

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

PRÁCTICA Y HABILITACIÓN PROFESIONAL
PLAN TFI

**Título: Tratamiento de un caso de Abuso Sexual Infantil desde la Terapia
Sistémica**
Alumna: Sánchez, Gladys

ÍNDICE

Índice.....	2
Introducción.....	4
1.1. Objetivos.....	5
1.1.1. Objetivo General.....	5
1.1.2. Objetivos Específicos.....	5
2. Marco teórico.....	5
2.1. El Abuso Sexual Infantil: Maltrato Infantil.....	5
2.1.1. Tipos de Maltrato Infantil.....	7
2.1.2. Indicadores de Abuso Sexual Infantil.....	9
2.1.3. Características de los Abusos Sexuales Infantiles: Extra e intrafamiliares.....	13
2.1.4. Consecuencias del Abuso Sexual Infantil.....	19
2.2. La terapia sistémica.....	21
2.2.1. Lineamientos generales.....	21
2.2.2. Terapia Sistémica- Abuso Sexual.....	25
2.2.3. Importancia de la supervisión en la terapia sistémica.....	27
2.2.3.1. Cibernética de segundo orden y resonancia.....	27
2.2.3.2. El rol de la supervisión.....	30
3. METODO.....	32
3.1. Tipo de estudio:.....	33
3.2. Metodología:.....	33
3.3. Sujeto:.....	33
3.4. Técnicas:.....	33
3.5. Procedimiento:.....	34
4. Desarrollo.....	34
4.1. Objetivo 1: Describir los tipos de intervenciones del equipo de terapeutas en formación sistémica, durante las sesiones del tratamiento de un caso de una niña víctima de abuso sexual.....	35
4.1.1. Connotación positiva y apoyo.....	37
4.1.2. Límites y tiempos.....	39
4.1.3. Intervenciones destacadas.....	39
4.1.3.1. La denuncia y la ley como marco.....	40
4.1.3.2. La inclusión de M (padre de L).....	40
4.1.3.3. Convivencia del sistema familiar.....	41
4.1.3.4. La inclusión de G.....	42
4.2. Objetivo 2: Describir las intervenciones del equipo de terapeutas en formación sistémica durante las pre-sesiones y post sesiones en tratamiento del caso de una niña víctima de abuso sexual.....	43
4.2.1. Planificación y resonancias de la terapeuta.....	44
4.2.1.1. El trabajo en psicoeducación y los tiempos en sesión.....	44
4.2.1.2. La entrada de la ley. La denuncia.....	46
4.2.2. Resonancias en el equipo.....	47
4.2.2.1. La situación de G.....	47
4.2.2.2. M: el padre y el fantasma del abusador.....	48
4.2.2.3. Una resonancia positiva: la admiración por C.....	49
4.3. Objetivo 3: Describir el proceso de supervisión indirecta del equipo de terapeutas en formación sistémica que trabajó en el caso de una niña víctima de abuso sexual.....	50
4.3.1. La relación supervisor/equipo terapéutico.....	50
4.3.1.1. Conociendo al equipo detrás del espejo.....	50
4.3.1.2. La terapeuta.....	51
4.3.2. Intervenciones de la supervisión.....	53
4.3.2.1. La decisión de hacer la denuncia.....	53
4.3.2.2. La inclusión del entorno. Complejidad del sistema terapéutico y red de apoyo.....	54
4.3.2.3. Trabajar interdisciplinariamente.....	56
4.3.2.4. Focalizar en la psicoeducación a través de connotación positiva.....	56

4.3.2.5. La convocatoria al padre de L.....	57
5. Conclusiones.....	59

1.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como tema central la descripción del tratamiento de un caso de abuso sexual desde la perspectiva de la terapia sistémica.

Se basa en la residencia realizada para la Habilitación Profesional, en una institución terapéutica con enfoque sistémico, donde se realizan tareas de formación profesional e investigación, se brinda asistencia psicológica y se desarrollan tareas de prevención para la comunidad.

Durante la Práctica y Habilitación Profesional se participó en el Equipo de Prevención y Asistencia Comunitaria (APC), que brinda atención psicológica a pacientes carenciados o de bajos recursos, organiza acciones de prevención en el ámbito escolar a través de seminarios en la institución terapéutica, y en colegios que soliciten abordar acciones de prevención focalizadas en sus necesidades. También se participó en el equipo de Asistencia Comunitaria que aborda la atención y asistencia psicoeducativa a familias multiproblemáticas que concurren a un comedor, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el marco de estas actividades se participó en un equipo de terapeutas en proceso de formación sistémica, a través del espejo unidireccional, denominado Cámara Gesell. El equipo que pertenecía al área de Prevención y Asistencia Comunitaria tenía a cargo el tratamiento de una niña víctima de Abuso Sexual Infantil, estaba coordinado por una profesional experta que supervisaba las sesiones y a su vez todos los integrantes del equipo supervisaban el caso periódicamente con un profesional idóneo fuera del ámbito de las sesiones. A partir de esta experiencia, surgió el interés en describir las interacciones del equipo terapéutico, incluyendo a todo el sistema implicado en el proceso del tratamiento.

La intervención en casos de abuso sexual en niños implica situaciones conflictivas para los profesionales, muchas veces la falta de organización o las diferencias institucionales implicadas en la propuesta de una solución agravan la situación de violencia en el menor y en su familia. El trabajo en equipo, supervisado por profesionales idóneos, permite un marco protector no solo para el menor y su familia, sino para el profesional implicado emocionalmente por el contenido de las situaciones del maltrato, hace que el terapeuta abandone la soledad de la consulta. Un profesional que se siente impotente o

invalidado, es una pérdida de años de experiencia y competencia, por lo tanto una pérdida de una intervención adecuada en esta compleja problemática. De las observaciones realizadas durante la participación en este equipo y de entrevistas realizadas a todos los integrantes involucrados en el proceso del trabajo terapéutico se obtuvo el material para la elaboración del presente trabajo.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo General

Describir el rol de la supervisión en un tratamiento realizado por los terapeutas del equipo en formación sistémica en el caso de una niña víctima de abuso sexual.

1.1.2. Objetivos Específicos

Describir los tipos de intervenciones del equipo de terapeutas en formación sistémica, durante las sesiones del tratamiento de un caso de una niña víctima de abuso sexual.

Describir las intervenciones del equipo de terapeutas en formación sistémica en las pre sesiones y post sesiones en el tratamiento de un caso de una niña víctima de abuso sexual.

Describir el proceso de supervisión indirecta del equipo de terapeutas en formación sistémica en el caso de una niña víctima de abuso sexual¹

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El Abuso Sexual Infantil: Maltrato Infantil

La aceptación de la existencia de niños maltratados y abusados por adultos, no presenta larga data en la perspectiva histórica del desarrollo del movimiento profesional y social producido en torno a este fenómeno. Fue el resultado de un largo proceso, ya que no existían las representaciones mentales en la sociedad que posibilitaran la emergencia de este fenómeno en la conciencia social. La definición de un problema depende de la percepción del observador, su manera de percibir el mundo. La definición de la realidad,

¹ La supervisión directa o en vivo es a través de un espejo unidireccional o circuito de video, un supervisor y en algunos casos un equipo de profesionales dan soporte al terapeuta en sesión, se diferencia de la supervisión indirecta o también llamada por el autor conversacional, esta se realiza fuera del marco de las sesiones y puede ser individual o grupal (Haley 1997).

es una manera personal de distinguir y explicar los fenómenos que nos preocupan, dependerá de las adquisiciones y las pertenencias sociales y culturales de cada uno. La existencia de la infancia sin protección y el maltrato infantil comienza a ser aceptado como realidad a partir de los años sesenta. Pasaron cien años de la primera denuncia en publicaciones científicas, realizada por Ambroise Tardieu, en 1868, (apoyándose en resultados de autopsias, describe 32 casos niños quemados o golpeados hasta la muerte), hasta la presentación de Henry Kempe, en la Academia Americana de Pediatría, del “síndrome del niño golpeado”, desde aquí, el mundo médico y otros profesionales, comenzaron a plantearse la existencia del maltrato infantil, fenómeno impensable hasta ese momento. Badury, (1998)

Ochotorena (2007), expone que fue un gran avance aceptar la existencia de casos graves de agresiones físicas en niños/as realizadas por sus padres; en algunos casos con consecuencias fatales. En principio estas agresiones o maltratos fueron considerados principalmente como maltratos físicos. La reflexión sobre este tema y la observación de diferentes situaciones de desprotección a la infancia, llevo a pensar en la necesidad de incluir el concepto de Maltrato Infantil, para casos de agresiones físicas con consecuencias severas en los niños y casos en los que el maltrato se expresaba a través de otras formas de comportamiento.

En la década de los sesenta, la fuerte influencia del movimiento feminista en USA y en otros países europeos, llevó a dar gran relevancia a la existencia de casos de abuso sexual en menores.

Badury, (1998), refiere que el sentido o la significación se construyen en la interacción, las percepciones son realidades, en la medida que se consensuan como tales en la dinámica social:

El maltrato “solo existe” desde que los observadores distinguieron, en el marco de sus interacciones, un fenómeno que les preocupó, lo nombraron y lo definieron verbalmente². Para que el maltrato existiera, fue necesario que ese descubrimiento se transformara en un fenómeno social, es decir, que fuera reconocido en el interior de un contexto de interacción social cada vez más amplio, como es toda la comunidad. (Badury, 1998)

Todos los niños deben recibir los cuidados necesarios, a fin de asegurarles, la vida y el bienestar, al mismo tiempo que sus derechos sociales, económicos, cívicos y políticos

² Por lenguaje verbal nos referimos a la significación lingüística relevante en el contexto, generada en la interacción. El lenguaje verbal es más que una coordinación de comportamientos, es la atribución de sentido a la coordinación de los comportamientos (Maturana y Varela, 1987).

sean respetados, facilitando el desarrollo de sus potencialidades, para que todos tengan la posibilidad de vivir, ser libres y felices.

