solicitados por las operadoras a la escuela y a la ONG a la cual asistían, se desprende que A presentaba además diversos problemas de aprendizaje, por ejemplo en el área de la escritura. No lograba palabras o frases completas, tampoco podía reconocerlas ni leerlas. No comprendía las consignas que le daban sus docentes, ni de manera oral ni escrita. Con respecto a su comportamiento en la escuela mostró tener dificultades para la socialización con sus compañeros. Se aislaba y tenía conductas agresivas, como pegar e insultar. También Cabe destacar que A era el único de sus hermanos que asistía a la escuela con mayor regularidad. De acuerdo a lo manifestado por una de las docentes del joven, esto se debía a que A no necesitaba de un adulto que lo acompañase hasta la institución. Referido al estado de salud física de A, presentaba bajo peso y tenía su dentadura definitiva incompleta. Se indago sobre este tema y B confirmo que desde el año de edad al joven no se le habría realizado los controles de salud pertinentes.

En R se observaron síntomas de desorganización conductual acentuados. Tenía un gran despliegue de conductas sexualizadas. Se bajaba los pantalones en público e imitaba con gestos el acto sexual, en las entrevistas manifestaba de manera reiterada “*soy violada*”, “*papa me da piquitos*”. Luego, lloraba y se auto agredía, se golpeaba y se tiraba de los pelos. Frente a diferentes estímulos, como por ejemplo preguntar su nombre o proponerle una actividad lúdica, R también verbalizaba “*Soy violada*”. En los dibujos realizados en las entrevistas, la niña dibujaba de manera sistemática miembros masculinos y al indagar sobre esto, la misma refería que eran “*pitos*”. De acuerdo a lo que describían los informes escolares, la niña presentaba un alto grado de inasistencias. Relacionado a su comportamiento, corría por las aulas gritando, mordía, pegaba sin razón aparente. Desde lo académico formal presentaba un nivel de lenguaje oral y escrito por debajo de lo esperable para su edad y dificultades graves en la comprensión general de consignas. En relación a la salud nunca había recibido atención médica y presentaba bajo peso.

En el caso de Rx también se observaron conductas agresivas como pegar e insultar al igual que el resto de sus hermanos. Durante una entrevista con Rx, que se realizó en el marco de la ONG, el niño se mostró nervioso e inquieto, rompiendo el encuadre propuesto al salir del salón estrepitosamente y luego corriendo en círculos por el patio durante un periodo de una hora aproximadamente. En esta ocasión, cuando algún adulto responsable intentaba contenerlo el respondía de forma agresiva con golpes y rasguños. En entrevistas más avanzadas, el niño pudo expresar situaciones de violencia física de parte de su abuela y sus tíos sin mencionar alguno en particular. Según la escuela presentaba dificultades de aprendizaje, entre ellas no reconocía letras ni números, utilizaba un lenguaje infantil y tenía dificultades en pronunciar algunas letras. No respetaba consignas impartidas por sus docentes. Presentaba alto nivel de inasistencias a la escuela. Evitaba establecer un vínculo con sus compañeros y docentes. Respecto a la salud no tenía ni el peso ni la talla adecuadas para su edad.

Nx era la que presentaba mayor nivel de deterioro psicosocial entre los hermanos. Durante las entrevistas era muy difícil establecer un vínculo con ella ya que presentaba síntomas de labilidad afectiva, angustia y ataques de llanto espontáneo. Además no lograba establecer contacto visual con las operadoras designadas, tenía la mirada perdida. Su lenguaje era poco comprensible, se comunicaba a través de onomatopeyas y gritos. Presentaba conductas sexualizadas y de autoagresión simultáneamente. Según lo relatado por su abuela B, sus tíos y hermanos Nx padecía enuresis y encopresis nocturna y secundaria. Los informes escolares corroboran la mayoría de la información recabada en las entrevistas, haciendo especial énfasis en el déficit del lenguaje verbal. Nx prácticamente no asistía a la escuela. No recibió controles de salud desde el momento de su nacimiento.

Ry, el menor de los hermanos, era el único que trataba de relacionarse de manera positiva con sus pares, aunque a veces se expresaba de manera agresiva hacia ellos. En las entrevistas contó que su abuela, sus tíos y su padre ejercían violencia física sobre él y sus hermanos. Además presentaba un lenguaje verbal desfasado para su edad aunque superior al de sus hermanos en proporción. Asistía con mayor regularidad a la escuela que sus hermanos y presentaba un comportamiento más adaptado. Si bien no cumplía en totalidad con los objetivos cognitivos, comprendía y seguía las consignas dadas por sus docentes. Aun no había logrado el control de esfínteres (enuresis y encopresis primaria). En cuanto a la salud, había sido atendido en la salita del barrio con cierta frecuencia.

Cada uno de estos niños presentan diversos síntomas que si bien son multicausales, todos tienen en común un trasfondo de negligencia, abandono y abusos. Considerando que no hubo controles médicos formales que pudieran aportar información sobre lesiones físicas de los niños que constataran este tipo de maltrato y abuso sexual, hay mucha evidencia extraída de las entrevistas y desde las observaciones de la escuela que permiten sospechar de estas condiciones violentas a las que estaban expuestos. Tomando los aportes de la Dra. Irene Intebi sobre las secuelas sociales, conductuales y físicas del maltrato infantil se pueden identificar varias en cada uno de los niños. Por ejemplo, el déficit en el área social, la dificultad para vincularse con sus pares dado especialmente por los patrones comportamentales agresivos y desadaptativos, es un síntoma que se repite en todos los niños. La inestabilidad emocional, que se observa especialmente en R y Nx también son indicadores de maltrato. Desde el área de los cuidados físicos básicos, el bajo peso que se da en A, R y Nx por lo menos, y la enuresis que se pudo comprobar en Nx y Ry son otro signo más para tener en cuenta (Intebi, 2003).

Otros síntomas como trastornos del lenguaje, presente en casi todos los niños también podrían ser consecuencia del maltrato y abuso infantil. Casi todos presentan un lenguaje limitado, poco comprensible y por debajo de lo esperable para su edad (más infantil). El caso de Nx es el más extremo ya que se comunica mediante sonidos y palabras sueltas e inconexas en el mejor de los casos. Sobre estos síntomas, hay estudios que relacionan diferentes dificultades y problemas en el habla dependiendo de cada tipo de maltrato (Moreno Manso, 2005).

