



**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**

Trabajo de Integración Final

**Facultad de Ciencias Sociales
Lic. en Psicología**

Maltrato Infantil

Autor: María Belén Cros

Fecha: Junio 2009

Tutora: Dra. Nora Inés Gelassen

Índice

2. Objetivos.....	3
3. Desarrollo.....	4
3.1 Marco Teórico.....	4
3.1.1 Marco histórico del Maltrato Infantil.....	5
3.1.2 Maltrato Infantil.....	7
3.1.3 Familia Disfuncional.....	9
3.1.4 Consecuencias psíquicas en niños maltratados.....	12
3.1.5 Nociones básicas de la práctica clínica de Terapia Cognitiva con niños.....	14
3.1.6 Abordaje del Maltrato infantil desde el Modelo Cognitivo – Conductual.....	16
4. Metodología.....	19
4.1 Método.....	19
4.3 Instrumentos.....	19
4.4 Procedimiento.....	20
5. Presentación del Caso y Procedimiento.....	20
5.1 Motivo de Consulta.....	21
5.2 Estructura y Composición de la Familia.....	21
5.3 Consecuencias Psíquicas.....	26
5.4 Interpretación de las técnicas administradas.....	28
5.5 Intervenciones terapéuticas en el tratamiento desde el Modelo Cognitivo - Conductual.....	32
6. Conclusión y Discusión.....	40
7. Referencias Bibliográficas.....	44
8. Anexos.....	46

1. Introducción

El presente Trabajo de Integración Final tiene el objetivo de articular los diversos contenidos desarrollados en la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo, con lo experimentado en la residencia clínica realizada en un Hospital Interzonal General de Agudos .

La residencia mencionada fue efectuada en el Servicio de Psicología Infantil perteneciente a Pediatría, a cargo de la Dra. Nora Inés Gelassen. La concurrencia al establecimiento tuvo una duración de 320 horas, desde los meses de Agosto hasta Diciembre de 2008.

Allí se realizan dos actividades principales, por un lado el recorrido de las salas de internación de pediatría; y por el otro, la práctica clínica en los consultorios externos de psicología infantil.

Los pasantes pueden presenciar y realizar bajo supervisión, junto con un psicólogo del lugar: admisiones, interconsultas, tratamientos psicoterapéuticos a los infantes y supervisiones grupales del equipo.

El trabajo desarrollado en el Hospital es abordado desde los Modelos psicológicos: Cognitivo – Conductual y Sistémico; por lo que las intervenciones, estrategias y las diferentes técnicas administradas son avaladas por dichos marcos teóricos.

Ante las actividades mencionadas, se escogió el caso clínico de una niña de 11 años de edad expuesta a Maltrato Intrafamiliar.

2. Objetivos

Objetivo General

Realizar la descripción y el análisis de un caso clínico de Maltrato Intrafamiliar.

Objetivos Específicos

- Describir la dinámica de una familia disfuncional en el caso de una niña de 11 años.
- Describir las consecuencias psíquicas de una niña expuesta a situaciones de Maltrato Intrafamiliar.

- Describir las diferentes intervenciones realizadas en el tratamiento psicológico de la niña.

3. Desarrollo

3.1 Marco Teórico

Para poder afrontar con rigor y entender con mayor profundidad la problemática de los malos tratos a la infancia se requiere de un pequeño recorrido de la historia de la infancia y el maltrato; un conocimiento exhaustivo y preciso de las causas que provocan, mantienen y favorecen cada una de las situaciones de malos tratos; cuales son las consecuencias psíquicas que se encuentran en los menores maltratados, y como se delinea desde uno de los tantos modelos psicológicos existentes, un tratamiento psicológico para los niños víctimas de maltrato.

A pesar de los avances científicos, actualmente los programas y proyectos de protección y atención a la infancia se enfrentan ante la difícil tarea de aportar soluciones a cada caso de maltrato. Si bien está claro que la protección a la infancia debe orientar sus esfuerzos a eliminar las situaciones de maltrato físico, abandono físico, maltrato y abandono emocional, abuso sexual y otros tipos de maltrato infantil; las investigaciones existentes en materia de malos tratos hacia los niños son relativamente escasas, lo que implica un desconocimiento importante y un pronóstico desfavorable, sumado además que la desprotección infantil parece tener cada vez mayor incidencia.

Ante esto y con el objeto de desarrollar el maltrato infantil intrafamiliar se abordarán los siguientes aspectos:

1. Marco histórico del Maltrato Infantil.
2. Maltrato Infantil.
3. Familia Disfuncional.
4. Consecuencias psíquicas de niños maltratados.
5. Nociones básicas de la práctica clínica de Terapia Cognitiva con niños.
6. Abordaje del Maltrato Infantil desde el Modelo Cognitivo – Conductual.

3.1.1 Marco histórico del Maltrato Infantil

Ha sido enorme el sufrimiento infringido a los menores a lo largo de la historia, un camino largo y doloroso que han tenido que soportar y que aún hoy en día sigue soportando.

La historia del maltrato infantil no es otra cosa que la historia de la representación social que se ha tenido de la infancia, del niño, de la familia y de las relaciones entre los adultos y los niños, pudiendo decir que lo que en este momento parece una conducta aberrante, la de maltratar a un ser indefenso, a un menor, ha sido la práctica más común a lo largo de los siglos hasta casi nuestros días.

Con el fin de realizar un breve recorrido histórico sobre el maltrato a la infancia, resaltando aquellos momentos clave para entender la práctica de la violencia hacia los niños, y según expresa DeMause (1994) se puede afirmar que la historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace muy poco. Cuanto más se retrocede en el pasado, más bajo es el nivel de la puericultura y más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales.

Se distinguen tres fenómenos clave a la hora de entender la práctica de la violencia hacia los niños en todas las sociedades:

-  La creencia de que los niños son propiedad de los padres.
-  La práctica del castigo físico como modo disciplinario recomendado.
-  La carencia de derechos hacia los menores.

En un recorrido histórico sobre la infancia y el papel del maltrato hacia la misma DeMause (1994) expresa que en la Antigüedad, los niños eran considerados propiedad absoluta de los padres, los cuales podían decidir hasta su derecho a la vida. La imagen predominante en ese período fue la del infanticidio y la sodomía por parte de los adultos hacia los infantes.

Entre los siglos IV y XIII, la infancia fue marcada por el abandono en sus diferentes modalidades, el abandono físico y el afectivo era el predominante en el vínculo que mantenía el adulto hacia el menor. Seguía sin haber una representación diferenciada de la infancia, el niño no era más que un adulto joven. La supervivencia era lo más importante, y la de los niños era cuestión de suerte, sobre todo teniendo en cuenta la alta tasa de mortalidad infantil. Si bien en dicha época aparece la iglesia y ya no se podía matar tan abiertamente al niño, dado que el mismo empezaba a ser considerado un hijo de Dios, se continuaba con la práctica en secreto de maltrato y de

matanza hacia los menores de edad. Todavía se seguía con la práctica de los bautismos colectivos donde morían muchos niños al ser introducidos en una gran pileta todos juntos y así morían asfixiados.

DeMause (1994) llamó período de “ambivalencia” al comprendido entre los siglos XIV y XVII, dado que la idea predominante era la del niño como materia maleable, los padres eran quienes debían moldearlo para que sea un futuro ciudadano, utilizando métodos arcaicos como por ejemplo, el fajar a los niños y así poder formarlos. En esta época es cuando el infante se va introduciendo cada vez más en la vida afectiva familiar, los niños dejan de ser sirvientes y comienzan a vivir en sus casas, se empieza a dividir las habitaciones de los adultos y las de los menores; comienzan a haber juegos, vestimenta y comida de niños. Se empieza a originar un paulatino abandono del infanticidio hacia un incremento de internaciones en instituciones, pero esto no reduce la tasa de mortalidad infantil, ya que las condiciones de estos internados eran deplorables, se realizaban múltiples castigos físicos y el niño seguía desamparado.

Al siglo XVIII DeMause (1994) lo llamó “intrusivo”, dado que si bien comienza una actitud más favorable hacia la infancia, todavía los padres tratan de dominar la mente del niño, afirmando que no era la capacidad de amar lo que les faltaba a los padres sino la madurez afectiva necesaria para ver al niño como una persona distinta a ellos. El niño sale del anonimato, empieza a adquirir importancia como persona y comienza un período que busca entender a los niños; nace la pediatría y las primeras sociedades protectoras de la infancia. Es aquí cuando realmente se produce un cambio cualitativo importante hacia el menor, éste empieza a ser considerado como una persona que posee posibilidades y capacidades.

Entre los siglos XIX y principios del XX, empieza a pensarse que al niño no se lo forma como hasta entonces, sino que se lo socializa, se le enseña y se lo guía. En este período se empiezan a generar las bases de las teorías psicológicas modernas con Freud y Skinner. Los padres comienzan a interesarse y ocuparse cada vez más de sus hijos.

Entrados ya en el siglo XX, comienza la etapa de ayuda al niño, descubriendo sus potencialidades y ayudándolos a desarrollarlas, hay una participación mayor del padre, empieza a verse un mayor esfuerzo por empatizar con el niño y a satisfacer sus necesidades, convirtiéndose el niño en sujeto de derecho recién en 1989 con la “Declaración de los Derechos del Niño”.

Actualmente, el reconocimiento del maltrato infantil por la sociedad se ha establecido en varias fases, que se presentan en las distintas culturas con formas más o menos semejantes, pero siempre en el mismo orden. Existe un primer momento en el que la sociedad no acepta que la familia se vuelva depredadora de sus propias crías, posteriormente, lo reconoce, acepta e intenta poner medios para su tratamiento; y finalmente, se da un paso hacia la prevención. Podemos decir que hoy en día se está en la segunda fase descrita en la mayoría de las culturas pero lamentablemente, se está todavía muy lejos de la erradicación del maltrato infantil, si es que ésta es posible. Sin embargo, vivimos una paulatina toma de conciencia por parte de los profesionales relacionados con esta problemática y de la población en general. Aún queda mucho por hacer en cuanto a la protección de los niños, pero por suerte se va impregnando la idea y el sentimiento que hay que actuar entre los profesionales de la salud (Arruabarrena & De Paúl, 2005).

3.1.2 Maltrato Infantil

El maltrato infantil es una problemática que no tiene límites sociales, culturales, ideológicos o geográficos. Se trata de un fenómeno cuyos rasgos varían dependiendo de la posición económica, educación, grupo étnico, género, edad, valores y creencias de un grupo social específico.

El maltrato infantil ha ido incrementando de forma alarmante en los últimos diez años en todos los niveles económicos y sociales, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Aún cuando no se tienen cifras exactas, la presencia de este hecho se hace cada vez más evidente en todos los países del mundo.

Hablar de maltrato es hablar de abandono, falta de contención y de respeto por el desarrollo del niño (Agosta, Barilari & Colombo, 2008). Kempe (1985) define el maltrato infantil como “el uso de la fuerza física en forma intencional no accidental ó actos de omisión intencionales no accidentales dirigidos a herir, lesionar ó destruir a un niño, ejercido a partir de un padre u otra persona responsable del cuidado del menor”.

Según los autores Almonte, Correa y Montt (2003) se puede distinguir un *maltrato activo*, en el que el daño ejercido es perpetrado a través de la acción; y un *maltrato pasivo*, en el que el daño ejercido es perpetrado a través de la omisión, negligencia y descuido hacia el menor.

Son varios los tipos de maltrato que existen, éstos pueden ser maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia, testigos de violencia y abuso sexual. Todos ponen en peligro o dañan la salud física y/o emocional de un niño y su desarrollo, y por lo tanto requieren atención (Almonte, Correa & Montt, 2003).

El maltrato infantil puede producirse dentro del entorno familiar (intrafamiliar) o fuera del mismo (extrafamiliar). El *maltrato intrafamiliar* es aquella situación de desprotección del menor que se produce dentro del contexto privado del círculo familiar donde se desenvuelve y desarrolla el niño. El *maltrato extrafamiliar* hace referencia a aquellas situaciones de maltrato infantil que se producen fuera del ámbito familiar (Barudy, 1998).

El entorno físico y psicológico en que se desenvuelve el menor es el mejor predictor de su situación de desprotección. Definir el maltrato infantil implica valorar y consensuar qué es peligroso o inadecuado para el niño, es decir, establecer cuales son las formas de crianza peligrosas e inaceptables. En ocasiones es realmente difícil establecer la línea de separación entre lo que es un maltrato y lo que no lo es, o entre una familia maltratadora y otra que no lo es (Arruabarrena & De Paúl, 2005).