“Cuando el comportamiento parental, por acción u omisión, llega o puede llegar a poner en peligro la salud física y psíquica del niño, la situación podría calificarse de maltrato” (Ochotorena, 2007).

Barudy, (1998), sostiene que, la negligencia y los discursos que la caracteriza, constituirá un contexto de vida para el niño, dado su dependencia frente a sus padres o a un adulto cuidador. A esta interacción, es lo que el autor denomina una carrera moral, proceso existencial de los niños víctimas de la violencia, caracterizada por un aprendizaje forzado a través del miedo y el terror. Los niños maltratados no escapan de las experiencias traumáticas por una parte, y, por otra, desarrollan mecanismos de adaptación a la situación que están obligados a vivenciar.

El abuso sexual de menores se da cuando un adulto hace participar a un niño en una actividad sexual que no comprende, y para la cual no está preparado, sin que esté en condiciones de expresar su consentimiento (OMS, 2010). Constituye una forma de violencia, de dominación, ya que implica que uno de los protagonistas se vale de su mayor fuerza o poder para convertir al otro en un objeto de sus propios deseos, en contra de su propio bien.

El Abuso Sexual Infantil, también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando es significativamente mayor que el niño y está en posición de poder o control sobre el menor (National Center of Child Abuse and Neglect, 1978)

2.1.1. Tipos de Maltrato Infantil

Badury,(1998), desarrolló una tipología de los malos tratos, basándose en la interacción de dos campos, el campo propio del fenómeno y el campo del observador y su manera de construirla, distinguiendo las interacciones y/o conversaciones maltratadoras en activas y pasivas. Las interacciones activas las denomina, maltrato activo o violencia por la acción, y son los comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, sexual y/o psicológica y que por su intensidad o frecuencia provocan daños en los niños. Este tipo de comportamiento o discurso maltratador tiene un valor comunicativo, en este caso son comunicados a través de golpes, con las manos, o cualquier parte del cuerpo del adulto maltratador, o con diferentes instrumentos, agua caliente, hierro u

objetos incandescentes, etc. Por lo general los maltratadores lo realizan de forma imprevisible, provocando en la víctima terror, impotencia y sumisión. Este tipo de maltrato, generalmente es visible para un observador, por tal motivo lo denomina, maltrato activo visible y debería ser fácil su detección y su diagnóstico.

El Abuso Sexual Infantil o también denominado por el autor, violencia sexual, es otro tipo de maltrato activo. En este caso el mensaje maltratador es transmitido por los comportamientos sexuales del adulto, provocando un profundo y grave atentado a la integridad física y/o psicológica de las víctimas y lo compara con una tentativa de asesinato moral de los niños. En estos casos el maltrato puede ser visible solo si hubo penetración anal o vaginal, pero en algunos casos no siempre hay huellas físicas, por la constitución anatómica de los niños. Por lo que sería violencia sexual parcialmente visible y su detección y diagnóstico es más difícil de realizar. Juegan un papel muy importante los indicadores indirectos y sobre todo la revelación por parte de las víctimas. Por tal motivo, son de gran importancia los programas de prevención para los niños/as, dotados de información necesaria para que los ayuden a reconocerse precozmente como víctimas de una situación de abuso sexual e incentivar la comunicación de estos hechos a un adulto de su confianza, quien los escuche, les crea y pueda ayudarlos.

Existen casos de Abuso sexual sin contacto físico. Entre éstos se incluyen los casos de seducción verbal explícita hacia un niño/a, la exploración de los órganos sexuales, y la masturbación en presencia del niño con el objeto de obtener gratificaciones o excitación sexual con ellos. “Entre el 50% y el 75% de los casos, el Abuso Sexual Infantil, no deja secuelas físicas, con esto nos referimos a diferentes tipos de acercamientos sexuales inadecuados, como el manoseo, el exhibicionismo, el sexo bucofaríngeo, las formas de abuso más frecuentes”.(Ministerio de Salud CABA, 2008).

El Abuso Sexual Infantil no siempre implica contacto físico, a veces lo que en éste ocurre es una sutil invasión que deja a la víctima confundida. Un claro ejemplo, es el caso del abuso sexual visual, donde el niño es forzado o invitado a observar actos de excitación sexual. Otro ejemplo, sería aquel en que el niño es observador de interacciones sexuales verbales que constituyen un abuso emocional, violando la identidad sexual, por medio de frases sugerentes y seductoras. Este último, es un caso del abuso sexual psicológico, que involucra una comunicación más sutil, inespecífica:

son mensajes que generan un estado anímico que borra la frontera de los roles apropiados entre un niño y un adulto.

Badury, (1998), también propone otro tipo de maltrato en su tipología, es el maltrato activo invisible, y lo describe como un maltrato psicológico. Aquí el niño es maltratado por las palabras que lo humillan, lo rechazan o lo descalifican. También este maltrato se caracteriza por exponer al niño/a a vivir en un ambiente de comunicación confusa que lo aísla, confunde y hasta lo puede llevar a la corrupción. La violencia psicológica es invisible, porque al niño/a le es muy difícil reconocerse como víctima y por otra parte es complicada su detección, ya que no hay huellas físicas.

En su tipología de los malos tratos, el autor diferencia las acciones del maltrato activo o violencia, de las acciones del maltrato pasivo. Estas últimas serían todas las situaciones en las que las personas responsables de los niños, por omisión o negligencia, no realizan lo necesario para evitar el sufrimiento o satisfacer las necesidades fundamentales para el desarrollo de aptitudes físicas, intelectuales, emocionales del niño y/o hijos a su cargo. En cuanto a su visibilidad, estas situaciones son muy difíciles de detectar y establecer, solo se hacen visibles en casos de desnutrición y descuidos crónicos. Los padres negligentes generalmente, son adultos con una historia de carencias múltiples en la biografía de sus padres, o un contexto de pobreza y/o aislamiento social en el que el sistema familiar se encuentra inmerso. La negligencia podría ser el resultado de la interacción de tres dinámicas: un trastorno del apego biológico entre el adulto y el niño, la transmisión transgeneracional de modelos inadecuados y/o peligrosos para los niños/as y la tercera dinámica que favorecería la negligencia, sería la ausencia o la insuficiencia de recursos en el contexto del en que está inmerso el sistema familiar.

2.1.2. Indicadores de Abuso Sexual Infantil

Cualquiera sea la causa de los abusos sexuales, pueden ser detectados por un observador, a través de indicadores directos e indirectos. Con la idea de facilitar la detección de los mismos, Badury, (1998), propone el siguiente protocolo:

“Protocolo de validación de Abuso Sexual”
“Indicadores de Abuso sexual” (Le Boeuf, 1982)

Indicadores físicos en el niño:

- Dificultad para andar y sentarse
- Ropa interior rasgada, manchada
- Se queja de dolor o picor en la zona vaginal o anal
- Contusiones o sangrado en los genitales externos
- Tiene una enfermedad venérea
- Tiene el cérvix o la vulva hinchados
- Tiene semen en la boca, genitales o en la boca
- Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia)

Indicadores comportamentales en los niños:

- Parece reservado, rechazante o tiene conductas infantiles; incluso puede parecer retrasado
- Tiene escasa relación con sus compañeros
- No quiere cambiarse de ropa para hacer gimnasia o pone dificultad para participar en actividades físicas
- Comete acciones delictivas o se fuga
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales
- Dice que ha sido atacado por el padre o el cuidador

Conductas del cuidador:

- Extremadamente protector o celoso del niño
- Alienta al niño a implicarse en actos sexuales en presencia del cuidador
- Sufrió abuso sexual en su infancia
- Experimenta dificultades en su matrimonio
- Abuso de drogas o alcohol
- Está frecuentemente ausente del hogar

Para señalar la presencia de abuso sexual, se requiere que al menos en una ocasión se haya producido alguna de las situaciones señaladas.

Categorías de Abuso Sexual

A: Incesto: contacto físico sexual o relación sexual con un pariente de consanguinidad lineal (padre/madre, abuelo/abuela) o por hermano/a, tío/a, sobrino/a. se incluye también el contacto físico sexual con figuras adultas parentales (padres adoptivos, parejas estables).

B: Violación: contacto físico sexual o relación sexual con una persona adulta exceptuando los casos señalados en el apartado anterior como incesto.

C: Vejación Sexual: conducta con un menor, cuando tal contacto comporta estimulación o gratificación de las necesidades o deseos sexuales de otra persona. Esto incluye:

-El tocamiento/manos intencionado, de los genitales o partes íntimas, incluyendo los pechos, áreas genitales, parte interna de los muslos o nalgas, o las ropas que cubren estas partes, por parte del perpetrador hacia el niño.

-Alentar, forzar o permitir al niño que toque de manera inapropiada las mismas partes del perpetrador.

D: Abuso Sexual sin contacto físico. Incluye las siguientes conductas:

-Solicitud indecente a un niño seducción verbal explícita.

-Exponer los órganos sexuales a un niño con el propósito de obtener excitación/gratificación sexual, agresión, degradación o propósitos similares.

-Realizar el acto sexual intencionadamente en la presencia de un menor con el objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos semejantes. Auto masturbación en presencia de un niño.

E: Otros

F: Mixtos

Z: No conocidos

Los casos de Abuso Sexual Infantil, deben ser pensados en términos de realidad concreta, algo de lo disruptivo se pone en juego. Un factor externo invade al psiquismo, por lo que los síntomas se acercan mucho al concepto de estrés postraumático. Según DSM IV (1994), el estrés postraumático consiste en la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. (Criterio A 1). La respuesta del sujeto ante esta situación puede ser de terror, horror, desesperanza. (Criterio A 2)

Este manual incluye las agresiones sexuales como situaciones traumáticas que pueden ocasionar un trastorno por estrés postraumático, destacando que en niños, dentro de las agresiones de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad, aun en ausencia de violencia o daño físicos.