La falta de controles de salud de rutina o pertinentes como la atención odontológica, que en el caso se presenta como una falta grotesca, ya que en la mayoría de los casos los niños llevan años sin realizar ninguna visita médica, también se considera un signo de maltrato infantil. Asimismo la negligencia educacional y ausencias repetidas a la escuela, también fueron descritas por los autores como signos de maltrato infantil y no es una excepción en el desarrollo del caso (Intebi, 2013; Seldes, Ziperovich, Viota & Leiva 2008).

Con respecto a los signos y síntomas de abuso sexual específicamente se detectan en los casos de R y Nx algunos de ellos. Las conductas hipersexualizadas son un ejemplo bastante contundente de este tipo de maltrato y ambas hermanas las manifestaron claramente en los distintos contextos. Los trastornos de enuresis y encopresis también suelen relacionarse a esta clase de situaciones (Nx). Algunas dificultades de vinculación que incluyen formas de

apego evitativas, como no generar contacto visual o que les cueste conectarse a veces se observa en estos casos (Nx). El deterioro psicológico, también descrito por Intebi y Osnajanski, (2003), es evidente en ambas niñas. La desorganización conductual, el déficit psicosocial y la desregulación emocional ponen una alerta sobre la salud mental de las niñas. Actualmente R y Nx se encuentran internadas en un hogar convivencial, ambas con diagnóstico de esquizofrenia y de retraso mental.

Según Intebi (2013), la importancia del relato es un signo crucial para determinar una situación de abuso sexual infantil. Tanto R, que manifestaba de manera traumática “Soy violada”, como A durante su declaración en el Hospital de Córdoba y durante las entrevistas con los operadores, aportaron esta información a través del relato.

5.3. Objetivo 2: Describir las estrategias implementadas por el Programa de Fortalecimiento y Acompañamiento Familiar en la familia analizada.

El Programa de Fortalecimiento y Acompañamiento Familiar está compuesto por cinco equipos interdisciplinarios de dos profesionales cada uno. El objetivo del programa es poder realizar un seguimiento intensivo de los casos ya que se realizan visitas semanales en el domicilio de las familias, en donde los operadores evalúan cuáles son los derechos vulnerados de los niños y trabajan para la restitución de los mismos. Se van planteando objetivos y se va acompañando en el cumplimiento de los mismos. Los casos son derivados desde el equipo de oficina que trabaja en la sede de la institución, el que se encarga de realizar una primera entrevista y evalúa la complejidad que presenta la familia. Cuando se observa que la familia puede sostener las entrevistas en la institución y la problemática no es tan compleja se continúa trabajando desde oficina; cuando esto no ocurre y se decide que se necesita otro tipo de seguimiento, el caso, se deriva al programa.

El caso desarrollado en este TFI llegó a la oficina derivado a través de un hogar convivencial en el que se encontraban viviendo los niños luego de haber sido abandonados por sus padres. El hogar se comunicó con B, por ser la única familiar de referencia que pudieron ubicar. La misma aceptó hacerse cargo de los niños. A raíz de esta situación, el hogar se puso en contacto con la institución gubernamental para que tome intervención en el caso, realizando un acompañamiento que garantice el bienestar psicofísico de los niños en su nuevo hogar.

La institución gubernamental citó a B en reiteradas oportunidades (3) pero esta no se presentó. Ante esta situación se plantea como primera estrategia que el equipo de operadores

familiares realice una visita al domicilio para entregar personalmente la citación y hacer hincapié en la importancia de que se presente para poder orientarla en la adaptación de los 5 nietos. Luego, B se presenta a la institución y la misma relata que no pudo asistir anteriormente porque no tenía quien cuide a los niños durante su ausencia. Esta entrevista se considera una entrevista de admisión y el objetivo consiste en armar un informe con todos los datos personales de ella y los niños, como es la dinámica familiar y las condiciones actuales de los niños en cuanto a educación, salud y documentación. Se desprende de dicha entrevista que los niños son hijos de D (su hijo), que tenía problemas de abuso de sustancias y de una mujer con diagnóstico psiquiátrico. Los habrían dejado en el hogar junto al contacto de B y así es como el hogar logro contactarla.

A partir de los datos aportados por B, el equipo decide realizar como segunda intervención el asesoramiento para que realice los trámites para obtener el DNI, además se le facilitaron entrevistas de admisión en dos escuelas del barrio para que anote a los niños y por último también se le consiguieron turnos prioritarios en el CAPS (centro de atención primaria de salud) correspondiente a su domicilio para que se realicen los controles médicos pertinentes.

Unos días después de realizada esta entrevista llegan a la institución dos denuncias efectuadas por vecinos de B que hablaban sobre episodios de violencia física y verbal y negligencia hacia A, R, Rx, Nx y Ry por parte de B y sus hijos. Ante esta situación se la vuelve a citar a B quien asiste dos días después de lo pautado, según ella por no tener con quien dejar a los niños. B niega y desmiente todo esto, sin embargo reconoce que cuando D aparece por su casa, usualmente drogado o alcoholizado, se generan situación de tensión y conflicto. Frente a todo este trasfondo y la cantidad de factores de riesgo a los que estaba expuesta esta familia, el equipo decide como tercera estrategia ingresar el caso al Programa de fortalecimiento y acompañamiento familiar para así tener un seguimiento más exhaustivo.

El PFAF tiene sus bases en la ley 13.298 la cual tiene por objetivo la promoción y protección integral de los derechos de los niños, garantizando el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente. Hace hincapié en las políticas públicas, en la garantía de prioridad del Estado, derecho a la identidad, sobre los sistemas de promoción y protección integral de los derechos y sobre las medidas de protección de los derechos las cuales deben ser temporales. Se prioriza la preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares a través de programas de asistencia médica o psicológica, becas de estudio o ayuda económica.

Se designaron visitas de frecuencia semanal como primera medida. La visita domiciliaria como estrategia contempla principalmente cuatro ángulos de intervención: Acceso a los servicios, Apoyo a la educación y difusión de la información, Entrenamiento en resolución de conflictos y Tipos de vínculos. Desde la teoría de la autoeficacia de Bandura, se intenta en todos los casos potenciar las capacidades de los miembros de la familia (Moraga, C. 2009).

La primera visita fue rechazada por B, ya que manifestó sentirse controlada y enojada con la situación. No permitió que los operadores ingresen a su hogar a pesar de que ellos le explicaron los objetivos de su presencia. Se acordó fecha para otra visita con B y al mismo tiempo el equipo solicitó la realización de un informe socio ambiental para evaluar las condiciones de la vivienda.