Por lo general, cuando el comportamiento del responsable de un menor, ya sea por acción o por omisión, pone en peligro o puede llegar a poner en peligro su salud física o psíquica, la situación puede calificarse de malos tratos (Almonte, Correa & Montt, 2003).

El autor Barudy (1998) distingue dos situaciones en las que existe riesgo de maltrato hacia el niño. Por un lado, el maltrato como expresión de una crisis en el ciclo vital de una familia; y por el otro, el maltrato como experiencia organizadora de la fenomenología familiar, aquellas que transgeneracionalmente están perturbadas. Existiendo siempre un conjunto de circunstancias familiares y sociales que están ligadas a la causa de los malos tratos. En el núcleo familiar permanece un sistema de creencias que sostienen los comportamientos de maltrato; siendo posible distinguir experiencias traumáticas y de carencias vividas por los padres en su historia familiar.

Muchas investigaciones destacan que uno de los objetivos prioritarios es la necesidad de determinar cuales son los factores de riesgo implicados en el tipo de maltrato, a pesar de saber que en la práctica profesional es muy complicado, por no decir imposible, encontrar manifestaciones específicas y bien delimitadas y que lo habitual es encontrar indicadores mixtos.

Según los estudios al respecto, pueden ser muchas las circunstancias favorecedoras, predisponentes y precipitantes del maltrato infantil: una historia de malos tratos en la infancia de los responsables del menor, escasas habilidades interpersonales en los padres / cuidadores, expectativas inadecuadas respecto del niño, utilización de castigo físico como método de disciplina, consumo de sustancias tóxicas, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, dificultad para controlar los impulsos, problemas de salud mental, considerar al menor una propiedad, falta de ingresos económicos, falta de apoyo social, un entorno social empobrecido, padres demasiado jóvenes, problemas de pareja, situaciones estresantes para la familia, desempleo, etc. (Arruabarrena & De Paúl, 2005).

Como puede observarse, son muchos los factores o variables que pueden determinar que el menor sufra malos tratos; por ello es determinante averiguar la conformación familiar, identificar y aislar los diversos patrones interaccionales, en función del tipo de maltrato, si se quiere resguardar la salud y el bienestar de los más pequeños.

Por ello, y como afirman los autores Arruabarrena y De Paúl (2005), definir el concepto de maltrato infantil es también importante por dos cuestiones fundamentales:

- 1) Facilita y clarifica la comunicación entre profesionales.
- 2) Garantiza la toma de decisiones apropiadas en aspectos de protección infantil que tienen que ver con la vida, la salud y el bienestar físico y psíquico de algunas familias.

3.1.3 Familia Disfuncional

Como define Chazenbalk (1998), una familia es el espacio natural que tiene el ser humano para crecer y desarrollarse; es un sistema biopsicosocial que está en constante cambio y evolución. Decimos que es un sistema, dado que es un conjunto organizado e interdependiente y se encuentran en constante interacción.

La familia responde permanentemente a cambios internos y externos, por lo tanto debe ser capaz de transformarse y encarar nuevas circunstancias. Una familia necesita una estructura viable para desempeñar las tareas esenciales, apoyar la individuación y al mismo tiempo proporcionar el sentimiento de pertenencia a sus integrantes (Chazenbalk, 1998).

Las familias pueden ser *funcionales* o *disfuncionales*. Como explica Chazenbalk (1998), una familia es funcional cuando las jerarquías están adecuadamente planteadas y las fronteras están establecidas según un criterio de flexibilidad. Las fronteras son patrones estables que delimitan quien participa en cada subsistema, en que momentos y como lo hace; si son demasiado permeables se puede perder ejecutividad y si son demasiado rígidas se dificulta la creación de vínculos de empatía y proximidad.

Una familia disfuncional es un sistema que responde estereotipadamente, sus pautas se vuelven ineficaces y rígidas, no habiendo alternativas de solución. La familia disfuncional es una familia donde los conflictos crecen a medida que las comunicaciones cesan o desaparecen enteramente (Chazenbalk, 1998).

El papel de la familia no es simplemente el de garantizar las necesidades biológicas fundamentales del menor en desarrollo, sino el de facilitar la interacción entre los procesos de maduración fisiológica y las experiencias cotidianas, para la adquisición de la plenitud biopsicológica del niño.

Una de las principales características que debe tener una familia funcional es la de promover un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

Minuchin (1980) señala que una familia funcional no puede ser distinguida de la familia disfuncional por la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de las respuestas frente a los problemas, la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro.

Se caracteriza a la familia disfuncional como la que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio. La familia disfuncional se diferencia de la funcional por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos.

Al definir a la familia como un sistema en donde los problemas de uno de los miembros afecta a todos, se plantea que las posibles consecuencias de los hijos viviendo en una familia disfuncional, es la imposibilidad para llevar a término de un modo adecuado las funciones familiares, afectándose áreas como la educación y el desarrollo afectivo y relacional.

La familia debe ser un lugar de convivencia que disponga de los recursos mínimos como ser el higiénico, económico, laboral, etc., donde el menor sea respetado como persona, se cubran sus necesidades básicas, afectivas y educativas, se lo proteja de situaciones agresivas del medio en el que se desarrolla y reciba cuidados adecuados ante situaciones especiales de enfermedad o limitación (López Sánchez, 1995).

Por tanto, todo análisis de la problemática de un menor parte de una consideración general de cuales son las necesidades básicas de la infancia en un sentido amplio, lo que a su vez implica tener muy en cuenta aquellas necesidades que tienen que ver con el medio familiar en el que se desarrolla el proceso de socialización del menor. De ahí que no se puede considerar al menor de manera aislada, sino en el seno de la familia en el que está inmerso y dentro de un contexto social más amplio.

Así, López Sánchez (1995) plantea que la familia debe ser capaz de satisfacer las necesidades esenciales del niño, ya sea por sí misma, o a través de aquellas instituciones pertenecientes al sistema de apoyo social (sanitarias, educativas, servicios sociales, etc.).

También es este autor quien habla de tres necesidades fundamentales que todo menor debe tener cubiertas en el núcleo familiar en el que vive:

- 1) Necesidades fisico-biológicas: alimentación, higiene, vestimenta, protección, salud, supervisión, etc.
- 2) Necesidades cognitivas: el niño debe ser estimulado sensorialmente, necesita explorar su entorno físico y social, necesita adquirir un sistema de valores y normas, comprender el significado de las cosas, etc.
- 3) Necesidades emocionales y sociales: el niño debe sentirse querido, aceptado y apoyado, necesita relacionarse con los iguales y con la comunidad, participar en las decisiones y situaciones familiares en las que esté implicado, jugar, etc.

Ante todo lo expuesto se afirma que la violencia intrafamiliar traduce una disfunción importante del sistema familiar. Cuando el maltrato se transforma en un modo crónico de comunicación interpersonal y de grupo, produce una serie de fenómenos dramáticos que se manifiestan dentro y fuera de las fronteras familiares (Barudy, 1998).

Los síntomas pueden ser tomados como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al niño, no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares. En una familia en la que existen disfunciones parentales y en especial cuando no es eficaz el cumplimiento de la función materna, estas anomalías

dejan librado al niño en un lugar de vulnerabilidad que puede llevar al maltrato (Agosta, Barilari & Colombo, 2008).

3.1.4 Consecuencias psíquicas en niños maltratados

Como sostienen las autoras Barilari, Beigbeder y Colombo (2005), todo niño que fue sometido a un maltrato intrafamiliar sufre determinadas consecuencias, logrando estructurar su aparato psíquico de una manera particular que lo llevará a un comportamiento y a distorsiones cognitivas que dificultan la adaptación y el desarrollo evolutivo del niño. Ante esto, el niño puede llegar a tener un crecimiento deficiente que involucre trastornos en el comportamiento, en lo cognitivo, en lo físico, en lo social y en lo afectivo.

a) Trastornos en el comportamiento: Los trastornos conductuales son el resultado del uso de defensas, tales como la disociación y la negación. Ante la angustia provocada por las situaciones traumáticas, el niño se ve impulsado a realizar actuaciones compulsivas y agresivas hacia sí mismos o hacia otros. Exteriorizan el conflicto en dirección hacia el medio en forma de impulsividad, hiperactividad y baja tolerancia; y hacia sí mismos, como sumisión, introversión, apatía, desgano y conductas autodestructivas. Las autoras señalan una diferencia de género, asociando a los varones con la tendencia de realizar conductas hacia los otros; y las mujeres con tendencia a su persona. El deficiente manejo y control de su comportamiento los llevará al fracaso y la frustración, la falta de éxito en esta área promueve el castigo y el rechazo por parte de quienes los rodean y el aislamiento social de los pares (Barilari, Beigbeder & Colombo, 2005).

b) Trastornos cognitivos: Los niños expuestos a situaciones violentas generan distorsiones cognitivas. Pertenecen a familias disfuncionales donde la mentira y los mensajes contradictorios abundan, se puede entender que los menores no han tenido la posibilidad de integrar los elementos que los rodean con una lógica aceptada socialmente, sino con la lógica necesaria para su propia adaptación y supervivencia. Aquella persona que dice quererlos los lastima, entonces las percepciones no coinciden con los sentimientos. Esta confusión de conductas y actitudes lleva a que el niño realice construcciones erróneas sobre su persona, sobre el concepto de padre y madre, sobre la familia y sobre el amor y el odio. Las deficientes construcciones cognitivas que están unidas a afectos, como toda representación, le impiden percibir el mundo que los rodea.

Además, poseen un empobrecimiento personal, dado que en esta tarea de protegerse a sí mismos mediante el aislamiento y la disociación, el mundo se va haciendo más estrecho, y por lo tanto hay menos posibilidades de conocerlo y aprender de las interacciones (Barilari, Beigbeder & Colombo, 2005).

c) Trastornos físicos: Los niños expuestos a situaciones violentas, suelen manifestar una gran variedad de síntomas físicos. Las autoras resaltan problemas en la alimentación, dolores crónicos de cabeza, de estómago, enfermedades psicosomáticas, dificultades en el control de esfínteres, etc. Ante los síntomas físicos, se puede decir que el cuerpo está hablando, está expresando aquellos que no se puede decirse con palabras, más aún, al no encontrar representación para el sufrimiento vivido (Barilari, Beigbeder & Colombo, 2005).

d) Trastornos sociales: La violencia intrafamiliar suscita a que estemos hablando de una familia disfuncional, lo que significa aislamiento, pocos recursos sociales en cuanto redes de apoyo. Sus integrantes suelen ocultar el mal funcionamiento intrafamiliar que generalmente está teñido de violencia, mentira y tensión excesiva. Existen grandes dificultades para comprender y satisfacer las necesidades de los hijos, controlar los impulsos y determinar la puesta de límites. En general, son familias trasgresoras que utilizan el mecanismo de la negación para encubrir sus acciones. Muchas veces estos modelos son transmitidos de generación en generación y responden a patrones culturales arraigados; en otros casos responden a modelos parentales de su socialización primaria.

Estos niños suelen comportarse como adultos y a cumplir funciones que no les corresponde, mostrando indicadores de seudomadurez. Tales modelos familiares hacen que los niños sientan falta de confianza en el mundo adulto y por lo tanto tengan una resistencia a crecer, como también no piensen en casarse ni tener hijos en un futuro, temiendo repetir la misma historia.

Los infantes que debieron mantener en secreto situaciones violentas y de trasgresión los conduce a comportamientos antisociales de retraimiento, a tener una pobreza de contacto y de comunicación. Ante esto, el niño frente a la condena social que implica el maltrato se percibe como estigmatizado y fuera de los cánones aceptados socialmente (Barilari, Beigbeder & Colombo, 2005).

e) Trastornos afectivos: En esta área se incluyen todos los aspectos que tienen que ver con las emociones y sentimientos. Los diferentes estados de ánimo ligados a las vivencias de malos tratos. También incluye la baja autoestima que se fue gestando ante

los mensajes contradictorios, sumado a una especie de anestesia emocional indispensable para la supervivencia en ambientes agresivos. Aquellos niños sometidos a situaciones de maltrato poseen dificultades para distinguir lo que sienten, existiendo una gran ambivalencia en sus percepciones (Barilari, Beigbeder & Colombo, 2005).