El acontecimiento traumático puede ser re experimentado de varias maneras. Por lo general, la persona tiene recuerdos recurrentes e intrusos (Criterio B1) o pesadillas

frecuentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder (Criterio B2). En algunos casos, poco frecuentes, se experimentan estados disociativos cuya duración resulta ser variable, pudiendo extenderse desde segundo a días completos y durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara inmersa en esa situación. (Criterio B3).

Ante la exposición a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático, los individuos suelen experimentar un malestar psicológico intenso (Criterio B4) o respuestas de tipo fisiológico (Criterio B5).

La persona suele hacer grandes esfuerzos por evitar caer en pensamientos, sentimientos o bien hablar sobre el suceso (Criterio C1) a fin de eludir actividades, situaciones u otras personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él (Criterios C2). Este es un tipo de evitación que puede incluir amnesia total, de un aspecto puntual del acontecimiento (Criterio C3).

A la disminución de la reactividad hacia el mundo exterior, se la denomina *embotamiento psíquico* o *anestesia emocional*, generalmente aparece luego del acontecimiento traumático.

Puede presentarse disminución del interés en actividades que antes eran gratificantes (Criterio C4), una sensación de lejanía hacia los demás (Criterio C5) o importante disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, a la ternura y a la sexualidad) (Criterio C6). Describen la sensación de un futuro desolador (Ej., no poder formar una familia) (Criterio C7).

Se hacen presentes síntomas de ansiedad que no existían antes del trauma, lo que incluye dificultades en el sueño, pesadillas, donde se revive el acontecimiento traumático (Criterio D1), hipervigilancia (Criterio D4) y respuestas exageradas de sobresalto (Criterio D5). Puede presentarse irritabilidad o ataques de ira (Criterio D2) o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas (Criterio D3).

A un niño puede resultarle difícil expresar la disminución del interés por las actividades importantes y el embotamiento de sus sentimientos y afectos, por lo que cuando estos síntomas ocurren deben ser objeto de una cuidadosa valoración mediante el testimonio de los padres, profesores y otros observadores. Los niños pueden presentar varios síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza.

El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, y sus síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, aunque también existe la posibilidad de que transcurra un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. La intensidad, duración en cuanto a la exposición al suceso traumático determina en gran modo las probabilidades de que se presente este trastorno.

2.1.3. Características de los Abusos Sexuales Infantiles: Extra e intrafamiliares

Badury,(1998), sostiene que las dinámicas son clínicamente diferentes entre el Abuso Sexual Infantil extra e intrafamiliar, por lo que necesitaran diferentes intervenciones. El Abuso Sexual Infantil intrafamiliar, es aquel abuso cometido contra un niño por un adulto perteneciente a la familia del menor; también lo llama abuso sexual incestuoso, en el cual, tanto el niño víctima y el adulto abusador, están vinculados por lazos de sangre. En este caso el abusador manipula al niño, utilizando su poder y su rol, pervirtiendo de esta manera las relaciones familiares. El autor las nombra, “familias abusivas o incestuosas”. Estas familias se caracterizan por fronteras y roles poco claros, sus historias familiares son incoherentes, presentan ambigüedad en las jerarquías, como en sus sentimientos y en sus comportamientos, los límites entre la afectividad y la sexualidad también son ambiguos. Los patrones relacionales no presentan límites o fronteras gestuales o verbales entre los subsistemas. Las dinámicas de este tipo de familia se las puede considerar como modalidades homeostáticas, familias que construyen a lo largo de generaciones un sentido de coherencia y de pertenencia. Generalmente suelen presentarse como, un proceso relacional complejo que se desarrolla en el tiempo y se caracterizan por:

-Los actos incestuosos son en el seno familiar, y se mantienen desde el secreto y la ley del silencio.

-Cuando el incesto es denunciado por la víctima aparece la crisis en la familia, en su entorno y muchas veces en los profesionales que intervienen en este proceso.

La dinámica del proceso del incesto en estas familias, se caracteriza por una etapa de equilibrio, Badury, (1998), plantea tres componentes en este período:

-La fase de seducción: manipulación de la dependencia y la confianza del niño/a, incitación a la participación de la niña/o a través de juegos o comportamientos que él

abusador presenta como normales y sanos entre padres e hijos, regalos y programa el lugar y el momento oportuno para el abuso.

-La fase de interacción sexual abusiva: este proceso es gradual y progresivo, aparecen comportamientos exhibicionistas y voyeristas, caricias con intenciones eróticas, masturbación, felación, penetración digital del ano y/o de la vagina, penetración seca que consiste en frotar el pene en la zona anal y/o vaginal de la víctima hasta eyacular, generalmente el coito se da en una etapa avanzada del proceso y es con mayor frecuencia anal que vaginal. Este tipo de situaciones para muchos profesionales se les presenta como impensables y se les hace muy difícil detectarlas, por tal motivo, es tan importante una formación adecuada que les permita representarse las dinámicas abusivas, sin lo cual, para muchos resultarían inimaginables.

-La fase del secreto: el abusador impone la ley del silencio y el niño/a no tiene otra alternativa que adaptarse a la situación para sobrevivir. La madre y/o hermanos pueden ser cómplices o no ser conscientes de la situación. Aparecen frases como, “si cuentas lo nuestro nadie te creará” o “yo iré a la cárcel y tú a un reformatorio”, con el objetivo de imponer el silencio a sus víctimas. Estos niños/as entran en una dinámica de chantaje, obteniendo regalos y privilegios por parte del abusador, este camino va logrando la desculpabilización del abusador y aumentando la vergüenza y culpa en la víctima. En algunos casos los niños logran, a través de la rabia que sentían por su abusador, tomar distancia de él y sentirse víctimas y al mismo tiempo proteger su subjetividad, serían los de mejor pronóstico. Los casos más extremos son aquellas víctimas que quedan atrapadas por el abusador y pierden la capacidad de sentirse víctimas, hasta llegan a experimentar placer en la relación, lo que ocasiona consecuencias catastróficas en su vida adulta.

La otra etapa que refiere el autor se da cuando el incesto es denunciado o divulgado por el niño/a al entorno social, esta situación la diferencia en dos instancias:

-La Fase de la Divulgación: que puede ser accidental, es cuando la situación es descubierta por un tercero accidentalmente, alguien entra a la habitación cuando el abusador está abusando del niño/a, por la aparición en el niño de una enfermedad de transmisión sexual o por el embarazo de la víctima, en ninguno de estos casos la víctima desencadena la crisis familiar. La divulgación premeditada es diferente, la víctima se atreve a hablar porque la situación se le hace insostenible, cuando se siente prisionero de un conflicto de pertenencia, el niño/a para poder estructurarse y madurar, necesita

determinar límites de su territorio personal en relación a los demás. En muchos niños/as pequeños (entre dos y diez años) aparece la necesidad de divulgación, a partir del dolor que le provoca el abusador/a, sobre todo en la situación de penetración, en este caso el niño/a prioriza su dolor. Otra posibilidad de divulgación es en el caso de los adolescentes, por conflictos de autonomía, es el resultado de una crisis de pertenencia entre su familia y los miembros de su entorno, la etapa de desapego familiar, el niño/a, puede verse atraída por alguien de su edad y resolver este conflicto con la divulgación, en estas situaciones generalmente aparece un conflicto creciente por parte del abusador, que hace lo posible para retener a su víctima en la familia.

-La fase represiva: en la que, la familia busca el equilibrio para mantener a cualquier precio la cohesión familiar, neutralizando por todos los medios, desde la descalificación del discurso de la víctima, culpabilizándola o negando la evidencia de los hechos. En este proceso suelen estar todos los miembros de la familia involucrados, inclusive los profesionales, en muchos casos poco idóneos/as para intervenir en este tipo de tragedia. Esto explica que muchas víctimas de abuso incestuoso se retracten después de su divulgación.

Si bien todos los autores coinciden, en que el abuso sexual, es una forma de violencia, a veces se produce de tal modo que hasta la víctima duda de que la violencia haya existido. El sentido de vergüenza o culpabilidad que la embarga trastorna muchas veces el sentido de la responsabilidad, llegando esta confusión psíquica a transmitirse a los asistentes sociales y testigos de la situación (Perrone y Nannini, 1997).

El Abuso Sexual Infantil, puede enmarcarse dentro de las formas de violencia denominada castigo (que es aquella que se da entre personas que tienen una relación desigualitaria), caracterizándose por una complementariedad morbosa (Perrone & Nannini, 1997).

Ochotorena de Paul, (2007), propone tres factores que están en relación con la posición desigual que tiene el abusador sobre el niño/a: asimetría de poder, asimetría de conocimiento, asimetría de gratificación. Cuando un adulto abusa sexualmente de un niño/a, se vale de su ventaja intelectual y física, de su posición, de su autoridad y de su poder social, para construir todos los recursos necesarios en función de su satisfacción sexual y el niño/a es despojado de esta experiencia, solo el adulto es el único beneficiado.

En el abordaje sistémico de un caso de Abuso Sexual Infantil, los autores destacan varias características fundamentales a tener en cuenta en la intervención:

En esta relación complementaria, caracterizada por la desigualdad y por mantener las diferencias entre las personas involucradas, el agresor recurrirá a todo lo necesario para mantener el status relacional, con la consiguiente tendencia a la inmovilidad por parte de la víctima. Esta dinámica coloca al niño/a en un lugar caracterizado por la exclusión de escapatorias y en este contexto, las víctimas tienen grandes dificultades para imaginar alternativas que les permitan salir de esa situación, sienten paralizadas sus capacidades de respuesta y perciben su situación como una fatalidad. Cuando, esta relación desigual y abusiva, se prolonga en el tiempo, es frecuente que la víctima quede atrapada en una telaraña relacional que de a poco carcome su resistencia y sus posibilidades de oposición.