Cuando el equipo volvió a la casa de B a la semana siguiente, B se encontraba de viaje, pero se pudo realizar la entrevista con J (hijo de B). El comentario que en ocasiones B gritaba mucho y les daba un “chirlo” a los niños. Se habló con J a modo de concientización sobre modos adecuados de poner límites y formas positivas de resolución de problemas. El equipo considero que había en esta familia una naturalización de la violencia, en donde el golpe era considerado una forma válida (y legal) de educar. De acuerdo a Larrain & Bascunian (2008) y Romano (1986) el castigo físico está relacionado a sentimientos de enojo y falta de estrategias de afrontamiento del padre o cuidador, por lo que no podría considerarse una herramienta eficaz en pos de lograr autoreflexión y aprendizaje sobre la conducta del niño.

En entrevistas posteriores el equipo conoció a otros miembros de la familia. Si bien ninguno refirió a las escenas descritas por J, era evidente que interactuaban de forma violenta mediante gritos insultos y descalificaciones. Pasado más de un mes desde el primer encuentro con B en el domicilio, ella no había tramitado los documentos de los niños, inestaban inscriptos en la escuela, ni se habían realizado los controles de salud indicados.

A su vez se recibió el informe socio ambiental que confirmaba condiciones habitacionales precarias. El espacio no reunía las condiciones mínimas de higiene y limpieza, no había baños, las ventanas no tenían aberturas y había cables sueltos en el piso por dar algunos ejemplos. A posteriori los operadores confirman esta información una vez que pudieron acceder al interior del domicilio (Muchas de las entrevistas fueron realizadas en la puerta de la casa).

A raíz de esto, el PAF tomo la decisión de aumentar la frecuencia de las entrevistas para poder trabajar más intensamente con el caso y contactar otras instituciones involucradas en la vida de esta familia para construir una red de intervención.

La ley hace énfasis en la corresponsabilidad ente las diferentes instituciones, es por eso que se trabaja con todas aquellas que forman parte de la vida de la familia y a las cuales se las deriva desde el programa.

Una vez que los niños comenzaron asistir a la escuela, los operadores solicitaron informes a la escuela para saber cuál era su nivel de aprendizaje y su modo de relación con pares.

Por otro lado, el equipo de operadores contacto a B con una ONG del barrio cuya función era brindar alimentación (desayuno y almuerzo) y apoyo escolar. Luego de un tiempo considerable, también se le pidieron informes a la ONG.

La idea de vincular a B y a los niños con otras instituciones se basa en la perspectiva de la corresponsabilidad para el abordaje de casos multiproblemáticos y de la perspectiva de la integración social como factor protector. Trabajar conjuntamente implica compartir metas, recursos y resultados, amplía la visión de las problemáticas y de las estrategias porque hay otros profesionales que observan desde sus propios saberes. Además, de esta manera, la familia recibe el mismo mensaje de parte de diferentes entidades evitando los malos entendidos y las informaciones tergiversadas (Funes, 2008).

Los informes confirmaron que todos los niños tenían problemas de aprendizaje, modos de interacción violenta y las niñas en particular presentaban conductas hipersexualizadas. Todos estos patrones podían ser indicadores de maltrato infantil y abuso, por lo que el equipo de operadores planteo la posibilidad de desarrollar las entrevistas en un espacio seguro que no fuera el domicilio de los niños, de manera que se pueda generar un vínculo de confianza y esclarecer estas sospechas. Sumado a la negativa de B de continuar recibiendo a los operadores en su domicilio. Se intento llevar a cabo las entrevistas en la escuela, pero solo fue posible en el caso de A porque los demás hermanos faltaban con regularidad (o directamente no asistían). La ONG fue una alternativa para poder desarrollar el resto de las entrevistas.

Al tener la posibilidad de observar más de cerca a los niños, el equipo consideró necesario realizar derivaciones psicológicas y fonoaudiológicas por los múltiples síntomas emocionales, conductuales y del lenguaje que presentaban. B manifestó tener dificultades económicas que le impedían trasladarse para llevar a las niñas a los tratamientos asignados y ante esto el equipo de operadoras se contactó con Acción Social del municipio donde se le

facilitó una beca para que viaje y pueda cumplir con este objetivo. Para ambas niñas también se solicitó una evaluación psiquiátrica porque sus síntomas eran los más disruptivos y deteriorantes en su vida cotidiana. Nuevamente se facilitaron turnos médicos para que B llevara a los niños a realizarse controles. B no adhirió a ninguna de las estrategias planteadas por el programa.

Luego de un tiempo los niños comenzaron a hablar de maltrato y abuso, y se pudo observar que sus comportamientos eran acordes a lo que relataban. Es por esto que los operadores realizaron la denuncia correspondiente, en cumplimiento con las pautas de la ley que establece que cuando se toma conocimiento que un niño, niña o adolescente está en riesgo se debe realizar una denuncia relatando los dichos de los mismos.

Al mes de realizada la denuncia se implementó una Medida de Abrigo. Más allá de que la ley estipula que ante una medida de protección extraordinaria los hermanos deben permanecer juntos, esto no fue posible por falta de disponibilidad en los hogares. En consecuencia, a los niños se les fueron asignando distintos hogares. A ya estaba en un hogar de niños, R y Nx fueron a un hogar juntas, y Rx y Ry fueron a diferentes hogares uno en provincia y otro en Capital.

5.4. Objetivo 3: Proponer otros tratamientos y/o estrategias posibles para la familia.

La familia de B es una familia multiproblemática que se encuentra expuesta a diversos factores de riesgo, razón por la cual su abordaje es tan complejo. Las estrategias implementadas por el equipo de operadores de familia estuvieron basadas en el emergente del maltrato y abuso infantil sobre los niños desde la perspectiva de la prevención terciaria. Otras cuestiones importantes quedaron de lado por falta de tiempo y recursos, sin embargo su contemplación resulta fundamental para abordar la problemática que nos convoca.