Los niños maltratados sometidos a la ley del silencio y/o a la mistificación de sus experiencias, pueden desarrollar actitudes desviadas, promiscuidad sexual, problemas de comportamiento o delincuencia; como también al llegar a la adultez pueden reproducir ecologías familiares similares a las que vivieron, en donde sus hijos también podrán ser un objeto de violencia y de abuso de poder (Barudy, 1998).

Según las autoras Agosta, Barilari y Colombo (2008) el pensamiento de un niño maltratado generalmente es el de “no me quieren porque no valgo nada”; ante esta predestinación, el infante tendrá que tratar de valer algo y por otro lado, perder el vínculo o seguir siendo despreciable para conservarlo. Si el niño se forma una imagen de sí mismo indefinida, inestable y deteriorada, son escasas las posibilidades de evolución, en el sentido de poseer una conciencia de sí mismo sana y lograr una alta autoestima.

3.1.5 Nociones básicas de la práctica clínica de Terapia Cognitiva con niños

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social, la cual sostiene que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente. Afirma también que la conducta es un fenómeno dinámico y se encuentra en constante evolución (Bandura, 1977).

Como explican Friedberg y McClure (2005), desde la teoría del aprendizaje social se espera que los profesionales examinen la influencia mutua y dinámica que se da entre los individuos y el contexto en el que manifiestan su conducta.

La terapia cognitiva sostiene que hay cinco elementos interrelacionados que deben tenerse en cuenta en la conceptualización de las dificultades psicológicas humanas: el contexto interpersonal y ambiental; la fisiología, las emociones; la conducta; y la cognición del individuo. Dichos componentes diferenciados interaccionan unos con otros, dando lugar a un sistema dinámico y complejo (Beck, 1985).

Los síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos se presentan en un contexto interpersonal y ambiental. De este modo, el modelo cognitivo incorpora

los aspectos relacionados con los contextos sistémicos, interpersonales y culturales que son de mucha importancia en la psicoterapia infantil (Friedberg & McClure, 2005). Asimismo, los síntomas no aparecen de la nada, y los profesionales deben tener en cuenta las circunstancias particulares de cada niño a la hora de realizar una evaluación y tratamiento.

La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en como interpreta la situación. Por lo tanto, la forma en que sienten las personas está asociada a la forma particular de pensar sobre un evento determinado (Ellis, 1962; Beck, 1985).

Friedberg y McClure (2005) sostienen que la forma en que los niños interpretan sus experiencias determina profundamente su funcionamiento emocional, por lo que su punto de vista debe ser un foco de atención fundamental en el tratamiento, dado que los infantes elaboran activamente la información seleccionando, codificando y explicando las cosas que le suceden a sí mismos y a los demás.

Pero el sistema de procesamiento de la información tiene una organización jerárquica formada por operaciones y estructuras cognitivas; por lo que estos procesos cognitivos son condicionados por creencias subyacentes que los individuos poseen acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Dichas creencias o esquemas cognitivos son construidos a lo largo del desarrollo y funcionan como lentes que guían la percepción, recuperación, procesamiento e interpretación de la información. A su vez, las personas poseemos pensamientos automáticos que son productos cognitivos, que son pensamientos o imágenes que forman parte del flujo de conciencia, que varían en función de la situación y pasan por las mentes de las personas cuando se da un cambio en su estado de ánimo (Beck, 1985).

De este modo, al trabajar desde la Terapia Cognitiva con niños, lo que se busca es estudiar los sistemas de procesamiento de información del menor con el fin de identificar sus pensamientos automáticos y sus esquemas cognitivos, intentando determinar su relación con la activación de las emociones negativas del niño (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

La terapia cognitiva con niños se basa en el enfoque experiencial, centrado en el aquí y ahora. Los niños están orientados a la acción, predispuestos por naturaleza a aprender haciendo, por lo tanto conectar sus habilidades de afrontamiento a acciones

concretas suele ayudar a los niños a prestar atención, a recordar y a ejecutar la conducta deseada.

Trabajar desde dicho modelo, es centrarse en el tratamiento de los niños dentro de su propio entorno natural, como es la familia, el colegio y los pares. Lo ideal es tener en cuenta los complejos aspectos sistémicos que rodean los problemas de los niños y diseñar tratamientos que contemplen todo lo expresado recientemente (Friedberg & McClure, 2005).

3.1.6 Abordaje del Maltrato infantil desde el Modelo Cognitivo – Conductual

En el tratamiento de un niño que padeció maltrato infantil, el psicólogo junto con el paciente van al encuentro del trauma; el psicólogo acompaña el doloroso transitar de las experiencias traumáticas para ir en busca de la reparación (Agosta, Barilari & Colombo, 2008).

Si algo caracteriza a estos niños es el de manejarse en la vida con serias distorsiones cognitivas. Las vivencias de maltratos han dañado la imagen de sí mismos y del mundo, ha desordenado sus pensamientos y sus sentimientos. Diseñar el mapa personal de estas distorsiones producidas por el maltrato determina los objetivos y formatos de una intervención reparadora (Agosta, Barilari & Colombo, 2008).

Los objetivos generales del tratamiento son restablecer la seguridad física y emocional de la víctima, y facilitar el proceso de internalización de relaciones íntimas no violentas y de respeto. La meta principal del tratamiento es la protección del menor de futuros maltratos, propiciando un medio ecosistémico en el cual sus derechos sean respetados (Almonte, Correa & Montt, 2003).

Según los autores Agosta, Barilari y Colombo (2008) los objetivos específicos del tratamiento para menores que han sido víctimas de maltrato se basa en la profundización de los siguientes ítems: Realismo – Contrarrestar la negación – Elaborar el sentimiento de culpa, impotencia y rabia - Duelo y reconstrucción de los vínculos.

a) Realismo: Se produce una ruptura del secreto, se va dejando al descubierto el maltrato ocasionado. El precio de esta capacidad de “ver” puede ser muy doloroso, por lo que frecuentemente se activan diversos mecanismos de defensa por el sufrimiento intolerable que va sintiendo. Son numerosos los momentos del tratamiento que se invierten para manejar y controlar los mecanismos de la negación que pueden aparecer

poniendo al descubierto nudos problemáticos importantes (Agosta, Barilari & Colombo, 2008).

b) Contrarrestar la negación: Independientemente de la certeza que se tenga sobre los hechos abusivos, el niño responderá utilizando mecanismos de negación, ya que resulta muy desestabilizador para él y su familia afrontar las consecuencias de lo sucedido. Por lo que una actitud empática del terapeuta frente a los mecanismos de negación del niño, pueden ayudar a que el paciente pueda sentirse observado pero sin miedo. Luego, poco a poco se debe ir racionalizando sus temores, ir poniéndolos al descubierto y traducirlos en palabras, observaciones y sentimientos para poder dimensionarlo o construir junto con el menor nuevas soluciones a esos conflictos que parecen insuperables hasta ese momento.

Uno de los primeros nudos problemáticos a superar es la hipótesis del abuso, dado que la revelación del abuso no es un hecho, sino más bien, un proceso con avances y retrocesos. Las retracciones pueden ir apareciendo y hay que ir trabajando en ellas. Otra forma de negación que suele aparecer en pacientes expuestos a situaciones de maltrato es la fragmentación del pensamiento que permite sostener pensamientos ambivalentes, por lo que la intervención se centra en elaborar los sentimientos contradictorios en un conjunto integrado (Agosta, Barilari & Colombo, 2008).

c) Elaborar el sentimiento de culpa: El sentimiento de culpa suele ser muy potente y puede ser reordenado interiormente en un sentimiento positivo, como también tornarse en una carga tan opresiva que encarne más bien un obstáculo a la hora de invertir energías en el proceso de reconstrucción. El sentimiento de autoestima disminuye, llegando en ocasiones a que el niño se considere imperdonable. Por lo que resulta comprensible que quien sufrió una situación de maltrato no quiera recordar y pretenda dar vuelta la hoja sin mirar demasiado en profundidad el pasado (Agosta, Barilari & Colombo, 2008).

Ante esto, las autoras Agosta, Barilari y Colombo (2008) plantean que hay que ayudar al infante que comprenda que todo esto no sería otra cosa que regresar a formas de negación que son las mismas que se activaron en el momento que se recibió el maltrato, esto es “No veo, no oigo, no hablo”. Si esto no se enfrenta, no se podrá dominar el sentimiento de culpa, ni se encontrarán soluciones a todo lo ocurrido.

Cuando el sentimiento de culpa es tan fuerte la persona puede llegar a dudar de su capacidad de comprender y reparar. Si el maltratado comprende que en realidad fue

engañado y estafado en su confianza por una persona querida, es menos dañino que verse como el único culpable de la situación.

El aislamiento que puede venir de la autocondena es nocivo para una víctima de maltrato; es más, la víctima frecuentemente se siente culpable del aislamiento que sufre la familia por el develamiento de las situaciones de maltrato (Agosta, Barilari & Colombo, 2008).

Según afirman los autores Barudy y Dantagnan (2005), el terapeuta tiene como tarea fundamental darle al niño maltratado el mensaje explícito de reconocerlo víctima de una situación injusta para comenzar con el proceso de desculpabilizar al menor y responsabilizar a los padres sin demonizarlos. Ofrecerles un modo diferente de relación y reacción frente a sus manifestaciones conductuales es una forma de correrlos de la vivencia traumática vivida.

El niño víctima de malos tratos permaneció en un ambiente de desprotección, tragedia e impredecibilidad, que provoca en el infante miedos repetidos y el sentimiento de no tener ningún control sobre lo que ocurre. Ante esto, la víctima posee una sensación de impotencia, vulnerabilidad e incapacidad para resolver la situación. La tarea del terapeuta será la de ayudarlo a reconocer que tiene poder y posibilidad de elecciones diferentes; dicho poder puede ser utilizado de forma constructiva y no destructiva. Por ende, la relación terapéutica puede brindarle una experiencia reparadora donde el menor se sienta valorado, respetado y fuerte. La metodología utilizada debe permitirle que se sienta protagonista del proceso terapéutico, invitándolo a participar activamente en el plan de tratamiento, esto le permitirá desarrollar un sentido de control, eficacia y valía personal que contrarreste su impotencia (Barudy & Dantagnan, 2005).

Aquella persona que está expuesta en varias ocasiones en situaciones familiares violentas, vivencian rabia y malestar constante. En un ambiente en donde los adultos no han aprendido a manejar ni regular emociones intensas y negativas como la rabia, tampoco los niños logran esa habilidad, y pueden llegar a creer que sentir rabia es lo mismo que agredirse o agredir a otros. Frente a esto, la tarea del terapeuta es la de crear un espacio estructurado donde las reglas y los límites sean claros, firmes y se mantengan en forma coherente (Barudy & Dantagnan, 2005).

d) Duelo y reconstrucción de los vínculos: Entre los integrantes del grupo familiar luego de romperse el secreto de las situaciones de maltrato, pasan a enfrentar una crisis y a partir de ese momento nada será igual. Aparecerán conflictos entre los vínculos de sus miembros relacionados a lo ocurrido. Por lo que será fundamental que el

terapeuta acompañe a la víctima para que pueda hacer el duelo de cada vínculo y reparar aquellos que se puedan reponer (Agosta, Barilari & Colombo, 2008).

Los autores Barudy y Dantagnan (2005) aseveran que tanto las pérdidas significativas de su mundo afectivo, como la falta de expectativas de ser cuidado y protegido, llevan a convencerle de que no necesita a nadie o que no puede confiar en nadie. Así, una de las mayores consecuencias de la experiencia de malos tratos en los niños es la pérdida de confianza, la sensación permanente de tener que cuidarse y protegerse de otros. Ante esto, es importante que el terapeuta le brinde al menor un espacio y tiempo para expresar su dolor provocado por estas pérdidas y traiciones, para posteriormente, elaborar el dolor y ayudarlo a encontrar un sentido a lo vivido; y poder reparar la confianza en las personas.

4. Metodología

4.1 Método

El presente trabajo de Integración Final es un tipo de estudio descriptivo, mediante el estudio de un caso clínico único.

4.2 Participante

Con el objeto de resguardar la identidad de la menor de edad se utilizarán nombres ficticios para todos los integrantes de la familia. El caso que se describirá en el presente trabajo será el de Tamara, ella es una niña de 11 años de edad, víctima de maltrato intrafamiliar.