En la relación de Abuso Sexual Infantil el abusador manipula el poder y carga a la víctima con la responsabilidad del secreto, en esta dinámica, aparece un poder fluctuante, incierto e invertido, el niño se ha vuelto responsable de la seguridad del adulto, y este no asume su responsabilidad y sí su poder. Para los niños abusados el poder tiene un carácter mágico, ilusorio, caracterizado por el hecho paradójico de tener en sus manos el destino de los adultos

Una característica distintiva de relación abusiva incestuosa y que explica su permanencia en el tiempo, es que el abusador recurre a su poder dentro del sistema familiar para aislarlo del contexto social y cultural, que podría tener algo para decir respecto de lo que allí sucede. De esta manera empuja a todo el grupo familiar hacia una paracultura que lo sustrae del contexto y lo aísla a una auto referencia ciega, la familia queda aislada y la dinámica relacional transcurre fuera de todo control externo. Los trabajadores sociales refieren las dificultades con que chocan cuando tratan de abordar este tipo de problemas en una familia. Cuando una familia se vuelve opaca ante el exterior aumentan los riesgos de disfuncionalidad e imposibilita un cambio.

Esta característica hace que, resulte primordial para el trabajo terapéutico dejar en claro la relación con la ley al comenzar el mismo. “Ninguna acción terapéutica puede llevarse a cabo fuera de la ley y en complicidad con la familia” (Perrone y Nannini, 1997, p.71). Al plantear esto, el terapeuta hace reingresar a la ley, que era hasta el momento una dimensión negada. El terapeuta debe, entonces, hacer saber el carácter obligatorio de la

ley y enmarcar el sistema terapéutico dentro de la justicia, terminando con la excepción en la que se encontraba el sistema familiar.

Perrone y Nannini, (1997), propone, una mirada que otorga un cambio fundamental de gran interés terapéutico: “(...) en la medida en que el individuo reconoce una instancia superior a él, a la que ha de conformarse y que le sirve para regular su propia violencia” (Perrone y Nannini, 1997, p.67).

Los abusos sexuales extrafamiliares, según Badury, (1998), son los casos en los que, los niños/as son víctimas de un adulto abusador conocido por la familia. En muchos casos estos abusadores ocupan un lugar privilegiado en la familia y son depositarios de la confianza de sus padres. Según el autor, en la mayoría de los casos los sujetos son del sexo masculino, con una estructura de personalidad perversa, y reflejan un interés sexual principal y casi exclusivo hacia los menores. Van logrando conquistar a los niños con sus demostraciones de cariño, persuasión, mentiras y presión psicológica. Generalmente, adaptan fácilmente sus comportamientos a los de sus víctimas y trazan relaciones gratificantes, eligiendo pequeños con carencias sociopsicoafectivas, como, niños/as de familias monoparentales, hijos de padres con conflictos de divorcio, niños/as de familias con problemas de integración social. Los abusadores ocupan un rol pseudoparental, usurpando una parte de la función parental. El autor propone que este proceso puede ser comparado metafóricamente con la vampirización, en referencia a la influencia que logra el abusador en las familias y en sus víctimas, suelen envolver a sus víctimas desde un rol falso de protector afectuoso y al mismo tiempo manipula la confianza familiar, suelen ser vistos como personajes agradables, serviciales y muy atentos. Estos sujetos, los abusadores, suelen ser víctimas de un pedófilo en su infancia. Las víctimas de este tipo de abusadores, tienen una gran dificultad para detectar el peligro en el que están inmersos, suelen vivenciar el discurso y los gestos del abusador, como amistoso, afectivos y gratificantes, ya que su agresión sexual se presenta solapada por actos afectuosos y en muchos casos provocan sensaciones corporales agradables y goce sexual. Todas estas particularidades provocan una gran confusión y le impiden denunciar lo que sucede rápidamente y si lo hacen se sienten culpables y avergonzados, ya que el abusador presenta a sus víctimas sus comportamientos como normales en una relación adulto-niño y lo refuerza ocupando un lugar privilegiado en su familia. Las intervenciones en estos casos, deben ser focalizadas en, desvampirizar a la víctima y a todo el sistema que lo rodea, miembros de la familia y su entorno, restituyendo a los

padres las funciones usurpadas por el abusador, para lo cual se debe trabajar en fortalecer y ampliar los recursos de la red, ya que hay muchos implicados en este tipo de procesos (familiares, vecinos, escuela, club, médico, asistentes sociales, etc.). Algunos padres reaccionan inadecuadamente, envueltos en sentimientos de culpa, frustración, vergüenza, por haber confiado ciegamente en el abusador. Por lo cual, es muy importante que las intervenciones estén centradas en comprender y empatizar con los sentimientos de todos los que fueron víctimas de este proceso, ofreciendo marcos de referencia para que comprendan lo sucedido, informando de la urgencia de romper con el silencio, como también, facilitar diálogos que permitan a los niño/as recuperar la confianza en sus padres, interviniendo en fortalecer y recuperar roles parentales usurpados por el abusador.

Perrone y Nannini (1997) definen la relación de Abuso Sexual Infantil, en términos de hechizo. Se trata de una relación psicológica en la cual un sujeto ejerce un dominio abusivo sobre una persona valiéndose del terror, la violencia, la amenaza o la confusión. En esta relación, un adulto se aprovecha de la posición en la que se encuentra con respecto al niño para convertirlo en un objeto, al servicio de la satisfacción de sus deseos sexuales.

El estado que caracteriza a la relación de hechizo se crea a través de tres tipos de prácticas relacionales: efracción, captación y programación. Por medio de las primeras el abusador penetra en la privacidad de la víctima, en su cuerpo y en su mundo de fantasías, destruyendo el mundo relacional del niño (Perrone & Nannini, 1997).

Las prácticas de captación utilizan como vías el tacto, la mirada y la palabra, para captar la atención y la confianza de la víctima. Estas vías se utilizan como distintas alternativas para lograr el dominio de la víctima, la palabra, principalmente, deja de cumplir su papel como vehículo para la comunicación, para convertirse en una herramienta al servicio de la captación de la atención y voluntad del niño.

Finalmente a través de la programación se introducen instrucciones en el cerebro de la víctima para inducir comportamientos adecuados a un libreto previsto. La programación, como proceso por el cual se modifica la conducta de una persona, se diferencia del aprendizaje, porque en ella el sujeto que verá modificada su conducta tiene un papel totalmente pasivo, y es el abusador quien acciona unilateralmente.

De todas estas prácticas, los efectos de la programación son los que más contribuyen al mantenimiento de la relación de abuso. Perrone y Nannini (1997), destacan lo significativo de las consecuencias que trae aparejadas, adjudicándole las retractaciones, las revelaciones tardías, el silencio por largos periodos, las complicidades y las ulteriores contradicciones, que retrasan la llegada al tratamiento y luego provocan dificultades en él, y hasta pueden hacerlo fracasar.

2.1.4. Consecuencias del Abuso Sexual Infantil.

Teniendo en cuenta las definiciones y características expuestas en los apartados anteriores sobre el Abuso Sexual Infantil, veremos qué sucede con estos niños, cuáles son las consecuencias que un hecho de tal magnitud tendrá en el transcurso de sus vidas.

Autores como Anido (2005); Ferreira(2000); Intebi (1998), entre otros plantean que los síntomas comunes que se derivan de una situación de Abuso Sexual Infantil son: Ansiedad generalizada, pesadillas, temor, confusión, estupor, depresión, culpa, disminución del autoestima, fobias, bajo rendimiento escolar, enuresis o encopresis, embarazo adolescente, tentativa de suicidio, o conductas autoagresivas, afecciones corporales, promiscuidad.

La idea de la carrera moral es utilizada por Badury (1998), para poder explicar y transmitir el sufrimiento de los niños que han sido abusados sexualmente. Describe a la familia incestuosamente abusiva como un sistema autoritario, que utiliza todos sus medios para controlar y vigilar a sus miembros, en la que el abusador ejerce control sobre su víctima a través de la sugestión, de mentiras, de chantaje afectivo, intimidación o de violencia. La víctima depende de manera vital de su abusador. Las experiencias de los niños/as son el goce sexual, la manipulación de los lazos afectivos, culpa y la obligación del silencio y el secreto. Las consecuencias de esta situación son efectos traumáticos (miedo, angustia, impotencia) y lo que el autor nombra como alienación sacrificial, es el proceso de adaptación de la niña/o a la situación teniendo en cuenta su dependencia, su sumisión y la manipulación que sufre del abusador. Cuando comienza el abuso, los efectos traumáticos en los niños/as suelen manifestarse rápidamente, pero todavía mantiene una distancia de abusador, tiene el sentimiento de ser víctima, todavía no entrarían en el proceso de alienación sacrificial. Este, es un efecto a largo plazo, cuando el abusador ha logrado hacer desaparecer la distancia con su víctima. Es cuando el niño/a no puede reconocerse como tal y comienza a distorsionar la imagen de sí misma, comienza a verse mala, sinvergüenza, aquí se instala también lo que el autor

denomina, la vampirización, creando una distorsión del mundo y de sus capacidades afectivas. Este es un estado de confusión, de pérdida de puntos de referencia. Los comportamientos abusivos producen el cambio de un contexto de cuidados en un escenario abusivo sexualizado, provocando un estado de sideración, comparable con un estado de erradicación, que se produce cada vez que una persona se enfrenta a una ruptura de sentido en su medio ambiente y pierde su equilibrio habitual, manifiesta estrés, angustia y pérdida de energía que necesita para su crecimiento, la cual es utilizada para adaptarse a esa situación. Los niños/as vivencian la sexualidad adulta sin poseer lo elementos suficientes para comprender esa experiencia, el adulto abusador hace sentir a la víctima aislada y sin puntos de referencia e induce sentimientos de angustia y culpabilidad, ese adulto es referencia de normalidad y ley. El niño/a al perder el sentimiento de seguridad y protección suele manifestar pesadillas o terrores nocturnos o diurnos, incluso en ausencia del abusador.