En primer lugar, tomando en cuenta el deseo de B de hacerse responsable del cuidado de sus nietos, hubiese sido importante trabajar mas exhaustivamente con ella en la concientización de las situaciones de riesgo a la que exponía a los niños para luego generar la posibilidad de realizar un tratamiento psicológico que la ayudara a proponer formas de vinculación mas positivas y sanas así como también fortalecerse en su rol de cuidadora. Blanca no solo ejercía violencia física, verbal y negligencia de todo tipo hacia los niños, sino que también permitía que D estuviera con ellos drogado y alcoholizado. Hubiese sido interesante derivar a Blanca a la Dirección de la Mujer del Municipio para que allí la asesoren

sobre las medidas a tomar frente a su hijo cuando irrumpía en su casa en esos estados ya que representaba una amenaza para toda la familia, incluida ella que también era víctima de sus maltratos. A su vez, D podría haber sido derivado al Centro Provincial de Adicciones del barrio para que el mismo pudiera rehabilitarse de sus adicciones en el espacio adecuado. De todas maneras, nada de esto sería posible sin la concientización previa de B sobre la disfuncionalidad de estos comportamientos.

Algunos factores sociales y comunitarios también podrían haberse contemplado en mayor medida. Esta familia tenía varias dificultades económicas y condiciones de vivienda precaria y con infraestructura débil. Si bien el equipo orientó a B sobre algunas ayudas económicas que podría brindarles el Municipio, otra estrategia que se podría haber utilizado sería la de derivar a los tíos de los niños, a un programa de jóvenes del barrio que pueden asistir entre los 12 y 21 años (por lo menos 7 de ellos) y otorga becas económica, además de insertarlo a otros espacios que favorecen la construcción de una red social y comunitaria. Con respecto a lo concerniente a lo edilicio específicamente, se podría haber contactado a B con Acción Social del Municipio, o con 2 ONG del barrio, que otorgan materiales de construcción para que pudieran terminar su casa y recibir otras cosas como colchones, frazadas y vestimenta.

Una vez que la Medida de Abrigo fue implementada, el Programa de Acompañamiento Familiar no continuó trabajando ni con los niños ni con la familia. Esto a pesar de que la ley 13.298 hace referencia que los niños deben permanecer con sus familias y en caso que se tome una Medida de Protección que implique la separación, se debe continuar trabajando tanto con los adultos como con los niños para que pueda revertirse la situación que ponía en riesgo a los mismos. Esto ocurrió debido a la falta de estructura de la institución, teniendo en cuenta que la cantidad de casos que requieren atención resulta excesiva para los equipos de trabajo disponibles.

Si se hubiese podido continuar con las entrevistas durante los 180 días que dura la medida de abrigo, se podría haber trabajado intensamente sobre la concientización de B para que adhiriera al trabajo terapéutico y al resto de las indicaciones que estableció el equipo de operadores para mejorar la calidad de vida de los niños y garantizar la restitución de sus derechos. En simultáneo se podría haber trabajado en conjunto con el hogar convivencial donde se encontraban los niños para acompañarlos en el proceso. Este trabajo está orientado a preparar a la familia para una posible revinculación ya que se considera que los vínculos biológicos que puedan encarnar roles protectores son fundamentales para un buen desarrollo

de los niños (Ravazzola, 2012). Una vez cumplido el periodo establecido por la Medida de Abrigo, si la revinculación resulta positiva, es decir que la familia propone un espacio de desarrollo, de respeto y protección para los niños, los niños habrían vuelto a estar a cargo de B y los operadores de familia continuarían haciendo un seguimiento del caso esporádico fortaleciendo sobre todo el trabajo en red con las instituciones de las cuales participan los niños. En caso contrario, es decir que la revinculación resulte negativa porque el cuidador no logro adecuarse a las indicaciones del equipo, o no tiene deseos de contactarse con los niños, o los niños no desean volver con su familia de origen, entonces se sugiere al juzgado interviniente la adoptabilidad de los niños. Si este fuera el caso, se deriva a la oficina de adoptabilidad que es quien supervisa los modos de vinculación entre los niños y la familia adoptante).

6. CONCLUSIONES.

En el trabajo final integrador (TFI), se describió un caso multiproblemático en donde había características de maltrato y abuso sexual intrafamiliar. La tesista fue observadora participativa en las intervenciones que se tomaron. Se propuso para este trabajo un objetivo general y tres específicos.

El primero planteaba identificar los signos y síntomas de maltrato y abuso sexual que se registran en el caso, desde los aportes de distintos autores. Durante el periodo que duro el Programa de Acompañamiento Familiar los niños no solo relataron cuales fueron los hechos sino que también pudo hacerse evidente el deterioro cognitivo, físico, la agresividad que presentaban no solo entre ellos, con sus pares y con ellos mismos ya que todos se auto agredían. Pudo observarse también que su trato era violento, que se insultaban, que había deterioro en el habla y que tanto Nx como Ry sufrían de enuresis y de encopresis. Esto pudo evidenciarse en el trato con ellos y también trabajando con la escuela y la ONG a la cual asistían. La corresponsabilidad entre estas instituciones y el Programa de Acompañamiento Familiar hizo posible que se realizase un seguimiento a estos niños y que puedan aunarse estrategias con el fin de poder generar propuestas de acompañamiento.

El segundo objetivo describe cuales fueron las estrategias implementadas por el Programa de Fortalecimiento y Acompañamiento Familiar. Este programa tiene como propósito ayudar a restituir los derechos vulnerados de los niños mediante estrategias tales como entrevistas en el domicilio en las cuales puede evaluarse cuál es la situación de vulnerabilidad de la familia y cuáles son las herramientas que tiene la misma para poder trabajar.

Con respecto a las estrategias implementadas en esta familia, una vez realizada la evaluación de la situación, se procedió a contactar a las instituciones que intervenían en la familia, tales como la escuela a la cual asistían los niños y la ONG que les brindaba apoyo escolar, para poder trabajar en conjunto y para poder allí entrevistarlos.

De lo que surgió en las entrevistas a los niños los operadores concluyeron que era necesario que los mismos sean derivados a controles de salud generales, a tratamiento psicológico, a tratamiento psiquiátrico y a fonoaudiología. Los turnos para dichas prácticas fueron asignados por el equipo del programa a través de derivaciones asistidas.