4.3 Instrumentos

Con el fin de evaluar a la niña, se le administraron diferentes técnicas psicométricas y proyectivas. Los instrumentos que se detallan a continuación fueron los empleados:

- **Dibujo de la Persona bajo la lluvia:** La técnica gráfica proyectiva que busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables. Evalúa las ansiedades, temores y aspectos conductuales que se activan ante una

situación de presión ambiental. También se puede observar la modalidad defensiva predominante y su modalidad adaptativa o patológica (Chaves Paz & Querol, 2000).

- **Dibujo de la Familia Kinética:** El Test gráfico proyectivo evalúa los aspectos emocionales en el niño; evalúa clínicamente cómo el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y como se incluye él en ese sistema, considerado como un todo (Esquivel, Heredia & Lucio, 1999).

- **HTP (Test de Casa, árbol y persona):** Esta técnica permite evaluar como el sujeto se relaciona con su entorno familiar y como percibe su entorno. Facilita indicadores de su propia personalidad y su imagen (Hammer, 1997).

- **Inventario de Frases Revisado (IFR):** Una prueba cualitativa que ayuda al psicodiagnóstico y tratamiento de niños que fueron víctimas de maltrato infantil. Este instrumento arroja indicadores altamente significativos sobre la exposición de un niño a algún tipo de maltrato infantil (Barilari, Beigbeder & Colombo, 2005).

4.4 Procedimiento

La psicóloga a cargo del caso junto con la residente, como co terapeuta, realizaron un tratamiento psicológico a la niña mediante veinte sesiones terapéuticas de 45 minutos todos los viernes desde agosto hasta diciembre .

Se llevaron a cabo entrevistas con la madre de la niña en el proceso de admisión y cuando se consideró que era necesario brindarle información sobre la evolución del tratamiento.

En un primer momento al inicio del tratamiento, se le administraron diferentes técnicas proyectivas y psicométricas con el fin de realizar un psicodiagnóstico, luego se continuó con la aplicación de diversas intervenciones y estrategias utilizadas en la terapia cognitiva –conductual y sistémica a lo largo del tratamiento de acuerdo con el marco teórico antes mencionado.

5. Presentación del Caso y Procedimiento

5.1 Motivo de Consulta

La mamá de Tamara cuenta en las entrevistas de admisión el motivo por el cual realiza la consulta psicológica, dada la complejidad del caso y la necesidad y cantidad de información que tenía Natalia, se realizaron tres entrevistas con ella antes de comenzar el tratamiento con la niña.

Natalia estaba preocupada por Tamara por los diversos síntomas que la niña presentaba: hace un tiempo que sufre reiterados desmayos, luego de episodios nerviosos, presenta cefaleas a diario, continuamente se degrada a sí misma y manifiesta mucha bronca hacia Norberto, el ex marido de la madre.

Luego de llevarla al pediatra en varias oportunidades y realizarle una serie de estudios, decidió por sugerencia del médico concurrir al servicio de psicología y realizar una interconsulta. Natalia comentó que tiene sospechas sobre la posibilidad de que Norberto haya ejercido abuso sexual sobre Tamara, si bien no se observaron indicadores físicos de abuso en la revisión pediátrica, ella tiene miedo que haya ocurrido algo que no lo esté contando.

Tamara mostraba resistencia a concurrir a la consulta psicológica, pero luego de la insistencia de su madre, destacando que sus hermanos asistían al mismo lugar y los veía mejor, manifestó querer intentarlo. Lo único que pidió es que fueran mujeres las psicólogas que la atiendan, dado que ya sabía que existían terapeutas varones en el área de psicología.

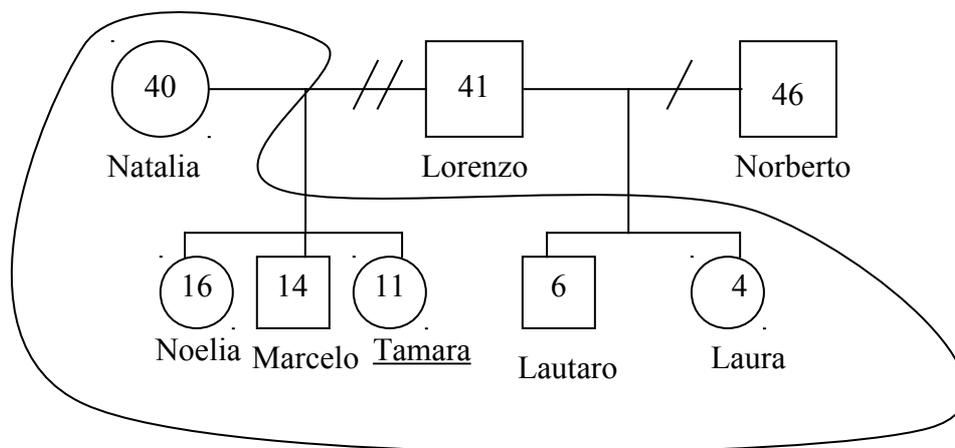
5.2 Estructura y Composición de la Familia

El caso único que se desarrolló en el presente trabajo es el de Tamara, una niña de 11 años de edad que fue víctima de maltrato intrafamiliar. Tamara llegó al servicio del Hospital acompañada de su mamá, Natalia (40), solicitando una primera consulta psicológica para comenzar con un tratamiento. Se le dio un turno a Natalia para una entrevista de admisión para la semana siguiente.

Dado que las entrevistas de admisión sólo participan los adultos que se encuentran al cuidado del menor, fue Natalia quién contó un resumen de la historia de vida de ella y de su hija Tamara:

Natalia tuvo dos matrimonios, el primero con Lorenzo (41), con quién tuvo tres hijos: Noelia (16), Marcelo (14) y Tamara (11). El segundo matrimonio con Norberto, con quién tuvo dos hijos: Lautaro (6) y Laura (4).

Los patrones familiares complejos son una fuente de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar, pudiendo anticipar la evolución del problema y el contexto con el paso del tiempo, a continuación se observa el familigrama, un formato para dibujar un árbol familiar mostrando la información de forma clara (Gerson & Goldrick, 1985):



Natalia cuenta en un relato acelerado, sin ahondar en profundidad, su propia historia de vida. Con la cabeza gacha y el tono de voz tembloroso comienza a contar su pasado: cuando Natalia era una niña fue abusada sexualmente en varias oportunidades, primero por un amigo de su padre, y luego por su propio abuelo. Señala que todas estas vivencias traumáticas las pudo contar recién de grande y que no tiene recuerdos exactos sobre que edad tenía, en donde sucedían y la cantidad de veces que ocurrieron, tampoco recuerda como concluyeron. Aclara en varias oportunidades que no quiere hablar mucho de este tema, que le produce mucha vergüenza y dolor, que sólo lo cuenta porque considera que puede ser útil para el tratamiento de su hija.

Conoce a Lorenzo y con 22 años de edad queda embarazada de Noelia, su primera hija. Con el nacimiento de la niña, la necesidad de mantener relaciones sexuales con su marido se deterioraron significativamente, así comenzó a repetirse la dolorosa historia traumática vivida por Natalia en su infancia, ya que el marido ante esta negativa, obligaba a su esposa a concretar el acto sexual. A pesar de lo esporádico de los acontecimientos, ella no sabía como manejar la situación.

Luego queda embarazada de Marcelo y los abusos cesaron por un tiempo. Al poco tiempo del nacimiento de su segundo hijo, hubo varias veces que Lorenzo obligó a Natalia a tener relaciones sexuales. Había períodos en que sucedían con más frecuencia y otros que ni siquiera tenían contacto físico. Luego, queda embarazada de Tamara producto de una violación de Lorenzo. Natalia nos dice llorando que ella maldijo su embarazo y que no lo deseó en ningún momento, que tuvo sentimientos de odio hacia el bebé que estaba en su vientre durante todo el embarazo; y que recién cuando nació Tamara y la tuvo en sus brazos la quiso como al resto de sus hijos. Destaca nuevamente, que le parece importante aclararnos lo vivido en el embarazo de Tamara por si esto tiene o tuvo alguna influencia en su hija. Además, nos señaló en varias oportunidades, que ella quiere lo mejor para sus hijos y que quiere decirnos toda la verdad para que contemos con su ayuda cuando sea necesario.

Tamara ya tenía un año cuando Natalia logró reunir el valor para pedirle a su marido que dejara su casa, Lorenzo sin ningún problema agarró sus cosas y abandonó la misma. Después de unos meses se enteró que ya estaba saliendo con otra mujer, su actual pareja, llamada Lorena. El episodio de abuso sexual en el que Natalia quedó embarazada de Tamara fue el último abuso que ella sufrió y el que le dio la fuerza para amenazar a Lorenzo que si no se iba de la casa le haría una denuncia en la comisaría. Afortunadamente a los pocos días Lorenzo agarró sus cosas y se fue de la casa. Natalia le dijo a sus hijos que se separaban porque ya no se querían más, pero nunca les mencionó los abusos sexuales que ocurrieron. Pasados cuatro años retomó de a poco el contacto con sus hijos.

Luego conoce a Norberto y rápidamente se va a vivir a la casa de Natalia y los tres hijos. Al poco tiempo queda embarazada de Lautaro y luego de Laura. Según Natalia, Norberto se desempeñaba muy bien como padre con sus dos hijos, jugaba con ellos, los bañaba y los llevaba a pasear. Afirma que Norberto hacía diferencias con sus tres hijos del matrimonio anterior; pero que si bien no mantenían una buena relación, ella sentía que los quería, y sobre todo a Tamara, de los tres ella era su preferida, dado que compartían distintas actividades juntos como hacer compras, llevarla a los cumpleaños que tuviera, entre otras cosas.

Para Natalia, todo parecía ocurrir con normalidad en su hogar, ella no notaba nada extraño en ninguno de los comportamientos de Norberto, ni de sus cinco hijos. Hasta que un día en una discusión con su hijo Marcelo, éste le hace saber que Noelia había sido abusada sexualmente por Norberto.

Natalia relata como se sucedió el develamiento de lo ocurrido: Una tarde Noelia le dice a Marcelo y a Tamara que quería hablar con ellos, que había algo que estaba sucediendo y que la estaba atormentando. Se reúnen los tres hermanos en una de las habitaciones de la casa, dado que no se encontraba nadie más en el hogar, y Noelia comienza a contarles que estaba siendo abusada sexualmente por Norberto y que lo viene haciendo desde hace dos años. Pero que ella le tenía mucho miedo a Norberto y que prefería que su madre no se enterara. Desde ese día y durante varios meses Marcelo y Tamara guardaron el secreto junto a Noelia de lo que estaba sucediendo, hasta el día que Marcelo al discutir con su madre y en ausencia de Norberto, le cuenta las situaciones abusivas que sufría constantemente Noelia. Natalia nos confiesa que si bien no podía creer lo que estaba escuchando, desde ese instante ella no puso en duda lo que le decía Marcelo. Luego de dicha discusión le pidió a Noelia que salieran a caminar para conversar sobre lo ocurrido, y allí su hija le relata no sólo los abusos sexuales que sufría de parte de Norberto, sino también las continuas amenazas para que no dijera nada sobre lo que ocurría entre éste y la menor.

Natalia sin enfrentar a Norberto pero tratando de decidir lo más rápido posible cuales eran los mejores pasos a seguir para que no le hagan más daño a sus hijos, decide enviar a Noelia y a Tamara a vivir a la casa de su madre por unos meses. A los pocos días, Natalia estaba cambiándole la ropa a Laura, cuando ésta le dice que el papá, o sea Norberto, le había tocado la cola. Es en ese momento cuando Natalia entra en pánico y se angustia muchísimo ante lo que estaba descubriendo, al día siguiente lleva al pediatra a Noelia, Laura y Lautaro para una revisión médica, la cual confirma que Noelia ha perdido su virginidad y tiene signos de desgarros. Confirma que Laura y Lautaro no habían sido penetrados por ninguno de sus órganos genitales, pero que no descartaba otro tipo de abusos, ya sea manoseo, sexo oral, penetración dactilar, abuso psicológico, etc.

Natalia llega al servicio de Psicología del Hospital Interzonal General de Agudos por recomendación pediátrica. En un primer momento, viene para que realicen un tratamiento psicológico Lautaro y Laura (sus hijos más pequeños) quienes permanecen bajo un tratamiento desde entonces con una psicóloga del lugar. En dicho tratamiento fueron apareciendo indicios de abuso y los mismos menores llegaron a contar que su papá había abusado de ambos hijos, realizando atrocidades como penetración dactilar, manoseos en sus genitales, haciendo que mientras tocaba a uno, el otro mirase la

situación, en todo momento les decía que lo que hacían era un juego y que sólo entre ellos podían hablar del mismo.