Estos niños/as presentan un estado de hipersensibilidad frente a diversos estímulos, aparecen estados disociativos, estando alejado del abusador, la víctima puede sentirse invadida por el ambiente abusivo y comportarse por minutos o horas como si estuviera viviendo la agresión. Esta vivencia puede comprenderse como consecuencia de la angustia o como una estrategia para representarse la situación e imaginarse controlarla. Badury, hace referencia que en tratamientos psicoterapéuticos con adolescentes adictos y que habían sido víctimas de abuso sexual, explicaban que consumir la droga equivalía a desafiar la sustancia para poder experimentar la sensación de controlarla y que su efecto les provocaba una sensación comparable con lo que sentían cuando eran abusadas.

Otras consecuencias son la hiperactividad, dificultades para conciliar el sueño, hipervigilancia, dificultades de concentración para terminar una tarea. En muchos casos como respuesta al fenómeno de revivificación, presentan evitación a los pensamientos y sentimientos asociados con los actos abusivos, y disminuyen el contacto con el mundo exterior, reticencia a ir a un lugar determinado, aislamiento social, pérdida de interés a actividades que antes les interesaban. Otro mecanismo de defensa es a través de la no simbolización de la experiencia en la memoria, esto les significará en un futuro, la imposibilidad de poder explicar los hechos de los abusos que sufrieron.

Las víctimas pueden realizar actos agresivos con connotaciones sexuales, lo que puede provocar rechazo de su entorno y seguir exponiéndose a nuevas agresiones.

Estos niño/as son objeto de resociabilización secundaria, una sociabilización forzada por parte del abusador y secundaria porque los obliga a ocupar un rol específico, por ejemplo, el abusador impone a su niña el rol de una mujer capaz de responder siempre a sus deseos sexuales y al mismo tiempo le inculca la creencia de ser responsable de lo ocurrido, fortaleciendo la ley del silencio. El abusador puede amenazar con violencia física, incluso hasta convencer a su víctima de asesinar de todos los miembros de la familia, seguido de su propio suicidio, a la víctima solo le queda adaptarse a la situación y comunicar su tragedia a través de trastornos de comportamiento, sexualización traumática, seducción, juegos sexuales, trastornos de la identidad sexual, prostitución, pareja con un abusador/a. Todas estas manifestaciones tienen el objetivo de desdibujar la tragedia vivenciada por la víctima y así, sin poder divulgarlo, siente que se protege y puede proteger a su familia (Barudy,1998).

2.2. La terapia sistémica

2.2.1. Lineamientos generales

Una característica importante de los modelos sistémicos como forma de trabajo terapéutico es que centran sus objetivos específicamente en la modificación de patrones de interacción personal. El abordaje en términos sistémicos implica, entre otras cosas, dejar de lado las explicaciones lineales, de tipo causal, y las centradas en los rasgos y la historia personal de los sujetos.

En el campo de la terapia familiar, el supuesto básico es que la familia constituye un sistema, y que las manifestaciones patológicas, o simplemente problemáticas, del paciente que llega a la terapia son la expresión de una dinámica del sistema familiar que es necesario modificar para solucionar el problema que se presenta.

Watzlawick, Beavin & Jackson (1967, cp. Serebrinsky, 2009) definen al sistema como un conjunto de objetos, y de relaciones entre los objetos y entre sus atributos, entendiendo que los objetos son componentes o partes del sistema, los atributos las propiedades de los objetos, y las relaciones las instancias que mantienen unido al sistema.

De acuerdo con la teoría de sistemas, los sistemas abiertos, entre los que puede encuadrarse a la familia, poseen una serie de propiedades a las cuales es necesario considerar desde la perspectiva terapéutica (Serebrinsky. 2009).

- En primer lugar, un sistema constituye una totalidad, en donde las relaciones que se establecen entre sus elementos determinan de manera compleja las manifestaciones que se observan en cada uno de ellos. Es fundamental entonces conocer las interacciones entre los elementos del sistema y los procesos que resultan de esas interacciones dinámicas para avanzar en la comprensión del problema que surge, aparentemente, en uno de sus elementos. Esta interrelación implica, además, que la modificación de un elemento o de una relación entre elementos dentro del sistema provoca la modificación del sistema como conjunto.
- El fenómeno del feedback o retroalimentación es otra de las propiedades claves en un sistema. Consiste en la respuesta que a partir de una información genera cierta información de retorno, y que permite la comunicación y el intercambio dentro del sistema y del sistema con el exterior. El feedback es el medio que posibilita el cambio o la permanencia en el sistema. Se denomina feedback positivo al que produce algún cambio, y negativo a aquel que mantiene el equilibrio del sistema. Tanto el cambio como la transformación son procesos complementarios indispensables para la vida del sistema. Los sistemas abiertos tienden a moverse hacia niveles más complejos de organización y por ende el concepto de feedback positivo permite explicar el crecimiento, el aprendizaje y la evolución del sistema (Serebrinsky, 2009)
- Otro concepto que distingue a los sistemas abiertos, y que resulta de fundamental importancia para la comprensión y abordaje de las problemáticas familiares es el de equifinalidad. El mismo hace alusión al hecho de que un mismo resultado puede tener orígenes distintos, a diferencia de los sistemas cerrados, deterministas, donde los resultados están determinados por las condiciones iniciales. En un sistema abierto y complejo, los resultados observados no son provocados linealmente por las condiciones iniciales sino por la naturaleza de los procesos que operan en el sistema.

A partir de estos conceptos y de una visión dialéctica entre morfostasis (procesos que llevan al mantenimiento del equilibrio del sistema) y morfogénesis (procesos que introducen modificaciones y cambios en el sistema), la terapia familiar incorporó actividades terapéuticas tales como las intervenciones generadoras de crisis,

movimientos desequilibradores y actividades provocativas destinadas a empujar a la familia más allá del umbral y desencadenar cambios cualitativos.

Ceberio & Linares (2006) presentan varias definiciones complementarias de la relación terapéutica definida en términos sistémicos. A continuación las reproduciremos en conjunto y analizaremos el significado y algunas implicancias de cada una de ellas.

Una relación psicoterapéutica puede concebirse como el ensamblaje cibernético y narrativo de dos instancias reales y de múltiples fantasmas. La acomodación de sistemas de creencias, de historias personales, de contenidos y tipos de relaciones y de ciclos vitales, enmarcados en un interjuego de atribuciones semánticas y de emociones que se influyen mutuamente.(...) Un circuito de interacción, donde se introduce información nueva que genera diferencias, en un proceso de aprendizaje bidireccional. Un todo relacional complejo, donde se trazan distinciones, descripciones, comparaciones y se construyen hipótesis que corroboran, certifican o desconfirman acciones y resultados. Un espacio destinado a ayudar al ser humano a disminuir razonablemente sus sufrimientos. Incluyendo lo que convencionalmente se entiende por curar enfermedades, así como resolver problemas o, simplemente, cambiar para mejorar la calidad de vida. (p. 47)

Partiendo de esta definición, la relación terapéutica tiene la misión de disminuir el sufrimiento de las personas, incluyendo, pero no limitándose a, curar enfermedades y patologías. El mejoramiento de la calidad de vida aparece aquí como un fin deseable de la terapia, más allá de lo que tradicionalmente, y en otras escuelas, se considera como la base del procedimiento terapéutico: encontrar las causas últimas de un problema, definido en términos de enfermedad, para proceder a neutralizarla y lograr la curación. Hablar de persona con problemas suena menos descalificante que hablar de persona enferma, al mismo tiempo, cambiar el término tratamiento por trabajo terapéutico va de la mano con la distinción anterior (Ceberio & Linares, 2006).

La relación terapéutica es un circuito de interacción entre el terapeuta, el paciente, la familia, el equipo terapéutico que acompaña el tratamiento, y también quienes cumplen la tarea de supervisión. En ese circuito de interacciones, se trata de introducir nueva información en el sistema familiar para generar diferencias en él, en lo que puede entenderse como un proceso de aprendizaje en el cual tanto el sistema familiar como los demás integrantes del sistema terapéutico aprenden.

Por otra parte, este circuito de interacciones genera una totalidad compleja, en la que de uno y otro lado se trazan distinciones, descripciones y comparaciones y se elaboran hipótesis que serán puestas a prueba a través de las acciones y los resultados obtenidos. En este sentido la relación terapéutica puede ser concebida como una coreografía en

donde se implementan intervenciones dirigidas a los aspectos cognitivos, pragmáticos y emocionales (Ceberio & Linares, 2006).

Estos tres aspectos, si bien se diferencian con la finalidad de analizarlos, están íntimamente ligados en el sistema y actúan unos sobre otros. Así los valores, creencias y pautas construidas a partir de la interacción, y que constituyen el aspecto cognitivo, actuarán en el ámbito de lo pragmático pautando las interacciones con otros. Y, recursivamente, estas interacciones permitirán trazar nuevas distinciones y descripciones que confirmarán o modificarán el aspecto cognitivo. Esta compleja relación entre cognición e interacciones, se da además con la presencia permanente de las emociones.

Todo esto nos lleva a la primera de las definiciones planteadas por los autores, y que es la que resulta más compleja y, a la vez, más abarcadora. Para analizarla es necesario tomarla por partes: en primer lugar, que la relación terapéutica sea un ensamblaje cibernético y narrativo de dos instancias implica que en ella se ponen en juego todos los procesos de comunicación estudiados por la cibernética, incluso por la cibernética de segundo orden. Esta última implica que, además de la instancia del sistema familiar, es necesaria la inclusión del observador dentro del sistema que es observado, lo que es una cuestión fundamental para la relación terapéutica. Cuando el terapeuta observa el funcionamiento del sistema familiar, está él mismo incluyéndose en el sistema y, su narración expresará lo percibido de las narraciones de los integrantes de la familia.