El tercer objetivo hace referencia a los tratamientos y/o estrategias posibles para la familia que por distintas razones no pudieron realizarse en este caso. Conforme a la ley

13298, la cual describe la importancia de continuar trabajando con los niños y las familias para revertir la situación de riesgo, una vez tomada la medida de protección y haber actuado en el momento de crisis la continuidad del cuidado y trabajo de la familia es indispensable. Debe de manera inmediata brindarles a los niños los cuidados necesarios así como también la restitución de los derechos como salud, educación y poder enfatizar en las problemáticas particulares de cada niño y las necesidades de los mismos. Las principales estrategias que se pensaron para este apartado tienen que ver con el periodo comprendido entre los siguientes 6 meses a la Medida de Abrigo, en la cual debiera prepararse a la familia y a los niños para una posible revinculación. Se debería haber insistido a B y a los demás miembros convivientes sobre la concientización de las problemáticas familiares, los modos de vinculación disfuncionales y la responsabilidad y cuidados que requieren los niños en una familia. Además hubiese sido importante que los niños tuvieran tratamientos indicados para remitir la sintomatología postraumática y mejorar el deterioro psicosocial que se observaba. Los ejes del objetivo tres son aquellos que tienen que ver con las intervenciones de prevención terciaria orientados a tratar las repercusiones del maltrato abuso y negligencia por un lado; y por otro lado, intervenciones dirigidas a mejorar las condiciones generales de la familia para evitar la repetición o continuidad de las circunstancias iatrogénicas, como por ejemplo fortalecer una red social de pertenencia.

Actualmente, los niños continúan en hogares sin haber vuelto a ver a su familia biológica y sin que la justicia haya determinado en cada caso la situación de los niños. Solo Román fue adoptado por otra familia y jamás volvió a vincularse siquiera con sus hermanos. Las niñas, R y Nx deberían haber permanecido en un hogar psiquiátrico de acuerdo a sus diagnósticos, sin embargo, por falta de disponibilidad institucional, se hallan viviendo en un hogar de adolescentes que no cuenta con los recursos (físicos ni profesionales) para abordar su sintomatología. Rx, se encuentra en situación de adoptabilidad, habiendo sido una vez adoptado pero posteriormente restituido al hogar por pedido de la pareja adoptante que no logro sobrellevar el proceso de adaptación positivamente. Por último, A se encuentra internado en un hospital debido a una enfermedad inhabilitante y mortal de origen desconocida, sin ningún familiar directo que se haga cargo de él. El contacto entre B y la institución se perdió completamente luego de realizada la denuncia.

Las limitaciones que la tesista pudo observar están referidas a la institución en la cual se realizó la práctica. Una vez implementada la Medida de Abrigo, la cual se efectuó un mes después de realizar la denuncia correspondiente, se dejó de trabajar con la familia y con los

niños, en contra de lo que dice la ley 13.298. El desenlace de los niños al día de hoy es triste y desolador. Permanecerá la incógnita si se hubiese podido lograr con trabajo continuo y dirigido una revinculación exitosa, pero al menos hubiese sido importante que se continuara trabajando con ellos para cerciorar las mejores opciones para cada niño, sea que el hogar fuese el indicado, trabajar con padres adoptantes y evitar el daño del “doble abandono” por ejemplo.

El caso elegido para este trabajo cuenta con muchas variables y resulta ambicioso trazar una línea directa causa-efecto entre la situación de maltrato y los signos y síntomas que presentaron los menores. Es decir que se pudieron observar varios derechos vulnerados y todos pueden tener incidencia negativa sobre la salud y el comportamiento de los niños involucrados, si bien algunos patrones resultaron muy evidentes otros pueden ser relativos a múltiples circunstancias. Como sucede en todos los trabajos no experimentales las variables no pueden ser manipuladas ni controladas por el testista, por lo que hay muchas cuestiones que quedan libres a interpretación del observador y su subjetividad. Otro factor a tener en cuenta es que el deterioro que presentan los niños probablemente no se deba únicamente al periodo de convivencia en la casa de B, sus raíces podrían estar vinculadas a experiencias vividas durante su primera infancia con su familia nuclear, de la cual la tesista no cuenta con información sobre dichos antecedentes.

En cuanto a lo personal, la tesista trabaja hace 6 años en la institución y este caso represento un antes y un después en el abordaje institucional. Fue un caso bisagra, donde la desidia y mala organización del Estado no permitió que se trabaje operativamente y en consecuencia no se cumplieran los objetivos profesionales de promover la salud mental e integridad de los niños. Si bien ella siente que las intervenciones le dieron a los niños protección y contención, el trabajo quedo a mitad de camino porque mucho temas permanecen sin resolverse. La decisión de continuar con el caso excede a la tesista, ya que la verticalidad institucional es quien lo determina, sin embargo hoy se plantea las falencias y obstáculos que limitaron los alcances del trabajo en aquel entonces. La autora del TFI siente que hoy defendería su postura ante la institución si su ética profesional y objetivos últimos lo ameritasen, y buscaría generar una red de trabajo más sólida para potenciar los recursos en vez de desgastarlos. La tesista trabaja con personas que no se apropian de la demanda, por lo que es crucial hacer mucho hincapié en este punto para poder hacer un trabajo de acompañamiento y no de sostén. Si el trabajo del equipo se focaliza en sostener, cuando el recurso se aparta el tratamiento se termina. En cambio, cuando uno logra instalar la demanda

en el otro y luego lo acompaña en trazar el camino más idóneo para atenderla, la persona puede prescindir del equipo de operadores y continuar con las indicaciones porque cree internamente que esa es la vía para lograr un bienestar psicosocial. Por lo que la conclusión personal de la tesista radica más en fortalecer el rol del equipo como acompañante, desde la perspectiva de que los casos no respondan únicamente a una Ley (Si bien esta actúa como moderadora de la conducta), sino desde su propio deseo y capacidad de resiliencia para procurar la constancia y el éxito del tratamiento. Asimismo generar en las familias una demanda real, es decir que haya un reconocimiento de una necesidad subjetiva y el deseo de pedir ayuda (Martínez Ferraro, 2006).

De acuerdo a lo que plantean los estudios científicos sobre la temática abordada en este trabajo, la forma más efectiva de abarcarla es primero mediante la prevención primaria y luego secundaria (Browne & Saqi, 1988; Costa, Morales & Juste, 1995; Costa & Morales, 1997). Como se aclaró previamente, la prevención primaria es aquella que actúa sobre la población general, basándose en estrategias preventivas y de promoción de la salud con el objetivo de reducir la incidencia de situaciones violentas y la sensibilización de la población sobre las consecuencias negativas de la misma para la sociedad (Morales González & Costa Cabanillas, 2001). La prevención secundaria se focaliza en poblaciones identificadas como vulnerables, de alto riesgo psicosocial por estar expuesta a los factores de riesgo conocidos dentro del fenómeno de la violencia. Su objetivo es reducir la prevalencia de los casos específicos, por ejemplo la violencia doméstica o intrafamiliar.