En esa primera visita la coordinadora del área de psicología, Nora Gelassen, asesoró a Natalia y le sugirió que se dirija a la oficina de legales ubicada en la planta baja, que allí recibiría la ayuda necesaria para iniciar acciones legales contra Norberto.

Natalia recibió ayuda en la oficina de legales del Hospital Interzonal General de Agudos donde funciona el departamento de Recursos Humanos, allí fue orientada en cuales fueron los pasos a seguir para que haya una intervención judicial sobre lo ocurrido con Norberto. Natalia tramitó la exclusión del hogar y realizó todo lo indicado y desde entonces se inició una causa por Violencia Familiar, en la misma se presentaron los informes psicológicos y pediátricos solicitados sobre los menores Lautaro y Laura. También se presentó informe medico de Noelia, realizado por ginecología infanto juvenil y aunque fue derivada al área de psicología infantil se negó a recibir ayuda psicológica. Hace un poco más de un año que Norberto está procesado por abusar sexualmente de Noelia, Lautaro y Laura durante dos años. El Juez determinó exclusión del hogar, actualmente se está a la espera de la condena.

Natalia nuevamente concurre al servicio de psicología, otra vez por recomendación pediátrica, para consultar sobre Tamara.

Ante lo expuesto en el apartado 3.1.1, estamos frente a un caso de maltrato intrafamiliar, dado que quién lo produjo estaba dentro del círculo familiar. Tamara durante los siete años que estuvo conviviendo con Norberto, su madre y sus hermanos, fue sometida a muchas situaciones de maltrato físico y psicológico. Guardó silencio sobre los abusos sexuales que Norberto realizó a su hermana Noelia, soporto el padecimiento de vivir cada día con el miedo de que a ella le ocurriese lo mismo y sufrió el daño que Norberto causó a sus hermanos Lautaro y Laura, como a toda su familia.

Quienes debían cuidar de ella, no lo hicieron. El marido de su madre, con el cual convivían, cumplía una función paterna, era el encargado de los cuidados de los niños, debiendo asegurar el bienestar biopsicosocial de los mismos junto a la madre biológica. Norberto por un maltrato activo y Natalia (víctima de violencia) y desde un maltrato pasivo, no pudieron cuidar de Tamara, ni del resto de los hermanos como debieran haberlo hecho.

Como se expresa en el apartado 3.1.2, queda de manifiesto que la familia de Tamara es disfuncional. Como afirma Barudy (1998), el maltrato de niños aparece

cuando en la célula familiar las funciones parentales no están garantizadas; hay algo que hace que los recursos propios de las funciones de “padre” y “madre” se vean desviados.

Existen situaciones trágicas donde la violencia intrafamiliar, y en particular el maltrato hacia los niños, es “un modo de vida” a menudo transgeneracional. Se trata de familias en las que los adultos tienen tendencia a repetir crónicamente comportamientos abusivos y violentos sobre sus hijos, considerando a la violencia intrafamiliar como una manera repetitiva de definir las relaciones interpersonales en el interior de un sistema familiar (Barudy, 1998).

Al comenzar el tratamiento psicológico, la rutina de Tamara era la siguiente: concurría al colegio por la mañana, cursaba quinto grado por segunda vez. La madre contó que desde que está en primer grado recibe observaciones sobre el deficiente rendimiento escolar, pero nunca tanto como ese año que terminó repitiendo consecuencia de la escasa atención que prestaba a las clases, como su incumplimiento en las tareas escolares pedidas por los docentes. Esta situación se pudo revertir en el próximo año dado que le fue muy bien en el colegio y su rendimiento escolar transcurrió sin complicaciones, pasando a sexto grado al finalizar el año.

Por las tardes junto a sus hermanos colabora con las tareas domésticas, a veces también ayuda a su mamá con su trabajo, éste consiste en el armado de bombillas de luz. Luego realiza las tareas del colegio, juega con sus hermanos y mira televisión.

Tamara se vincula poco con su padre Lorenzo, ella lo quiere mucho, pero dice costarle mucho pedirle cosas que necesita. No tiene un régimen de visitas regular, sólo cuando coordinan telefónicamente pasa a buscar a Noelia, Tamara y Marcelo o alguno de los tres. En promedio ve a su papá una o dos veces al mes. Lorenzo discute mucho con Natalia y desde que se separaron nunca mantuvieron una buena relación.

Tamara tiene muchas amigas a las que quiere mucho, le encanta charlar y se considera muy sociable. Se muestra muy desenvuelta, aunque se observa la manifestación de consecuencias psíquicas que se trabajaron en el tratamiento psicológico que se llevó a cabo y que se detallan a continuación.

5.3 Consecuencias Psíquicas

A lo largo del tratamiento psicológico de Tamara se pudieron observar los síntomas que presentaba la paciente y que se detallan a continuación:

En correlación con lo expresado por las autoras Barilari, Beigbeder y Colombo (2005) las cuales detallan las diversas consecuencias psíquicas de niños expuesto a malos tratos, se describen a continuación todos los síntomas que fueron apareciendo a lo largo del tratamiento y que se corresponden a las áreas de comportamiento, de lo cognitivo, de lo físico, de lo social y de lo afectivo:

En relación hacia la persona de Norberto, manifestó mucho enojo y bronca por todo lo que hizo a sus hermanos, a su mamá y a ella. Aparecen sentimientos de ambivalencia, como sentir mucha angustia y bronca por haberlo querido antes de saber lo que le hacía a sus hermanos; aunque manifiesta haber sentido miedo antes de saber lo ocurrido. Cuando la mandaba a ordenar su cuarto o le pedía favores cotidianos, y no los hacía en tiempo y forma según Norberto, éste le pegaba con el cinturón o con la mano, le tiraba del pelo o le gritaba.

Tamara se considera muy nerviosa y refiere no poder controlarlo. Cuando está ante situaciones conflictivas, se llega a desmayar, a veces coincide cuando ve a Norberto por la calle, pero otras veces le pasa ante situaciones más cotidianas, como cuando se está peinando el flequillo y no le sale como ella quiere.

En las sesiones se la observó inquieta cuando relata o recuerda algo relacionado a Norberto, ella es conciente de lo que le pasa, y en varias oportunidades pide disculpas por ponerse nerviosa. En esos momentos de angustia se ven manifestaciones físicas como temblor en los labios, desmayo y fuertes contracturas.

Sufre dolores de cabeza y de panza a diario, recalca que los días que ve a Norberto por la calle, dado que viven en el mismo barrio, o cuando se habla de cualquier tema relacionado a él, le duele mucho más, hasta siente que le va a explotar su cabeza de tanto dolor.

Tamara contó que tiene muchas pesadillas con Norberto pero en ningún momento recuerda lo que sucede en los sueños. Luego de las mismas dice permanecer de muy mal humor el día entero.

Se observó que Tamara posee muy baja autoestima, en varias oportunidades expresó que ella se siente muy fea y gorda, por lo que a veces intenta comer menos para no aumentar de peso. Se considera una persona triste y en varias oportunidades cree tener la culpa de todo y que no sabe el por qué.

Al hablar acerca de su futuro refiere no querer tener novio nunca, menos casarse y tener hijos, por miedo a que le pase lo mismo que a su mamá. Manifestó miedo al

pensar que le puede gustar algún chico en algún momento, como también la posibilidad que la madre conozca a alguien nuevamente.

Tamara expresó en reiterados momentos, la necesidad constante de cuidar de su mamá, de protegerla. Fueron muchos los momentos en donde estuvo preocupada por ella, hasta llegó a manifestar que quisiera ser grande para poder cuidarla y solucionarle las cosas. También mostró una fuerte idealización hacia ella, expresó en muchos momentos del tratamiento todo lo que la adora.

Se observó que presenta conductas sobreadaptadas a situaciones que no son acordes a su edad, mostrando que su capacidad para desenvolverse en ciertas situaciones, corresponde a alguien más adulto en comparación a la media de los niños de su edad.

5.4 Interpretación de las técnicas administradas

Para su evaluación y con el fin de conocer su realidad y ahondar en su personalidad se realizaron diferentes técnicas gráficas, dado que el dibujo es una de las expresiones de comunicación de los niños más habitual.

Como afirman Bunge, Gomar y Mandil (2008) el uso de dibujos son un excelente medio para fortalecer la alianza terapéutica con niños y para vehiculizar la evaluación e intervención cognitiva.

El dibujo es una representación gráfica de un objeto real o de una idea abstracta, que facilita la evaluación diagnóstica, la conceptualización, la psicoeducación y la implementación de las intervenciones (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

A continuación se detallan las interpretaciones de cada técnica administrada a Tamara durante el tratamiento, en las mismas se observa la aseveración de varios de los síntomas detallados anteriormente:

- Dibujo de la persona bajo la lluvia: Se le pidió que dibujara en una hoja una persona bajo la lluvia que se puede observar en el anexo 1. Al terminar el dibujo se le preguntó quien es la persona y Tamara dijo lo siguiente: “Es Javier, tiene 12 años y se siente mal porque está mojado y no hace nada para no mojarse”.

Las autoras Barilari, Beigbeder y Colombo (2006) ante la hipótesis acerca de que el daño sufrido por menores víctimas de maltrato es reflejado en sus producciones

gráficas, encontraron confirmación en las diferencias significativas halladas entre los grupos de niños victimizados y los niños que no sufrieron maltrato en sus investigaciones. Consideran que el gráfico de la “Persona bajo la lluvia” de un niño maltratado impacta al verlo, despertando sentimientos de tristeza y desvalimiento. Por lo general, la expresión de la persona dibujada es de miedo o de tristeza, bocas hacia abajo, ojos apenas graficados, sin vida. La falta de paraguas no se muestra como una forma de disfrutar la lluvia sino como padecimiento, con los hombros y brazos caídos, marcando un desgano corporal. El dibujo realizado por Tamara refleja lo anteriormente expresado, como también la presencia de los indicadores hallados como significativos en los niños maltratados según dichas autoras. A continuación se interpretará el dibujo de Tamara en consecuencia con lo expuesto:

A través del dibujo se puede inferir que Tamara se encuentra bajo mucha presión, siendo esto muy agobiante y estresante para ella; además, no posee defensas como para hacer frente a las adversidades que se le presentan y que las vive como amenazadoras. Aparecen sentimientos de indefensión y mucha angustia, como también una tendencia autoagresiva y la presencia de dolencias somáticas muy marcadas.

La niña no se siente sostenida por alguna otra persona, y aparecen signos de pobreza en sus propios recursos internos como para poder enfrentar las situaciones estresantes. Aparecen indicadores de sentimientos de culpa, inseguridad y una preocupación excesiva. La modalidad defensiva predominante es la de aislarse y disociarse para protegerse del mundo exterior (Barilari, Beigbeder & Colombo, 2006).

- Dibujo de la Familia Kinética: Se le solicitó que dibujara a su familia haciendo alguna actividad, el mismo se puede observar en el anexo 2. El dibujo que realizó Tamara es llamativo en varios aspectos. Por un lado, no dibujó a ningún padre, alterando el orden jerárquico y lo mayormente esperado para una niña de su edad. Por otro lado, se puede observar en la totalidad del dibujo que dedicó mucho más espacio a las condiciones climáticas que a los integrantes de la familia. Los autores Esquivel, Heredia y Lucio (1999) señalan que en la relación dinámica entre los miembros de la familia y el ambiente, se observa un sentimiento de inferioridad e inseguridad vinculado a los individuos y en relación con el ambiente, éste ocupa más de la mitad de la hoja, mientras que los personajes de su familia están en un cuarto de hoja.

Tamara dibujó en un primer lugar al sol, la nube y las gaviotas, luego al primer integrante de la familia, a su hermana Noelia, a quién le realizó gran cantidad de

detalles, siendo la figura que más resaltó en el dibujo. Lo expuesto indicaría que es la integrante familiar que más valora y en la cual se siente identificada. En un tercer lugar dibujó en una pileta al aire libre a sus hermanos Laura y Lautaro y por último se dibujó a ella nadando boca abajo, signos de una fuerte desvalorización propia (Esquivel, Heredia & Lucio, 1999).