Por otra parte, sobre estos intentos de describir lo que sucede, están sobrevolando los fantasmas familiares, y también los del terapeuta. Con este concepto los autores hacen referencia a los sentimientos, valoraciones, y creencias que la narración que se intenta construir despierta en ellos. Es esto lo que hace imprescindible considerar el plano emocional en la elaboración de hipótesis y la implementación de estrategias. Este ensamblaje involucra el encuentro y la acomodación de distintos sistemas de creencias, de historias personales, de ciclos vitales distintos que se van dando en un juego de significados atribuidos y de emociones que se entrelazan constantemente.

Estos intercambios involucran una especie de negociación acerca del significado de ciertas conductas y tipos de relaciones que ponen a prueba la capacidad del terapeuta para lograr sus objetivos sin producir una reacción negativa por parte del paciente o de todo el sistema familiar. La técnica de *reframe*, traducida literalmente como reenmarcar, consiste precisamente en cambiar el marco conceptual o emocional en el cual se inserta

una situación para lograr un cambio en el significado de la misma, sin modificar el valor semántico de lo que una persona expresa, solo situar los hechos relatados en otra estructura que posibilite de forma indirecta la modificación del significado o el sentido atribuido a la situación.(Ceberio & Watzlawick, 2008).

2.2.2. Terapia Sistémica- Abuso Sexual

La terapia sistémica aplicada al abuso sexual se focaliza en la comprensión de las relaciones establecidas en el sistema familiar, entendiéndose por tal no solo a padres e hijos sino a la familia en sentido amplio y comunidad, comprender la compleja dinámica relacional de este escenario y el modo en que cada uno participa en el surgimiento del acto violento. Característico de los modelos sistémicos, que centran sus objetivos terapéuticos específicamente en la modificación de patrones de interacción personal, a través de la aplicación de un marco teórico integrado con aportes de la teoría general de los sistemas, la cibernética, los trabajos de teóricos pragmáticos de la comunicación, y la práctica de la psicoterapia familiar (Kriz, 1990; Serebrinsky, 2009).

En este contexto son fundamentales conceptos como pautas de interacción, roles, jerarquía, límites y fronteras, subsistema parental, subsistema filial, y otros que hacen posible la comprensión de la estructura del sistema familiar y su dinámica interaccional.

La comprensión, sin embargo, no es suficiente, y es necesario pasar a la acción. El objetivo del trabajo terapéutico es lograr un cambio en las estructuras o en las reglas del juego de manera que se resuelva el problema expuesto como motivo de la consulta. En la relación que los terapeutas establecen con él o los pacientes, ellos mismos están expuestos al cambio (Haley, 1997). Esto implica que el proceso terapéutico no puede verse como si el terapeuta fuera simplemente un espejo que refleja lo que le sucede al paciente, sino que ambos están implicados en él, en una relación compleja, que incluye comunicaciones de distintos niveles y una construcción intersubjetiva de las estrategias y las intervenciones. Esta complejidad aumenta cuando incluimos un equipo terapéutico que cumple el rol de acompañar el trabajo del terapeuta de campo, y de colaborar en el proceso de supervisión de la terapia.

Para el trabajo terapéutico con un caso de abuso sexual de menores, que es el que nos ocupa en este trabajo, consideraremos el protocolo de intervención descrito por Perrone y Nannini (1997).

Las intervenciones terapéuticas en este caso deben organizarse en tres áreas: las secuelas de efracción, captación y programación. En todos los casos, y dadas las características de las víctimas, el trabajo debe adaptarse y comprender su forma de construir la realidad, a su disponibilidad, a su grado de madurez, a su necesidad de hablar, a sus medios de expresión y a su capacidad para digerir la experiencia terapéutica. Una cuestión básica es explicar el objetivo de las entrevistas y de las preguntas, para diferenciar claramente el ámbito terapéutico de lo policial y judicial.

El trabajo sobre la efracción abarca todo lo que apunta a restaurar el territorio, la envoltura y el espacio personal. La reconstrucción de los límites es la primera instancia a la cual debe atender el terapeuta, afrontando el problema que representa el trastocamiento entre lo bueno y lo malo, lo debido y lo indebido, que ha resultado de la acción del abusador sobre la víctima.

El trabajo sobre la captación apunta a que el paciente pueda sustraerse del hechizo, y consiste en revelar las técnicas utilizadas por el abusador, poner de manifiesto las artimañas de que éste se valía para volver dócil a su víctima. En este sentido una de las primeras medidas del protocolo de intervención que podría enunciarse para el caso de abuso sexual de menores es nombrar al hechizo, hacerlo visible y explicarlo como un fenómeno interaccional y comunicacional en el que hay uno que ejerce dominación sobre el otro, que es la víctima. Es necesario hacer esto cuidando de crear el estado emocional adecuado en la víctima, abrumada muchas veces por el temor y la culpa. Una cuestión importante para revertir esto es revelar que era imposible decir no a causa del trance, explicar que la voluntad estaba captada, tomada por el abusador.

La puesta en palabras, la narración que arroje una explicación del hechizo es un medio para lograr revertir los efectos de la captación. En una cuidadosa evocación de la puesta bajo hechizo, atendiendo a los aspectos cibernéticos de la interacción, el terapeuta guiará la reconstrucción del contexto en el cual se dio este hecho. Un elemento fundamental de esta reconstrucción es el retrato de la familia. La descripción de los miembros y de las relaciones que se plantean entre ellos es un material importante para la elaboración de hipótesis. Otra fuente de información importante, y que implica además avanzar en el trabajo terapéutico es la descripción, del modo más preciso posible del comienzo de la situación, la tarea es buscar los primeros comportamientos desviados del abusador, para comenzar a hacer visible el hechizo.

El trabajo sobre la programación tiende a desactivar los aprendizajes relacionados con el hechizo y a abrir el acceso a niveles de meta aprendizaje. El terapeuta se interesa por las premisas del razonamiento de la víctima y sus a priori con el objetivo de modificar los sentimientos de culpa, vergüenza, fatalidad y explicarle cómo fueron transferidos del abusador a la víctima (Perrone & Nannini, 1997).

2.2.3. Importancia de la supervisión en la terapia sistémica

2.2.3.1. Cibernética de segundo orden y resonancia

Las definiciones de la relación terapéutica en términos sistémicos a las que hemos hecho referencia anteriormente, implican la existencia de un sistema de comunicación complejo y dinámico, en el cual el terapeuta, y por extensión el equipo que trabaja detrás del espejo unidireccional, se incluyen en una doble instancia de observadores y participantes.

La inclusión del observador dentro del sistema permite analizar la presencia de factores, que intervienen sobre los procesos del sistema terapéutico. Se trata de variables cognitivas y cibernéticas que generan determinadas distinciones, y a través de ellas influyen sobre la epistemología del terapeuta y también sobre la percepción del paciente (Ceberio & Linares, 2006).

Algunas de ellas son:

- La estética del terapeuta
- El momento del ciclo vital del terapeuta
- La historia del terapeuta.
- Las expresiones faciales de los participantes en la sesión.
- Las expresiones verbales (tonos de voz, énfasis) de los participantes.
- El contexto.

Es importante tener en cuenta que estos factores actúan tanto en el terapeuta como en el paciente, influirán en las percepciones y distinciones de ambos. Dado que las hipótesis y estrategias terapéuticas surgirán a partir de las interacciones ocurridas durante las sesiones, la influencia de estos factores sobre estas últimas estará determinando la construcción de las hipótesis e intervenciones a realizar en el proceso terapéutico.

El plano emocional es tan importante como el plano cognitivo para analizar las influencias de las interacciones propias del sistema terapéutico sobre la construcción de estrategias terapéuticas.

Por ejemplo, un terapeuta puede sentirse confundido ante situaciones isomórficas con circunstancias de su historia, y esto puede afectar su capacidad de realizar distinciones y puntuaciones adecuadas, y hasta llegar a obstaculizar la implementación de una estrategia terapéutica. Esto puede suceder también dentro del equipo terapéutico que trabaja detrás del espejo unidireccional, dando lugar a discusiones acerca de la hipótesis de lo que sucede con la familia.

“Los isomorfismos introducen una variable relevante en tanto conllevan indiscriminación y aglutinamiento, y constituyen el campo propicio para las proyecciones personales.” (Ceberio & Linares, 2006, p.43). Esta afirmación alude a los efectos de los isomorfismos entre aspectos del paciente o su historia personal y familiar, y la propia historia del terapeuta. La indiscriminación tiene que ver con la confusión entre lo que es adjudicable al paciente y al sistema familiar paciente, y lo que puede ser una proyección personal del terapeuta.

El efecto del isomorfismo sobre el sistema terapéutico puede verse favorecido por la acción inadvertida del aspecto emocional del terapeuta. Como respuesta a la amenaza que esta variable representa para el éxito del trabajo terapéutico suele hablarse de disociación, para describir la acción de tomar distancia por parte del terapeuta con respecto a la relación terapéutica, para ponerse a salvo de las reacciones e intervenciones del paciente. (Ceberio & Watzlawick, 2008).

Esta consideración implicaría un intento de lograr mayor objetividad, neutralizando el aspecto emocional del terapeuta, y dejando en funcionamiento sólo el aspecto cognitivo del mismo. Pero la definición de la disociación en estos términos implicaría que el observador esté fuera del campo de observación, algo que desde la perspectiva sistémica resulta imposible (Ceberio & Watzlawick, 2008).