Desde los aportes de la prevención, la mayoría de las propuestas están centradas en el trabajo con las familias y el entrenamiento a padres. Los fundamentos de estas estrategias radican en la premisa de que la familia es el principal escenario en el desarrollo de la socialización de la infancia (Schaffer, 1979), y que la violencia doméstica es la expresión de la existencia de relaciones disfuncionales con la pareja y con los hijos (Helfer, 1987; Straus & Gelles, 1988). En este sentido, la mejora de habilidades parentales presenta una opción que apunta a reducir los factores de riesgo en sentido amplio (Mikton, 2009).

Pero el principal aspecto de la prevención que no debe subestimarse son los programas de Promoción de la salud, en este trabajo específicamente interesa la promoción del buen trato. En los servicios sociales como el contexto donde se desarrolla la presentación y tratamiento del caso descrito, se posee un punto débil que limitan y hasta boicotea la orientación preventiva sobre el maltrato infantil (Rapaport, 1977; Costa & López, 1986; Costa, 1994). El estilo de atención que se plantea es fundamentalmente pasivo, ya que el

dispositivo está diseñado para recepcionar la demanda concreta que pueda surgir quedando condicionado a interferir solo en las instancias más extremas donde la prevención terciaria es la única alternativa posible. Una vuelta de tuerca sobre este punto podría significar una gran diferencia sobre la eficacia del Estado para reducir la violencia a nivel social. Los servicios deberían estar dirigidos activamente sobre la comunidad general y aquella considerada vulnerable. Es decir que es el Estado quien debe acercarse a la comunidad e intervenir antes de que surja la demanda puntual. Sus intervenciones por ende podrían orientarse a ayudar a las familias a criar niños con patrones de resolución de conflictos positivos y creativos, autoestima elevada, mantener un estilo familiar democrático y por sobre todo una buena comunicación familiar que pareciera ser la clave para reducir la perpetuación de estas conductas a lo largo de las generaciones (Muñoz-Rivas, Gámez-Guadix & Jiménez, 2008).

Por otro lado, un factor protector indispensable para abordar esta problemática es la consolidación y fortalecimiento de una red social e integración social de las personas. Muchos autores como por ejemplo Bronfenbrenner reconoce la influencia y beneficios de la red social (familia, amigos, comunidad) en la vida del individuo (Moraga, 2009). El ser parte de otros contextos colabora en que haya más adultos responsables que puedan detectar signos y síntomas de maltrato en los niños (la escuela puede funcionar como factor protector). La ampliación de la red social también podría ser un recurso favorable para desnaturalizar situaciones abusivas intrafamiliares y al mismo tiempo servir como sistema de apoyo y contención para las víctimas. El otro (como ley, institución o persona) funciona como marco de referencia y moderador de conducta donde el sistema de valores interno se encuentra desadaptado. La exclusión y el aislamiento dejan en situación de desamparo a los niños atrapados en un sistema de creencias disfuncionales y nocivos para su salud integral. La integración social ocupa así un lugar central desde la perspectiva preventiva, ya que obliga de alguna manera la actuación sobre determinadas situaciones sociales y actitudes de la población que están identificadas como factores cómplices de la violencia: marginación, pobreza, desempleo, entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Alcázar A.I.R., Sánchez-Meca J. y López-Soler C. (2010). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis. *Psicothema*, 22 Nro. 3, 627-633.
- Arruabarrena, M. Ignacia y Joaquín de Paúl. (2005) *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*, Ediciones Pirámide, Madrid
- Besten, B. (1997). *Abusos sexuales en los niños*. Barcelona: Herder.
- Brenner, A. (1984). *Los traumas infantiles*. Argentina: Planeta.
- Bidart Campos, G. J. (1995). *Tratado Elemental de Derecho Constitucional Argentino*. Argentina: Ediar.
- Cerezo-Jiménez, M.A., & Frias, D. (1994). Emotional and cognitive adjustment in abused children, *Child Abuse and Neglect*, 18,923-932
- Centro de prensa de la OMS. (Septiembre 2016). Maltrato infantil. Enero 2017, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Colombo, R. I., De Agosta, C. B. & Barilari, M. Z. (2008). *Abuso y Maltrato Infantil. Tratamiento Psicológico*. Buenos Aires: Cauquen.
- Convención Sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, 20 de Noviembre de 1989. Recuperado de <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>.
- Echeburúa E., y Guerricaechevarría c.. (2011). Tratamiento Psicológico De Las Víctimas De Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un Enfoque integrador. *Behavioral Psychology*, Vol. 19 Nro. 2, 469-486.
- Funes,J. (2008), *El lugar de la infancia*. Graó. Barcelona
- Gaxiola Romero, J. C. & Frías Armenta, M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: Un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020634001>
- Giménez-Pando, J., Pérez-Arjona, E., Dujovny, M. & Díaz, F. G. (2007). Secuelas neurológicas del maltrato infantil: Revisión bibliográfica. *Neurocirugía [online]*. 2007,

- 18(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732007000200002.
- Gobierno de la provincia de Buenos Aires. (2014). Protocolo Para La Detección e Intervención En Situaciones de Maltrato Infantil Desde El Sistema De Salud. Enero 2017, de Gobierno de la provincia. Ss. de coordinación y atención de la salud Sitio web:http://www.unlp.edu.ar/uploads/docs/protocolo_para_la_deteccion_e_intervencion_en_situaciones_de_maltrato_infantil_desde_el_sistema_de_salud.pdf
- Helfer.R.,E. (1987). Developmental Basis of Child Abuse and Neglect: an Epidemiological Approach. *The Bettered Child*, 60-80
- Horno Goicoechea P. (2008). Salvaguardar los derechos desde la escuela: educación afectivo-sexual para la prevención primaria del maltrato infantil. *Revista de educación*, 347, 127-140.
- Intebi, I. (2013). Proteger, reparar, penalizar. Buenos Aires: Granica
- Intebi, I. & Osnajanski, N. (2003). *Maltrato de niños, niñas y adolescentes*. Buenos Aires: La Cuadrícula.
- Larrain, S. & Bascuñan, C. (2008). Maltrato y relaciones familiares en Chile: Análisis comparativo. *Revista chilena de pediatría (online)*, 79(1), 64-79. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000700011&script=sci_arttext.
- Ley N°13.298. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, 29 de Diciembre de 2004. Recuperado de <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/1-13298.html>.
- Ley N°26.061. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 21 de Octubre de 2005. Recuperado de <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-14999/110778/norma.htm>.
- López Sánchez, F. (1999). *La inocencia rota*. Barcelona: Océano.
- Mac Millan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M. & Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment an associated impairment. *The Lancet (online)*, 373(9659), 250-266. Doi: 10.1016/S0140-6736(08)61708-0.
- Mangrulkar, L., Whitman, C.V., Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Suecia: Fundación W.K. Kellogg.
- Moraga, C. (2010). Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia. Febrero 2017, de Ministerio de salud. Sistema de protección integral a la primera infancia. Chile Sitio web: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biopsicosocial-de-la-Infancia-2009.pdf>