De los integrantes que viven en el mismo domicilio, omitió a su mamá y a su hermano Marcelo, cuando se le preguntó por ambos dijo que su mamá estaba trabajando y que su hermano se había ido con los amigos. También omitió a su papá, comentando que él vivía en otra casa. Según los autores Esquivel, Heredia y Lucio (1999) la supresión de algún miembro de la familia indicaría ser una defensa conciente para negar la realidad que produce ansiedad o conflicto; como una desvalorización hacia ellos y la presencia de problemas importantes en el vínculo. En relación a la ausencia de su hermano, ésta podría estar indicando una rivalidad con él, de todas formas es mucho más llamativa la ausencia parental.

A través de este dibujo y en relación a lo expresado por los autores Esquivel, Heredia y Lucio (1999) se infiere que Tamara es una persona que posee sentimientos de culpa, una pobre imagen de sí misma y una perturbación de las relaciones interpersonales vinculadas a la inhibición de los sujetos que componen su familia, marcando una gran distancia emocional hacia ellos. Se infieren indicadores de tendencias regresivas, apegándose al pasado; como una tendencia a la violencia, a la depresión y apatía. Tamara se muestra apegada a lo concreto y a lo sólido, aparecen indicadores que afirman que es una persona espontánea y sensible al ambiente.

- HTP (Test de Casa, árbol y persona): Se le pidió a Tamara que dibujara una casa, un árbol y una persona distribuidos como ella quisiera, el mismo se puede apreciar en el anexo 3. En un primer momento dibujó a una niña, primero la dibujó triste y gorda y a continuación dijo “pobre nena”, le borró la panza, y luego borró la boca y le realizó una sonrisa. Al finalizar el dibujo se le pidió que cuente una historia sobre el mismo y relató lo siguiente:

“Había una vez una niña que se llamaba malhumor y tenía 8 años. Ella estaba jugando en su patio y comiendo manzana y de repente pasa una señora dirigiéndose a la casa embrujada de al lado, ella se asustó y le dijo que le iba a avisar y decirle que estaba prohibido pasar a esa casa y

la señora era sorda y no podía escucharla, pasaron cinco días y la señora no salía, después a la nena se le dio por ir a buscarla y la señora no estaba y mal humor se puso furiosa de malhumor”.

Tradiciones psicológicas consideran como positivo el uso de técnicas narrativas en la terapia infantil, las mismas “transmiten realidades psicológicas fundamentales”. Además, las historias son una herramienta primordial y aparecen de forma natural en sus juegos. El enfoque Cognitivo - Conductual lo utiliza poniéndole énfasis en la resolución de problemas, la percepción de las relaciones, la visión del entorno y las afirmaciones sobre sí mismos. Se puede obtener mucha información observando los patrones de pensamiento, los métodos de resolución de los problemas y las reacciones emocionales de los personajes imaginarios de los niños (Friedberg & McClure, 2005).

Según el autor Hammer (1997), se infieren las siguientes interpretaciones:

A través de este dibujo se puede decir que Tamara posee una pobre imagen de sí misma, pero con una buena organización del esquema corporal. Aparecen indicadores que marcan un fuerte aislamiento, evitando el contacto social. Se muestra una tendencia a la negación y una dificultad para conectarse con la realidad. Si bien puede controlar sus impulsos, aparecen rasgos de agresión en ella. En relación al vínculo materno y a las relaciones familiares en general, se observa una marcada distancia emocional.

- Inventario de Frases Revisado (IFR): Para realizar esta técnica se le explicó a Tamara que se le leerían varias frases y que ella debía escoger por sí o por no según su opinión y si quería podía hacer algún comentario al respecto.

Según la investigación de las autoras Barilari, Beigbeder y Colombo (2007), esta es una técnica constituida a partir de frases espontáneas de niños maltratados. Las mismas muestran los sentimientos asociados al trauma, sus percepciones, sus distorsiones cognitivas, como también reflejan los síntomas asociados al abuso y maltrato infantil. Este inventario permite medir el impacto del trauma y detectar cuales son las áreas que resultaron más afectadas.

Para la evaluación de esta prueba se deben tener en cuenta los 46 indicadores, pero hacer hincapié en los 10 indicadores altamente significativos que alertan al evaluador sobre la posibilidad de que el niño evaluado haya estado en un lugar de víctima de algún tipo de maltrato infantil. Los otros 36 indicadores deben ser tenidos en

cuenta en una evaluación cualitativa, dado que responden a perturbaciones que se pueden encontrar tanto en la población general, como en la muestra de niños víctimas de maltrato y abuso.

Tamara indicó 7 de las 10 frases significativas. A continuación se enumeran, subrayando las que ella señaló en la administración de esta técnica:

- Todo el tiempo me molestan recuerdos de cosas feas que me han pasado.
- Me gusta quedarme sola con mi papá.
- Confío que mi papá no me va a lastimar.
- Me da mucho miedo la noche.
- Estoy triste porque todo me sale mal.
- Pienso que el sexo es algo malo.
- Me asustan los ruidos.
- Cuando estoy furioso me descargo con chicos menores que yo. (aclaró que lo hace con sus hermanitos)
- Hago todo mal.
- Tengo la culpa de todo. (luego de marcarla dijo “a veces”)

Las autoras señalan que este instrumento es muy útil para acompañar y ayudar al relato del niño víctima de malos tratos. Fue creada con el fin de que el profesional puede utilizar una técnica psicológica que respalde su trabajo y le permita demostrar la presencia de indicadores que denoten el deterioro psíquico producido por las experiencias traumáticas vividas por el menor (Barilari, Beigbeder & Colombo, 2005).

5.5 Intervenciones terapéuticas en el tratamiento desde el Modelo Cognitivo - Conductual

Es destacable que durante el tratamiento Tamara se mostró predispuesta a trabajar en todo momento. No se observaron grandes dificultades para vincularse y expresar lo que siente en el contexto terapéutico. Siempre llegó entusiasmada y a horario, manifestando que en la semana pensaba mucho en volver a venir nuevamente.

En la primera sesión se le explicó en que consistiría el tratamiento y lo importante que sería que ella confiara en el mismo. Se logró armar un buen vínculo terapéutico a partir de esa sesión y en el avance de los encuentros. Así fue que Tamara se mostró comprometida con el tratamiento desde un principio, facilitándolo y haciendo que el mismo fluya de un modo ameno y saludable.

Por supuesto, y en correlación a lo planteado por las autoras Barilari, Beigbeder y Colombo (2007), lejos de ser una indagatoria, la entrevista psicológica pretende acercarse del modo mas contenedor posible a las problemáticas que sufre una persona, facilitándole desde un especial modo de abordaje para que pueda comunicar la naturaleza de sus sufrimientos.

A lo largo del proceso y como se dio a conocer anteriormente, se le administró a la paciente varias técnicas psicométricas y proyectivas. Se trabajó mucho con el diálogo y con la explicación de las afirmaciones expuestas en el desarrollo del marco teórico, y con el fin de ir elaborando cada objetivo del tratamiento en pos de su bienestar psicoemocional y en ir disminuyendo los síntomas de Tamara.

Durante el tratamiento psicológico siempre se trabajó con Tamara desde el Modelo Cognitivo – Conductual, manteniendo presentes todos los aspectos que dicha corriente postula y que fueron explicados en el marco teórico.

Como plantean los autores Friedberg y McClure (2005) se trabajó desde donde la terapia cognitiva-conductual establece de manera explícita que el terapeuta debe ser capaz de transmitir una actitud empática, de implicación, cálida y genuina. Siendo el terapeuta activo e interaccionista, buscando la colaboración del paciente. Siempre se trabajó partiendo del modelo de estructura de sesión expuesta por dicho modelo, la cual consta de seis componentes fundamentales:

- La valoración del estado de ánimo o de los síntomas del paciente. Esto proporciona al terapeuta información sobre como está el paciente, además, ayuda al menor a reflexionar sobre su propio estado de ánimo y sus conductas, haciendo que identifique sus emociones y pensamientos.

- La revisión de las tareas para la casa, si es que las hubo, para chequear si las realizó, si lo hizo de un modo completo o incompleto, revisar su contenido y observar la reacción que le han provocado. Las mismas le permiten al niño practicar las habilidades importantes para reducir sus síntomas y mejorar su estado de ánimo; también el proceso de revisarla comunica el interés del terapeuta por sus emociones, pensamientos y reacciones del niño respecto a cada temática.

- El establecimiento de la agenda u orden del día esbozada con anterioridad por parte del terapeuta implica la identificación de los asuntos o temas que se van a tratar en la sesión, la misma se comparte con el niño al comenzar la sesión para evitar que sienta que se le impone lo que se va a desarrollar, también se le da la oportunidad de que diga lo que opina y si considera que hay alguna otra temática que le gustaría abordar.

- El contenido de la sesión, las palabras y frases que escogemos influyen en la comprensión de los niños, por ello, se debe tener cuidados en el lenguaje empleado. Dicho contenido se procesa utilizando diversas técnicas como la empatía, el diálogo socrático, la resolución de problemas o los experimentos conductuales.

- Las tareas para la casa para la sesión siguiente, éstas ocupan un lugar central en la terapia cognitiva-conductual y son una consecuencia natural del contenido de la sesión. El objetivo del terapeuta es que la tarea sea significativa para el niño y que le motive a seguir con el proceso terapéutico.

- La retroalimentación del paciente de lo trabajado en la sesión, para ello se le pregunta al niño lo que le ha servido, lo que no le ha servido para nada, o si hubo algo que le molestó de la sesión. Esto hace que se eviten las percepciones erróneas, las insatisfacciones o las distorsiones del tratamiento, haciendo que el vínculo entre paciente y terapeuta siga solidificándose y no se entorpezca el proceso psicológico.

La estructura de la sesión tiene una función de contención en los niños, proporcionándoles un formato organizado para la expresión y modulación de los pensamientos y emociones que le provocan malestar. Además, aumenta la sensación de control del niño haciendo que disminuya su sensación de imprevisibilidad, haciendo que se implique y participe más en el tratamiento (Friedberg & McClure, 2005).

A continuación se detallarán intervenciones puntuales que se llevaron a cabo en el tratamiento y que se correlacionan con la metodología de abordaje desarrollada anteriormente, como ser la postulación de que los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta. Como afirman los autores Bunge, Gomar y Mandil (2008), se considera que los individuos responden al significado adjudicado a las situaciones, más que a los eventos en sí mismos. Esto equivale a decir que “lo que se piensa puede determinar lo que se siente”, estos pensamientos pueden determinar y o agravar los estados de ánimo o la sintomatología. Por ende, y con el fin de hacer flexibles los modos patológicos del procesamiento de la información, ya que no padecemos por las situaciones en sí, sino por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos; como también con el fin principal de disminuir los síntomas en Tamara se realizó un trabajo exhaustivo con los pensamientos y emociones de la niña para que pueda elaborar las situaciones de maltrato a las cuales estuvo expuesta, como también abordar los objetivos específicos expuestos en el marco teórico por los autores Agosta, Barilari y Colombo (2008), los cuales se basan en el desarrollo de los siguientes

aspectos: Realismo – Contrarrestar la negación – Elaborar el sentimiento de culpa, impotencia y rabia - Duelo y reconstrucción de los vínculos.

Con el objetivo de entender y aceptar que las personas tenemos problemas, como también reconocer todos los factores que intervienen, se le explicó a Tamara lo planteado por los autores Bunge, Gomar y Mandil (2008), los cuales exponen los distintos factores que intervienen en los problemas y se interrelacionan entre sí:

- Lo que nos rodea (familia, escuela, amigos): lo que pasa en la propia familia, con los hermanos, en la escuela, con los amigos, en el barrio donde se vive, en el país, etc. Todo este contexto puede influir en como nos sentimos. En el caso de Tamara, se le puso como ejemplo, toda la violencia ejercida por Norberto.

- Los pensamientos: Todo lo que nos pasa por la cabeza, las mismas pueden ser frases como por ejemplo “soy muy malhumorada”, o pueden ser imágenes como por ejemplo: ver a Norberto entrando a tu casa nuevamente.

- Las emociones: Son muchas las que se pueden sentir, pero en el caso de Tamara, se ejemplificó con la emoción: miedo.

- Las conductas: Las cosas que se hacen y las que se dejan de hacer, lo que se les dice a los demás, la forma que se suele reaccionar ante un problema. Como por ejemplo: gritarle a la mamá.