Más allá de los isomorfismos entre paciente y terapeuta, situaciones de muerte, robos, violaciones, separaciones, tienen por sí mismas una atribución traumática colectiva y pueden también tener una significación individual particular y perturbadora. El caso del abuso sexual es una de estas situaciones, y puede resultar particularmente conflictiva a la hora de avanzar en la implementación de estrategias terapéuticas del tipo de las

enunciadas en el apartado correspondiente. Cierta timbre de voz, una distancia gélida, o por el contrario una tendencia invasiva de la intimidad, o actitudes descalificantes por parte del terapeuta son algunas interacciones que, en el plano relacional, pueden crear dificultades en la sesión y conducir a trazados particulares de distinciones. Esto no implica que este tipo de casos no sean abordables, sino simplemente que son situaciones que exponen al terapeuta a un nivel de riesgo emocional más intenso que otras.

Por tal motivo resulta necesario el trabajo de las emociones del terapeuta, de manera que las mismas, sean puestas bajo la luz de la reflexión y controladas en sus efectos no deseados. Al respecto, el modelo sistémico ha introducido el concepto de resonancia (Elkaïm, 1989) para referirse a los sentimientos, las voces internas y las que se disparan en el terapeuta a partir de los temas, las experiencias relatadas, los gestos, los tonos de voz, las interacciones que emergen del encuentro entre terapeuta y paciente.

Las resonancias surgen no sólo a partir de los contenidos o de los temas que traen los pacientes a la terapia, sino que en muchas ocasiones se infiltran a través de los mecanismos y estilos de las interacciones. En este sentido, la triangulación, la descalificación, las coaliciones en contra de uno de los miembros del sistema familiar, también pueden despertar resonancias en el terapeuta.

Elkaïm (1989) sostiene que la misma se manifiesta allí donde una misma regla puede aplicarse tanto a la familia del paciente como a la familia de origen del terapeuta, o a las relaciones que caracterizan al grupo de supervisión. El autor la caracteriza como un caso especial de ensamblaje. Este último concepto hace referencia al encuentro entre sistemas de creencias, de historias personales, de contenidos y tipos de relaciones que se da en la relación terapéutica según la definición propuesta por Ceberio & Watzlawick (2008). Como también se la describe como el encuentro de elementos semejantes, comunes entre dos sistemas en interacción. Bajo el efecto de estos elementos semejantes, dos sistemas diferentes pueden entrar en resonancia, de la misma manera en que dos cuerpos se ponen a vibrar bajo el efecto de una frecuencia determinada (Elkaïm, 1989).

El impacto emocional que implica esta interacción influye indefectiblemente en los planos cognitivo y pragmático de la relación terapéutica. Cognitivamente, la emoción influirá sobre el trazado de distinciones y descripciones, tanto potenciando el marco de comprensión como generando puntos ciegos, que influyen en la construcción de hipótesis. En la pragmática, se traducirá en acciones que activen y reactiven la

cibernética, pero también de otras que la entorpezcan, bloqueándola, fracasando en los intentos de solución y estancando el proceso terapéutico (Ceberio & Linares, 2006).

En lugar de considerar el fenómeno de la resonancia como un obstáculo para el desarrollo del trabajo terapéutico, los autores consideran que estos sentimientos pueden ser considerados como puentes listos a construirse entre los miembros de la familia paciente y el terapeuta, y que permitirán establecer los fundamentos comunes para edificar la terapia.

2.2.3.2. El rol de la supervisión

La formación y la práctica en psicoterapia es inimaginable disociada de la supervisión, es parte del organigrama del trabajo clínico del terapeuta responsable y comprometido, supervisar y ser guiado por un profesional acreditado, para lograr el desarrollo de un estilo propio, creativo, y prevenir la arbitrariedad y las prácticas rígidas.

Ceberio & Linares (2006) presentan el trabajo de supervisión en la conjunción de tres niveles:

- La problemática del paciente o de la familia, intentando describir los juegos y estilos relacionales y las consecuentes atribuciones de significado.
- El problema del terapeuta, reconociendo algunos aspectos de su mapa en el intento de destrabar y posibilitar el libre fluir de las interacciones con miras a eliminar los posibles obstáculos existentes.
- Los aspectos relacionales entre el terapeuta y los miembros de la familia, en el caso de que sea en ese nivel donde se sitúan tales obstáculos.

Existen distintos tipos de supervisión, según el momento en que se efectúe y los medios que se utilicen. La supervisión conversacional (Haley, 1997) también llamada indirecta (Ceberio & Linares, 2006) es la más simple y requiere menos recursos. En ella supervisor y supervisado siguen una agenda de conversaciones en las cuales se discute acerca de las hipótesis y estrategias. Más que concentrarse en las características del caso en sí, el foco se pone en las predisposiciones y los problemas emocionales del terapeuta supervisado. Este trabajo se puede realizar en privado o bien en grupo, como en el caso que estamos analizando. Se trabaja aquí con los sentimientos y aspectos cognitivos de todo el equipo, con el objetivo de lograr la armonización de los distintos aportes en la construcción de las hipótesis clínicas y las estrategias de intervención.

La supervisión indirecta trabaja con un relato (el del terapeuta) que involucra otro relato (el que ha realizado el paciente durante la entrevista terapéutica), cuestión que el supervisor debe tener en cuenta. Este relato está subjetivamente puntuado y recortado por el terapeuta, y sobre ese recorte particular intervendrá el supervisor, puntuando y recortando a su vez desde su subjetividad. De este juego de construcciones surgen las hipótesis y los objetivos del trabajo terapéutico (Ceberio & Linares, 2006). Es importante considerar que las hipótesis que se elaboren y los consiguientes objetivos de ninguna manera son categóricos y no constituyen ninguna verdad objetiva.

Minuchin, Wai y Simon (1998) sugieren la importancia de superar el nivel del contenido de la *historia* familiar, para poder ver el *drama* que se constituye a través de las distintas narraciones de esa historia en una trama relacional. “La supervisión debe empujar al terapeuta a ver tanto como a escuchar; para ver la negociación, lo conductual, el texto subyacente interpersonal que rodea y cubre cada historia familiar” (p.103).

La supervisión en vivo es para Haley (1997) el modo más eficaz de formar un terapeuta, viéndolo hacer terapia a través de un espejo de visión unilateral o en un monitor. La ventaja de la supervisión en vivo está en la posibilidad de discutir un problema específico en el momento en el que el terapeuta y el grupo de colegas se debaten con él. Los miembros del equipo que se encuentran detrás del espejo están en mejor posición para determinar cuáles de los procesos observados son específicos de la familia y cuáles tienen que ver con la interacción con el terapeuta (Simon, Stierlin, & Wynne, 1994, citado en Ceberio, 2009).

El supervisor que está a cargo del equipo terapéutico puede usarse a sí mismo para enriquecer la intervención. Por ejemplo, a través del interfono que comunica la cámara Gesell con la sala de sesiones puede impartir instrucciones al terapeuta que está llevando adelante la entrevista con el paciente o la familia. Aun cuando puede pensarse que es necesario, es conveniente manejar estas intervenciones con cuidado para no abrumar a los miembros del grupo familiar, para las familias estas intervenciones son siempre enriquecedoras y positivas puesto que, con independencia del contenido, comunican una impresión de que se dispone de recursos técnicos y humanos sofisticados para atender a sus problemas (Ceberio & Linares, 2006).

El modelo de supervisión, uno de los objetivos de las observaciones en este trabajo, está definido en Ceberio (2009) y (Ceberio & Linares, 2006) como isomórfico del de terapia,

es decir que posee las mismas características de interactividad y recursividad, propias de la acción terapéutica.

La supervisión en vivo, realizada en conjunto por un equipo terapéutico detrás del espejo unidireccional está coordinado por un terapeuta experimentado, y cuenta con dos instancias más de supervisión: las presesiones y postsesiones. Las primeras constituyen un tiempo de planificación y desarrollo de estrategias e intervenciones, como también el espacio para lograr la tranquilidad del terapeuta trabajando sobre los aspectos emocionales, generalmente se dan entre el supervisor directo y el o los terapeutas que participaran de la entrevista terapéutica, puede o no estar presente todo el equipo. En el caso analizado tanto las pre-sesiones como las post-sesiones son realizadas con el equipo presente. Las postsesiones son un tiempo cognitivo, y durante ellas se analiza la sesión extrayendo consecuencias y preparando directrices para la continuidad de la terapia. Aquí es donde el equipo puede realizar aportes al trabajo de construcción de hipótesis, señalando cuestiones conflictivas y colaborando en el trabajo con las emociones y sentimientos del terapeuta, ayudando a distinguir entre lo que es propio del sistema familiar paciente y lo que podría resultar el efecto de proyecciones del terapeuta (Ceberio & Linares, 2006).

De estas características surge la conclusión de que la supervisión implica un aumento de la complejidad del sistema terapéutico, generando nuevas narraciones, distinciones y descripciones acerca de lo que sucede, que se ponen en juego en un marco de interacciones multiplicadas, en el que aparecen implicados los planos cognitivos, pragmáticos y emocionales de todos los integrantes .

Del encuentro de múltiples epistemologías, estilos interaccionales e historias personales surgirán las hipótesis, como construcciones intersubjetivas provisionales, que luego se pondrán a prueba a través de la implementación de estrategias terapéuticas igualmente construidas para ser corroboradas o desestimadas de acuerdo con los resultados.

El espacio de supervisión posibilita al terapeuta o equipo, el planteo de inquietudes, descarga emocional, en el que se pulen las resonancias que empastan o entorpecen el campo terapéutico, permitiendo su desarrollo profesional y personal.

3. METODO

El presente trabajo tendrá una modalidad descriptiva observacional.

3.1. Tipo de estudio:

Modelo caso único

3.2. Metodología:

Cualitativa.