- Morales González, J.M. ; Costa Cabanillas, M. (2001). La prevención de la violencia en la infancia y la adolescencia. Una aproximación conceptual integral. *Intervención psicosocial*, 10 Nro. 2, 1221-239.
- Moreno Manso, J. M. (2005). Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de Psicología*, 21(2), 224-230. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16721204>.
- Martínez Farrero, P.. (2006). Del Motivo de Consulta a la Demanda en Psicología. Revista de la Asociación Española de Psiquiatría, XXVI, 53-60.
- Mouesca J.P. (2015). Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. *Archivos Argentinos de pediatría*, Vol. 113 nro. 6, 64-74.
- Mouesca J.P. (2016). Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 2da parte. Prevención antes de que ocurra, ante la sospecha y con la confirmación del maltrato. *Archivos Argentinos de Pediatría*, Vol. 114, 64-74.
- Muñoz-Rivas, Marina; Gámez-Guadix, Manuel; Jiménez, Guadalupe. (Junio 2008). Factores de riesgo y de protección para el maltrato infantil en niños mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 25, núm. 1; pp. 165-174. Sociedad Mexicana de Psicología A.C. Distrito Federal, México
- Pereda Beltrán, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?cve=77811726004>.
- Platone, M.L. (2007). Condiciones familiares y maltrato infantiles. Pensamiento psicológico, 3(8). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80130805>.
- Perrone, R. & Nannini, M. (2000). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Romano, E. (1986). *Maltrato y Violencia Infanto-Juvenil*. Buenos Aires: Asociación Argentina.
- Robaina Suarez, G. (2001). Maltrato infantil. *Revista cubana medicina general*, 17(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000100011&script=sci_arttext.
- Seldes, J. J., Ziporovich, V., Viota, A. & Leiva, F. (2008). Maltrato infantil: Experiencia de un abordaje interdisciplinario. *Archivos Argentinos de Pediatría (online)*, 106(6), 499-504. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v106n6/v106n605.pdf>.

- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Salud Mental. (2007). Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente. *Archivos Argentinos de Pediatría (online)*, 105(4), 357-367. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v105n4/v105n4a14.pdf>.
- Straus, M.A., & Gelles, R.J. (1988). How violent are American families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and other studies. In G.T. Hotaling, D. Finkelhor, J. T. Kirkpatrick, & M.A. Straus (Eds.), *Family abuse and its consequences .New directions in research* 14-36. Beverly Hills, CA; Sage
- Styron, T & Jannon- Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment depression, and conflict resolution. *Child Abuse and Neglect*, 58.
- Tesone, S.. (2013). Re vinculación. Una mirada desde la complejidad, 2016, de ISPCAN Sitio web: [Http://programaspiaff.com.ar/pdf/textos/Revinculacion.%20Una %20mirada%20desde%20la%20complejidad%20ST.pdf](Http://programaspiaff.com.ar/pdf/textos/Revinculacion.%20Una%20mirada%20desde%20la%20complejidad%20ST.pdf)
- Vallejo Samudio, A. & Córdoba Arévalo, M. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 30(1). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472012000100002&script=sci_arttext.
- Velaz de Medrano, C., Alonso, C., Diez, M., Ferrandis, A.. (2009). *Educación y protección de menores en riesgo: un enfoque comunitario*. Barcelona, España: GRAO
- Velázquez, S. (2001). *Violencias cotidianas, violencia de género*. Buenos Aires: Paidós
- Velázquez Velázquez, M; Delgadillo Guzmán, L & González Villanueva, L. (2013). Abuso sexual, técnicas básicas para su atención. *Reflexiones*, 92 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72927050010>.

ANEXOS

Primera entrevista realizada a la Directora de la institución.

Pregunta 1: ¿Cuál son las funciones de la institución?

Respuesta: Esta institución trabaja con niños, niñas, adolescentes y familias en las cuales existe una vulneración de derechos que afecte a uno o más integrantes de las familias. Se reciben casos derivados desde distintas instituciones, se evalúa si existe un derecho vulnerado, su gravedad y se trabaja para la restitución de los mismos.

Pregunta 2: ¿Cómo están conformados los grupos de trabajo?

Respuesta: Los equipos de trabajo se conforman por profesionales de distintas ramas (psicólogos, psicólogos sociales, psicopedagogas, trabajadoras sociales), quienes trabajan en forma interdisciplinaria y que, más allá de su profesión, son considerados operadores de familia para la institución.

Existen distintos programas. Por un lado está el Programa de Niños en Situación de Calle, conformado por dos equipos, cada uno de ellos integrado por un psicólogo y un trabajador social. Por otra parte, el equipo de oficina se compone por una psicóloga social y una psicóloga; el equipo que articula con salud se compone por una psicóloga y una trabajadora social; el equipo de escuelas se compone por una psicopedagoga y un psicólogo; y el Programa de Acompañamiento Familiar está conformado por cinco equipos, cada uno de ellos integrado por dos profesionales cada uno.

Pregunta 3: ¿Cómo llegan los casos a la institución?

Respuesta: Los casos llegan de dos formas a la institución. Por derivación o de manera espontánea.

Por una parte, son derivados desde la Justicia, desde las escuelas, desde el área de salud (hospitales, sanatorios, salas de salud), y por otro lado llegan a través de la presentación espontánea.

Pregunta 4: ¿Y cuál es el criterio para derivar los casos a los distintos equipos?

Respuesta: Recibido el caso, se realiza una citación a quien corresponda para realizar una primer entrevista que permitirá evaluar la gravedad del mismo y decidir de qué manera

abordarlo. Realizada la entrevista, los casos de mayor gravedad y que requieren un seguimiento exhaustivo, se derivan al Programa de Acompañamiento Familiar. El resto de los casos son tratados por el equipo de oficina que realiza entrevistas y citaciones desde la institución, a diferencia del Programa de Acompañamiento Familiar que realiza el seguimiento a través de visitas a las familias en domicilios. Por otra parte, el equipo de oficina articula con los equipos de salud y educación, quienes interactúan con las instituciones correspondientes.