- Las sensaciones físicas: Nuestro cuerpo suele cambiar cuando se está frente a un problema, sintiendo sensaciones físicas que en otros momentos no se tienen. En el caso de Tamara, se habló de sus palpitaciones y desmayos.

- La familia: Todas las personas que viven en un núcleo familiar pueden ser influidos por lo que dicen y hacen los demás como por ejemplo: - si constantemente escuchas a tu mamá preocuparse excesivamente por los maltratos y abusos realizado por Norberto, es probable que vos también empieces a preocuparte de la misma manera.

De todos estos factores que se relacionan entre sí, lo más fácil de modificar son los pensamientos, y por ende, luego se modificarían los factores: emoción, conducta y sensaciones físicas; dado que lo que pensamos sobre nuestros problemas influye en lo que sentimos y lo que hacemos.

Cuando nos acostumbramos a pensar las cosas de una misma manera, interpretamos todo desde esa óptica; muchas veces estas formas de pensar hacen que uno se sienta mal. Pero como ante una misma situación uno puede interpretar de diferentes maneras, el objetivo es hacer un ejercicio para aprender a cambiar la mirada,

la interpretación de las cosas, la forma de pensar, o sea las ideas o creencias firmes que las personas poseen de uno mismo o de otros.

Si pensamos que estas creencias firmes que cada uno posee son como anteojos que usamos y desde los cuales vemos la vida, se trabajó con Tamara con los tres tipos de anteojos que suelen generar problemas según los autores Bunge, Gomar y Mandil (2008):

- Antejos Catastróficos: representan por ejemplo las siguientes creencias:
 - Todo es peligroso.
 - No me puedo defender.
 - No puedo resolver los problemas.
 - Me puede pasar algo.
 - Me van a criticar.
 - Soy débil, frágil.
- Antejos Oscuros: representan por ejemplo las siguientes creencias:
 - Soy un inútil
 - Todo me sale mal.
 - Nadie me quiere.
 - No sirvo para nada.
 - Fue culpa mía.
- Antejos Espejados: representan por ejemplo las siguientes creencias:
 - Me odian.
 - La culpa es de ellos.
 - Están todos contra mí.
 - Me tienen hartos.
 - Me lo hacen a propósito.

La idea es comprender que sucede si utilizas todo el tiempo algunos de los tres tipos de anteojos, la misma forma de ver el mundo; y que pasa si los cambias por unos más claros:

Si te quedas con los anteojos puestos todo el tiempo:	Si cambias los anteojos por unos más claros:
<u>Antejos Catastróficos</u> : Si te quedas con estos anteojos puestos es posible que vivas muy nervioso o con muchos temores.	Es posible vivir más tranquilo y relajado.

<u>Anteojos Oscuros</u> : Si te quedas con estos anteojos puestos es posible que vivas de mal humor, triste, sin muchas ganas de hacer cosas y sin disfrutar todo lo que podrías de las cosas que te pasan.	Es posible vivir más contento y alegre.
<u>Anteojos Espejados</u> : Si te quedas con estos anteojos puestos es posible que vivas enojado, con bronca y peleándote con muchas personas.	Es posible vivir con menos peleas, llevándose mejor con las personas que nos rodean.

La idea de lo desarrollado anteriormente, es comprender que más allá de las experiencias traumáticas que Tamara haya vivido en su vida, puede realizar modificaciones en algunas creencias que la atormentan como ser:

- Pensar todo el tiempo que Norberto puede llegar a volver a su casa y hacerles daño a algunos de los integrantes de la familia.
- Pensar que es culpable de no haber podido cuidar a su mamá y hermanos.
- Pensar que es muy fea y gorda.
- Pensar que no quiere tener en un futuro novio, casarse y tener hijos.
- Pensar que su mamá tampoco tiene que tener una pareja nuevamente.

Con el fin de realizar un entrenamiento en el reconocimiento de las emociones, poder diferenciarlas y nombrarlas para luego asociarlas con las molestias somáticas que se generan en el cuerpo, se le pidió a Tamara que elija un color para cada una de las emociones siguientes: alegría, tristeza, felicidad, perdón y bronca. Para la alegría eligió el color bordó, para la tristeza el negro, para la felicidad el amarillo, para el perdón el azul y para la bronca el rojo. Luego se le dio una hoja en donde había dibujada una persona, se le pidió que agarrara cada color representante de cada emoción y marcara en el cuerpo de la persona en donde ella lo siente:¹

- Color de la alegría (bordó): pintó el tronco de la persona y luego realizó un círculo englobándola.
- Color de la tristeza (negro): pintó los brazos y manos de la persona, un punto en la frente y en el estómago realizó una cara y la boca la hizo con este color.

¹ El dibujo se puede observar en el anexo 4.

- Color de la felicidad (amarillo): pintó la boca, el contorno de la cabeza y el pelo.
- Color del perdón (azul): pintó los ojos de la cara que realizó en el estómago de la persona.
- Color de la bronca (rojo): pintó las piernas, la nariz de la cara del estómago y un punto en la frente de la persona.

Luego hablamos de la relación que existe entre las diferentes emociones y lo que éstas generan en su cuerpo y como hacer para minimizar lo más posible, aquellas emociones que se apoderan de Tamara habitualmente y sobre todo cuando piensa, escucha o ve algo vinculado a lo ocurrido con Norberto. Ella las considera emociones “feas” de sentir y son el enojo, la bronca, el miedo y la tristeza.

Ante esto, se le enseñó una grilla de “Señales de alarma”² para identificar los pensamientos que activan las emociones, luego lo que sucede en el cuerpo y como poder pensar alternativas para que el desenlace sea diferente. Se trabajó específicamente con el enojo, como se va de control, se transforma en furia y se desencadenan una sucesiva de molestias somáticas que hacen que Tamara llegue a sentir dolores de cabeza y o panza, mareos, nervios, o llegue a desmayarse.

Se le explicó a Tamara lo que plantean los autores Bunge, Gomar y Mandil (2008) sobre el enojo, una emoción que funciona como una alarma que nos avisa cuando estamos viviendo situaciones injustas, cuando nuestras necesidades no son tenidas en cuenta y que deberíamos hacer algo para luchar, con firmeza pero sin agresión, por aquello que necesitamos y pensamos que es justo y correcto. La idea es que cuando aparezca el enojo se pueda lograr desactivarlo y no llegar a que explote y salir lastimado. Entonces, el primer paso, consiste en que ella identifique cuales son las señales de alarma que aparecen antes de llegar a explotar:

- Primero nos conectamos con los pensamientos: Tamara enumeró: “odio a Norberto”, “¿por qué nos lastimó?”, “lo quiero matar”.
- Segundo que siente en el cuerpo: “un nudo en el estómago”, “el labio me empieza a temblar”, “la cabeza empieza a latir”, “me empiezo a marear” y luego cuenta que no se acuerda más, en ocasiones se llega a desmayar, sino le queda doliendo la cabeza y o la panza todo el resto del día y con muy mal humor, enojada con todos.

² La grilla de “Señales de alarma” se puede observar en el anexo 5.

- Luego se le preguntó como es en ese momento su forma de hablar, a lo que Tamara contestó: “hablo de malos modos, con tono de enojada”.

- A continuación se le propuso que en las diferentes situaciones aprenda a medir la “temperatura de su enojo”, a penas ella sienta que está enojada, pensar del 1 al 10 cuán enojada está, cada puntuación coincide con distintas expresiones: 1- Totalmente en paz, 2- Todavía tranquila, 3- inquieta, 4- Algo malhumorada, 5- Molesta, 6- Enojada, 7- Muy enojada, 8- Furiosa, 9- Descontrolada y 10- Exploté.

- Luego la propuesta fue que use estrategias para bajar la intensidad de su enojo, las mismas se crearon en conjunto entre paciente y terapeutas y se detallan a continuación:

- Respirar profundamente.
- Hablarse a ella misma, diciendo que tiene que bajar la temperatura de su enojo.
- Hacer alguna cosa que le gusta como ir a pintar, ver la televisión, ir a escribir a su diario íntimo, llamar por teléfono a alguna amiga.

- Por último, se le pidió a Tamara que lo pusiera en práctica fuera del ámbito terapéutico y luego cuente si le resultó. Toda esta ejercitación fue de mucha utilidad para Tamara, si bien siguió sintiendo enojo en muchos momentos, desde entonces no se llegó a desmayar. Dice que pudo lograr controlar la intensidad de su enojo en varias oportunidades.

La idea central de este tipo de ejercitación consiste en lograr que la persona pueda cambiar el foco, dado que al prestar atención a otros factores, como pensar en que nivel de intensidad está el enojo que estás sintiendo en ese momento, hace que inevitablemente el paciente redireccione su atención y disminuya lo que está sintiendo.

Se trabajó junto a Tamara en un proceso que duró 20 sesiones entre los meses de agosto y diciembre de 2008, hasta entonces fue notable su evolución. En varias oportunidades ella manifestó entender que la persona no es un ser aislado, sino que hay una interacción constante entre el entorno, los pensamientos, las emociones, las conductas y las sensaciones físicas, postulación fuerte de la Terapia Cognitiva – Conductual y desde la cual se trabajó mucho para que ella pueda controlar sus síntomas y que de a poco puedan cesar.

Luego de las intervenciones mencionadas y aplicadas se observaron muchos avances en cuanto a la disminución o desaparición de muchos de los síntomas que presentaba al comenzar el tratamiento. Tamara no sufrió más desmayos, si bien sigue sintiendo mucha bronca hacia Norberto, pero mediante las estrategias creadas junto a ella se pudo disminuir la intensidad del sentimiento. Disminuyeron también los diversos dolores que padecía cotidianamente Tamara, como ser los dolores de estómago o de cabeza, durante los últimos meses los padecimientos eran mucho más esporádicos y no tan intensos.

Tamara pudo reformular muchos de sus pensamientos que la atormentaban, como ser la ambivalencia de pensar que había querido mucho a Norberto y que esa misma persona haya sido quien lastimó mucho a ella y a su familia. Asimismo pudo entender que no está mal que haya querido a Norberto y que se entiende su dolor, que ella sufrió una pérdida y que hay que atravesar un proceso de duelo, entendiendo que no debe sentir culpa por la ambivalencia de sentimientos, dado que estos son parte en los maltratos intrafamiliares.

Todas las intervenciones realizadas en el tratamiento de Tamara fueron abarcativas y en correlación a las herramientas abordadas desde el modelo psicológico trabajado, el Cognitivo – Conductual, pudiendo avanzar progresivamente y de un modo eficaz según las observaciones por parte de las psicólogas, como también por lo expresado por la paciente y su madre.

6. Conclusión y Discusión

Los niños, tanto de los países ricos como de los países pobres, sufren la incapacidad del mundo adulto para crear contextos con justicia social, sin violencia ni exclusión social. En la actualidad hay una deuda pendiente con las víctimas de violencia porque todavía sus sufrimientos no fueron reconocidos y porque los recursos para apoyarlos son insuficientes (Barudy & Dantagnan, 2005).

No es novedoso en la historia de la humanidad el maltrato hacia los niños, como tampoco lo son los efectos que tales situaciones de violencia generan en las personas. Actualmente es impensable evitar esta temática entre los profesionales de la salud, como saber que la niñez en riesgo es un motivo de debate entre diversas disciplinas y en muchos lugares del mundo.

Lejos de ser una tarea sencilla trabajar con el maltrato y el abuso infantil, y de acuerdo a los autores Barudy y Dantagnan (2005), hay que destacar el esfuerzo y el compromiso de miles de profesionales, así como la enorme valentía de las víctimas, que han logrado grandes avances en la ayuda a aquellos que sufren la violencia. Pero no hay que olvidarse que hasta el momento las clases políticas no han estado a la altura de la problemática y es necesario que ante esto haya un cambio radical.

Por último, y como destaca Barudy (1998), sería de suma importancia poder obtener una colaboración mutua entre dos mundos, los servicios judiciales y terapéuticos, dado que ambos han sido concebidos para una tarea fundamental, la protección de la vida de las personas. Ante esto, se destaca que lo más importante de este entendimiento es el de poder establecer canales de diálogo que permitan la colaboración en pos de lograr la gran finalidad común que poseen, y es el respeto de los derechos del niño.

En cuanto al caso clínico único desarrollado, se abordaron junto con Tamara muchos aspectos fundamentales a lo largo del tratamiento, el cual en diciembre de 2008 fue interrumpido por las fiestas de fin de año y las vacaciones de verano; en ese momento se le pidió a Natalia que en el mes de febrero se vuelva a comunicar para que Tamara y sus hermanos menores (Laura y Lautaro) retomaran sus respectivos tratamientos. Natalia hasta el momento nunca más llamó al servicio de psicología del Hospital.

Ante esto, destacamos la importancia que hubiese tenido la continuidad del tratamiento en Tamara, dado que quedaron muchas temáticas por seguir indagando y resolviendo, por lo que la limitación fundamental en el presente caso clínico se vincula con todas aquellos aspectos que quedaron pendientes y que no se abordaron por el abandono del mismo. De todos modos, hubo dificultades en el tratamiento de Tamara que a continuación se detallan:

Una de las mayores dificultades que tuvo el tratamiento de Tamara fue la resistencia que presentó su madre Natalia para realizar su propio tratamiento psicológico. La coordinadora del servicio desde el primer día le sugirió y le marcó lo fundamental que sería para sus hijos que ella hiciera su propio trabajo terapéutico, pero Natalia siempre decía que lo iba a comenzar y no lo hacía. En consecuencia, todo el tiempo Natalia depositaba en sus hijos la problemática y ella quedaba siempre “boyando” sin hacerse cargo de sus dificultades y de su propia historia. Esta situación

afortunadamente se revirtió, dado que luego de expresarle en reiteradas oportunidades la gran importancia que tendría el abordar su propio trabajo psicológico, y de explicarle como el mismo repercutiría favorablemente en sus hijos, Natalia comenzó su tratamiento psicológico con el equipo de violencia familiar que funciona en la oficina de legales y depende de derechos humanos del Hospital Interzonal General de Agudos . Actualmente dicho tratamiento también está suspendido.

Como explican los autores Barudy y Dantagnan (2005) un porcentaje significativo de los padres y madres que violentan a sus hijos fueron precisamente niños o niñas maltratados que no fueron adecuadamente protegidos ni ayudados. Los niños maltratados que no reciben una protección adecuada y coherente pueden manifestar sus sufrimientos con comportamientos violentos hacia los demás o hacia ellos mismos.

Otra dificultad que se presentó fue que ante la sospecha de Natalia de un posible abuso sexual de Norberto hacia Tamara, la misma insistió de un modo obsesivo a su hija para que contase todos sus secretos, todo lo que había vivido. Ante esto, se le explicó en reiteradas oportunidades, que cada niño tiene sus propios tiempos, que si bien es apreciable que ella busque la confianza en su hija y que es muy saludable que ésta sepa que puede contar con su madre, no era necesaria tanta insistencia cotidiana que hacía que Tamara llegara a veces a la sesión, diciendo que ella sentía mucha presión de parte de su mamá y que sí bien confiaba en sus terapeutas, ella pensaba que había cosas que no tenía porque contarlas, que sólo las sabía su diario íntimo y que cuando ella quisiera las iba a revelar. Ante esto, siempre se le dijo que debía tomarse todo el tiempo que sintiera que fuera necesario para contar aquellas cosas que dijo no contar. Lamentablemente, este es un tema fundamental que quedó inconcluso.

Otra limitación encontrada es en relación al papá de Tamara, Lorenzo, ya que nunca quiso asistir a una sesión, se le envió en varias oportunidades solicitudes para que se comunicara o se presentara en el servicio, pero nunca contamos con su presencia. Cabe destacar que hubiese sido de mucha utilidad y beneficio que el se comprometiera con el tratamiento psicológico de su hija.

Por otra parte, hubiese sido de suma importancia tener la posibilidad de trabajar con toda la familia como sistema, realizando algún tipo de intervención familiar en el tratamiento de Tamara con el fin de restablecer su organización jerárquica. Como señalan los autores Bunge, Gomar y Mandil (2008) lograr que los padres se conviertan en una fuente de ayuda y contención de sus hijos. Los niños dependen de sus padres, tutores y allegados significativos; y éstos pueden influir en los menores, dado que sus

esquemas cognitivos y estilos de afrontamiento están todavía en formación y son permeables a influencias.

Finalmente se considera la posibilidad de que todas las limitaciones y dificultades encontradas sean tenidas en cuenta para delinear un futuro tratamiento psicológico de Tamara.

Pero como explican los autores Friedberg y McClure (2005) una formulación provisional debe ser la guía que oriente el plan del tratamiento futuro, el cual es diferente en cada paciente porque tiene en cuenta las características y circunstancias únicas de cada niño, dicha formulación nos da la información necesaria para saber cuándo recurrir a las técnicas cognitivo-conductuales tradicionales y cuando modificar con creatividad estos procedimientos. Ante esto, el equipo de psicología infantil del Hospital pensaba continuar el tratamiento teniendo en cuenta los siguientes aspectos a abordar en el proceso psicológico de Tamara:

- Trabajar en mayor profundidad la autoestima y su autoimagen, dado que ella se consideraba muy fea y gorda.
- Profundizar y reparar el vínculo futuro con los hombres.
- Ocuparse del vínculo simbiótico con su madre y su alto nivel de exigencia.
- Lograr un trabajo familiar con aquellos integrantes disponibles y comprometidos.
- Seguir trabajando el sentimiento de enojo que le produce todo el maltrato realizado por Norberto.
- Continuar con el trabajo de todos los pensamientos, emociones, conductas, sensaciones físicas que Tamara vaya manifestando.
- Todas las temáticas que vayan surgiendo en el mismo tratamiento, como lo que Tamara traiga a la sesión, ya sea sus inquietudes o que exprese lo que no ha dicho hasta entonces, más las cuestiones que vayan considerando pertinentes las profesionales.

En correlación con lo afirmado por los autores Friedberg y McClure (2005), vale destacar que los profesionales que estén frente a un caso clínico deben tener una actitud abierta, preguntándose continuamente qué otra interpretación se podría hacer de los datos obtenidos y de los que van surgiendo, para ir reestructurando continuamente de un modo dinámico el tratamiento psicológico que se esté llevando a cabo.

7. Referencias Bibliográficas

- Agosta, C., Barilari, M. & Colombo, R. (2008). *Abuso y maltrato infantil. Tratamiento psicológico*. Buenos Aires: Cauquén Editora.
- Almonte, C., Correa, A. & Montt, M. E. (2003). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Chile: Mediterráneo.
- Arruabarrena, M. I. & De Paúl, J. (2005). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y Tratamiento*. Barcelona: Pirámide.
- Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Prentice-Hall.
- Barilari, Z., Beigbeder, C. & Colombo, R. I. (2005). *Abuso y maltrato infantil. Inventario de frases revisado (2ª Ed.)*. Buenos Aires: Cauquen Editora.
- Barilari, Z., Beigbeder, C. & Colombo, R. I. (2006). *Abuso y maltrato infantil. Indicadores en "Personar bajo la lluvia" (2ª Ed.)*. Buenos Aires: Cauquen Editora.
- Barilari, Z., Beigbeder, C. & Colombo, R.I. (2007). *Abuso y maltrato infantil. Pericia forense y entrevista inicial institucional*. Buenos Aires: Cauquen Editora.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, A. (1985). *Desordenes de ansiedad y fobias: Una perspectiva cognitiva*. Nueva York: Plenum Press.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Akadia.

- Chaves Paz, M. I. & Querol, S. M. (2000). *Adaptación y aplicación Del test de la persona bajo la lluvia* (2ª ed.). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Chazenbalk, L. (1998). *Psicología Cognitiva: enfoque teórico- práctico*. Buenos Aires: E.C.U.A.
- DeMause, L. (1994). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza editorial.
- Ellis, A. (1962). *Razón y emoción en psicoterapia*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Esquivel, F., Heredia, C. & Lucio, E. (1999). *Psicodiagnóstico clínico del niño* (3ª Ed.). México: Manual Moderno.
- Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Conceptos esenciales. Buenos Aires: Paidós.
- Gerson, R. & Goldrick, M. (1985). *Genograms in Family Assesment*. Nueva York: Naton Company.
- Hammer, E. (1997). *Tests Proyectivos Gráficos: Interpretación del contenido de la técnica proyectiva gráfica Casa-Árbol-Persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Kempe, H. C. (1985). *Niños maltratados* (3ra. ed.). Madrid: Morata.
- López Sánchez, F. (1995). *Necesidades de la infancia: respuesta familiar*. Salamanca: Amarú.
- Minuchin, S. (1980). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.

8. Anexos

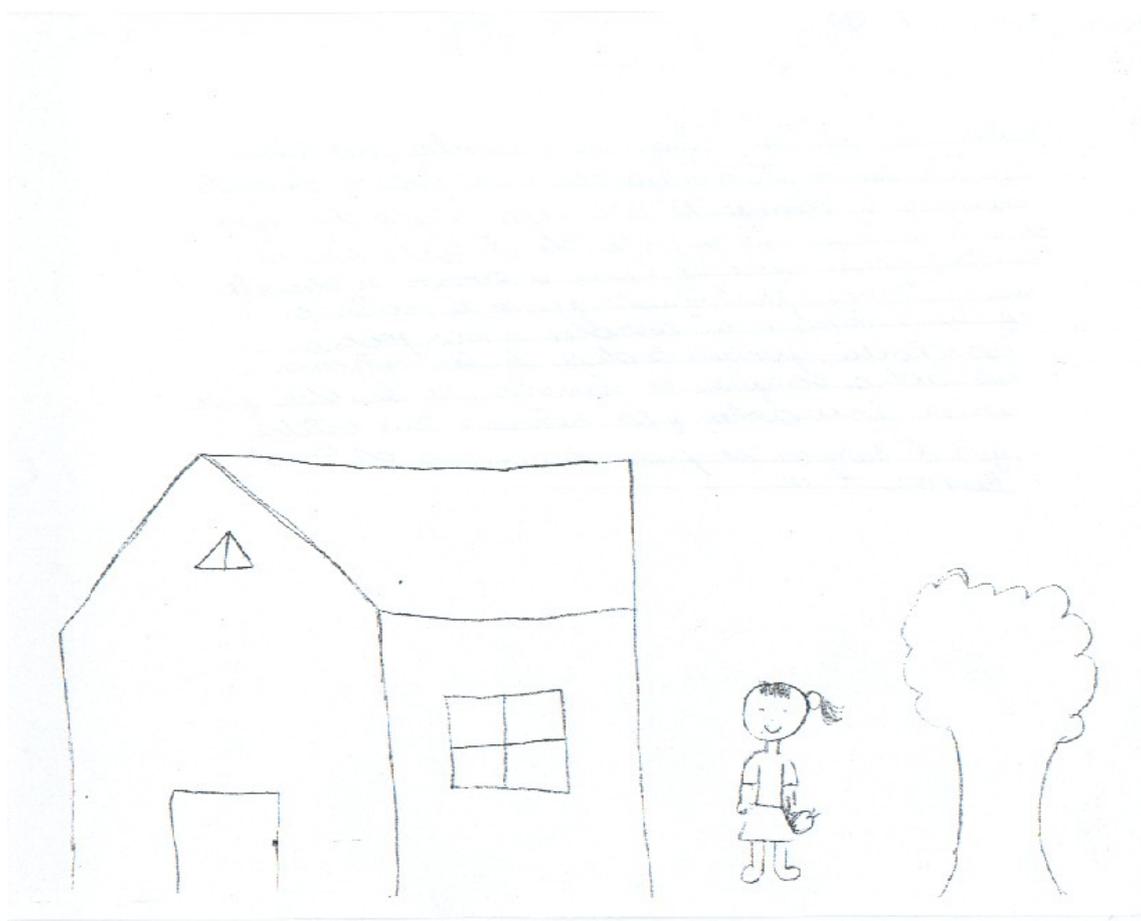
Anexo 1 – Persona bajo la lluvia



Anexo 2 – Familia Kinética



Anexo 3 – HTP (Casa – Árbol – Persona)



Anexo 4 – Dibujo de las emociones



Anexo 5 – Grilla “Señales de Alarma”

Señales de Alarma 	
Pensamientos	<p>Odia a Norberto ¿Por qué nos lastimó? Lo quiero matar</p>
Cuerpo	<p>Un nudo en el estómago El dolor me empieza a temblar La cabeza empieza a latir</p>
Forma de Hablar	<p>↳ me empieza a marear. Habla de malos sucesos, con tono de enojada.</p>