Tal como lo dice su nombre, el Programa de Niños en Situación de Calle trabaja este tipo de problemáticas, realizan su labor en la calle, tomando contacto con los menores en los sitios donde han sido detectados.

Pregunta 5: ¿Cómo se creó Cuál es el origen del Programa de Acompañamiento Familiar?

Respuesta: En un principio, en esta institución se trabajaba solamente desde la oficina hasta que se detectó que los casos no prosperaban y era necesario un seguimiento más exhaustivo de los casos más graves, tomando contacto con las familias involucradas en su mismo domicilio, realizando las intervenciones adecuadas y observando la evolución de cada caso. Este cambio además se ajustó a las pautas establecidas en la Ley 13298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños.

Pregunta 6: ¿Se supervisan los casos? ¿De qué manera?.

Respuesta: Los casos son supervisados en forma semanal, en donde los equipos se reúnen junto a las coordinadoras, se hace una puesta común de los casos, y se intercambian opiniones entre equipos respecto a las estrategias e intervenciones realizadas y a realizar.

Pregunta 7: ¿Los diferentes programas trabajan con otras instituciones?

Respuesta: Sí. Justamente la Ley 13298 establece la corresponsabilidad, o sea que se comparte responsabilidad sobre cada caso así como también la responsabilidad para trabajar en conjunto y así revertir la situación de vulneración de la familia y el niño.

Segunda entrevista realizada a la Directora de la institución.

Pregunta 1: Hace un tiempo que acompaño a L en un caso del Programa de Acompañamiento Familiar. En estos momentos se está trabajando para evaluar si existen situaciones de maltrato hacia los niños. En general ¿Cuáles son las estrategias que se plantean ante estas situaciones?

Respuesta: Dentro del programa, más allá de las visitas que se plantean semanalmente, lo que se intenta es tener entrevistas con toda la familia, incluido los niños.

Pregunta 2: ¿De qué manera?

Respuesta: La idea es poder trabajar en las instituciones donde los niños asisten, para poder sacarlos del foco de conflicto y poder generar un espacio de confianza donde puedan generar un vínculo de positivo y así manifestar las situaciones que ocurren en su hogar sin miedo a las consecuencias que podrían traerles.

Pregunta 3: ¿Si se confirma que hay maltrato?

Respuesta: Se evalúa cual es la situación de riesgo de los niños y lo primero que se hace es protegerlos de la situación de riesgo. Se intenta trabajar con el adulto no agresor para que haga la denuncia y se adopten las medidas correspondientes como por ejemplo la exclusión del hogar del violento. Y de no prosperar esto se toma una Medida de Abrigo.

Pregunta 4: ¿Qué es una Medida de Abrigo?

Respuesta: Una Medida de Abrigo es una Medida de Protección que establece la ley 13298 y que es excepcional. Existen dos tipos, la institucional que es cuando los niños se van a un hogar convivencial, y la intrafamiliar, que es cuando un referente afectivo del niño se encarga de los cuidados del mismo y de garantizar el bienestar psicofísico y emocional.

Pregunta 5: Cuando se toma esta medida, ¿se continúa trabajando con el caso?

Respuesta: Sí. La idea es poder trabajar con las familias para poder lograr que las situaciones en donde se exponía al niño a situaciones de riesgo se reviertan y que los niños puedan retornar a su hogar con su familia. Pero garantizando los derechos de los niños.

Primera entrevista informal con la Operadora de Familia (Psicóloga) al momento de tomar intervención la tesista en el caso.

Pregunta 1: ¿De qué se trata el caso?

Respuesta: Se trata de cinco hermanitos que fueron abandonados por sus papás y estaban viviendo en un hogar y se fueron a vivir con su abuela y sus tíos.

Pregunta 2: ¿Cómo llegó el caso a la institución?

Respuesta: El hogar donde se encontraban viviendo los chicos informó a la institución que se habían ido a vivir con su abuela. En un primer momento desde el equipo de oficina se citó a la abuela de los chicos para hacerle una primera entrevista en la cual contó cual era la situación general de sus nietos. A la semana llegó una denuncia de los vecinos diciendo que

había situaciones de maltrato. Esto motivó que el caso pase al Programa de Acompañamiento Familiar.

Pregunta 3: ¿Cuáles son los derechos vulnerados detectados?

Respuesta: En un primer momento, la abuela contó que los chicos no tenían DNI, que no iban a la escuela y no asistían a centros de salud. Luego de las denuncias, se sospecha que podría haber situaciones de maltrato.

Pregunta 4: ¿Cuáles son las estrategias e intervenciones a realizar?

Respuesta: El equipo de oficina los asesoró para que realicen los trámites de DNI, inscripción en la escuela y se les facilitaron turnos para que los niños tengan atención médica en la sala del barrio. En esta etapa, se busca evaluar cuál es la situación de los niños y la veracidad de la denuncia recibida.

Segunda entrevista informal con la Operadora de Familia (Psicóloga).

Pregunta 1: Hasta el momento, ¿Se cumplieron los primeros objetivos propuestos?

Respuesta: No todos. Hasta el momento lo único que se logró, y tardó bastante en hacerlo, es que Blanca anote a los chicos en la escuela.

Pregunta 2: ¿Y qué pasa con los objetivos que no se cumplieron?

Respuesta: Se continúa trabajando pero generalmente se van planteando nuevos objetivos a medida que avanza el trabajo.

Pregunta 3: ¿Y quién toma la decisión sobre los nuevos objetivos que se proponen?

Respuesta: Dependiendo de la situación y los objetivos que se planteen, generalmente lo hace el equipo de operadores, se plantea en la supervisión semanal que realizamos entre todos los equipos, y en casos extremos se recurre a la directora de la institución.

Pregunta 4: En este caso, ¿cuáles van a ser los objetivos nuevos?

Respuesta: Vamos a seguir haciendo hincapié en la situación de educación y salud de los chicos, y el nuevo objetivo es entrevistar a los chicos para ver si existe la situación de violencia denunciada.

Pregunta 5: ¿Cuál es la estrategia que se va a implementar?

Respuesta: Como B no nos está permitiendo el acceso a los chicos y teniendo en cuenta que hay una denuncia de violencia, la idea es poder entrevistarlos en la escuela y en la ONG donde los chicos hacen apoyo escolar.