3.3. Sujeto:

Se observó el Tratamiento de un caso de ASI (Abuso Sexual Infantil) desde la perspectiva sistémica. La primera entrevista fue realizada por el área de admisiones de Escuela Sistémica Argentina (ESA), y los datos fueron recogidos de la ficha de admisiones de la Institución. **Consultante:** mujer, 41 años, separada, madre de 5 hijos, 4 del primer matrimonio y 1 una niña de 6 años de edad hija de su última pareja. La niña había sufrido abusos sexuales y el abusador era un vecino de 15 años, el hijo de la madrina de su hijo. Refiere conductas agresivas de la menor con sus hermanos y con otros niños, dificultad en aceptar límites, problemas de conducta en la escuela, exceso de peso. Su otra hija adolescente fue abusada por su ex pareja, motivo por el cual lo retiró de su hogar. La consultante planteó que en su familia había muchos problemas de convivencia, peleas continuas y no lograba poner límites a sus hijos, también expresó sentirse con mucho miedo y angustiada porque todas las mujeres de su familia había sufrido abusos ella, su hija mayor, la adolescente y la menor. Solicitó ayuda y planteó no contar con recursos económico, trabajaba como empleada doméstica.

Se observó el trabajo realizado por el Equipo de Atención Comunitaria de la institución terapéutica, al cual la institución derivó el caso del tratamiento de ASI (Abuso Sexual infantil). El equipo estaba integrado por profesionales en formación sistémica, de los cuales 5 eran psicólogos recibidos, la coordinadora del grupo y se completaba con la autora del presente trabajo, cursando la Práctica y Habilitación Profesional. Las sesiones estuvieron a cargo de un Licenciada en Psicología, quien contaba con dos años de experiencia en atención a niños, estaba formándose allí, como Psicoterapeuta Sistémica y era su primer caso de Abuso Sexual Infantil. La coordinadora del equipo, fue quien encabezó la supervisión en vivo y la planificación de las estrategias e intervenciones. El supervisor principal fue un Licenciado en Psicología, con quien el equipo realizaba la supervisión cada 15 días.

3.4. Técnicas:

Observación participante en Cámara Gesell, pre sesiones, sesiones, post sesiones, fichas de admisión y entrevistas realizadas a todos los integrantes del equipo de profesionales

en formación sistémica que participaron en el tratamiento del caso de abuso sexual infantil, incluyendo a los supervisores.

3.5. Procedimiento:

Las descripciones se basaron en las observaciones realizadas en las primeras 12 sesiones del tratamiento, mediante la Cámara Gesell, lo observado de las interacciones durante las pre sesiones, post sesiones y de las supervisiones, también se extrajo información de las entrevistas realizadas a los integrantes del grupo terapéutico en formación sistémica, que conformaron el equipo detrás de Cámara, incluyendo a la terapeuta que atendía el caso, a la coordinadora y al supervisor. Los datos de los integrantes de la familia fueron modificados, no develando su identidad.

4. DESARROLLO

La supervisión en el caso observado presenta dos instancias que se complementan: la supervisión directa y la indirecta.

Mauricio Andolfi (1992), diferencia la supervisión directa de la indirecta y plantea en la indirecta, que la calidad de la relación que se establece entre el terapeuta y la familia es proporcional a la relación que existe entre el supervisor y el terapeuta. Sus funciones son complementarias. El supervisor incluye a la familia y al terapeuta en su mirada, lo que le permite colaborar con el terapeuta en la indicación de directivas, a quien le corresponderá poner en práctica esas directivas, sin perder su emotividad y su libertad de acción.

El trabajo realizado por el equipo de terapeutas en formación detrás del espejo unidireccional se enmarca dentro de lo que se caracteriza como supervisión directa. El objetivo principal del equipo es brindar al terapeuta el apoyo necesario para llevar adelante el trabajo terapéutico, elaborar hipótesis, diseñar estrategias de intervención y aplicarlas de manera eficaz.

En el momento de la sesión el equipo interviene a través del interfono, ya sea con alguna sugerencia directamente a través de este medio o solicitando al terapeuta que salga para conversar. Además de la sesión, existen dos momentos más en los cuáles el equipo actúa: la pre-sesión y la post-sesión. En el primero de estos espacios se discute el trabajo a realizar posteriormente en la sesión, las tácticas y técnicas a aplicar, los objetivos que se busca lograr, la dirección de la estrategia más adecuada. En las post

sesiones el núcleo de los intercambios suelen ser las impresiones de la terapeuta, fundamentalmente los aspectos emocionales, las dudas, los ruidos percibidos en la relación con el paciente identificado o el sistema familiar.

Haley (1997) sostiene que la práctica correcta de la supervisión directa implica una buena planificación previa de las entrevistas, para reducir el uso del interfono durante la sesión a lo mínimo necesario. La idea, según el autor, es que el supervisor (en este caso el equipo) utilice el interfono solo cuando considere en la sesión una oportunidad para mejorar el trabajo terapéutico dentro de la estrategia elaborada, o cuando detecta alguna falla u omisión que reclama su atención en ese momento. En el caso observado en cada pre-sesión se define la forma de trabajo durante la entrevista y se aclaran los objetivos a alcanzar.

Para la descripción del trabajo del equipo terapéutico, se han diferenciado las instancias de las sesiones de las pre y post sesiones. Esto obedece a las diferencias que ofrecen ambos contextos desde el punto de vista cibernético.

Durante la sesión es la terapeuta la que está en contacto directo con quien o quienes participan de la entrevista. El equipo está entonces observando al sistema, y sus intervenciones, aún cuando están orientadas al sistema familiar, se dirigen al terapeuta.

En las pre y post sesiones, en cambio, se produce un intercambio entre el terapeuta y todo el equipo con la ayuda de la coordinadora. Estos son espacios para la reflexión y para la elaboración de hipótesis y estrategias, además del momento en el que afloran y se ponen en juego las distintas miradas, sentimientos, y valores de quienes participan del trabajo terapéutico.

A continuación, y respondiendo a la diferenciación planteada, se analizarán en primer término las intervenciones del equipo durante las sesiones, luego los intercambios en las pre y post sesiones, para finalizar con un examen de los aportes al trabajo terapéutico realizados por la supervisión indirecta, llevada a cabo periódicamente mediante reuniones de la terapeuta y el equipo completo con el supervisor general.

4.1. Objetivo 1: Describir los tipos de intervenciones del equipo de terapeutas en formación sistémica, durante las sesiones del tratamiento de un caso de una niña víctima de abuso sexual.

La coordinación del equipo resultó de gran importancia para la armonización de las distintas perspectivas y aportes de sus miembros. A través de la planificación grupal se

intentó construir una mirada conjunta coherente, capaz de transmitir seguridad a la terapeuta y a la propia familia.

La licenciada que supervisó el caso refirió en la entrevista, que en la mayoría de los casos es mejor trabajar con un equipo observando que con uno o dos terapeutas en el setting, y que este caso en particular, por su complejidad, es ideal para trabajar con un equipo. Afirmó que su idea de lo que debe ser el trabajo del equipo detrás del espejo unidireccional implica que no se juzgue al terapeuta que esta en el *setting*, sino que se le brinde el apoyo que pueda necesitar.

Particularmente, la terapeuta demostró a lo largo de las sucesivas sesiones, un movimiento creciente de apoyo en el equipo terapéutico. En entrevista, reconoció que en la primera sesión estaba muy nerviosa por verse expuesta a la mirada de otros. Pero afirmó que pronto sintió que no era evaluada por el equipo, sino que recibía de él el respaldo capaz de aliviar sus ansiedades: “(...) llegó un momento en que dejé de pensar si estaba haciendo las cosas bien o no, y confiaba en que si pasaba algo iba a sonar el timbre.”

De las observaciones también surgió, y es confirmado por la terapeuta y miembros del equipo en las entrevistas, que la existencia del equipo le dio mayor seguridad a C. Las intervenciones del equipo siempre fueron bien recibidas por ella y se estableció un vínculo de confianza. La terapeuta expresó también que las intervenciones del equipo hicieron que C se sienta sumamente respaldada... “sabe que hay muchas cabezas trabajando en esto...que no soy yo sola”.

L también se sintió muy cómoda con el equipo, incluso lo toma como referencia durante las sesiones, y los saludó en cada sesión al llegar y al irse. Esta relación entre el equipo terapéutico y L fue vista por los miembros del equipo y por la terapeuta como una ayuda importante con la cual cuenta C para trabajar en ponerle límites a su hija. La terapeuta por su parte, dice que también a ella la ayudaron las intervenciones del equipo en cuanto a ponerle límites a L durante las sesiones, cosa que le costaba por su involucramiento emocional con la niña.

En este sentido, la coordinadora consideró que una cuestión importante era lograr una coherencia en la actitud y el lenguaje entre el equipo y la terapeuta. “Es importante, por ejemplo, que cuando se dirigen a C o a L le hablen con las mismas palabras”. A través

de este medio se les transmitió a ellas que el equipo está allí colaborando, ayudándolas a avanzar en la dirección escogida y que están todos juntos en este proceso.

Con respecto a la co-construcción de hipótesis, una de los miembros del equipo destacó en la entrevista, la velocidad con la cual se decidió intervenir dentro del equipo y también la que existe en la definición de acciones durante las pausas. Dos de los miembros expresaron sentir que su participación no era plena en estos momentos, pero una de ellas lo adjudicó a una cuestión personal y con la otra se llegó a la conclusión de que su retraimiento (... “yo nunca usé el interfono con la psicóloga”) tiene que ver con la necesidad de ir a su propio ritmo que siente cuando está en el setting. De cualquier manera todos coincidieron que la limitación de tiempo exige ser concretos, y que en el equipo “...no se pierde el tiempo en tener razón”. En la misma entrevista otra integrante del equipo expresó limitarse en su participación por su estilo personal, reconoce que ha ido modificando esto en el proceso del trabajo terapéutico en relación al inicio del mismo.

Con respecto al tema de las resonancias que surgieron en el trabajo terapéutico, los miembros del equipo reconocieron que los problemas que podían aparecer desde lo emocional no afectaban, la terapeuta, sino a todo el equipo. “...Estamos todos involucrados con lo que está pasando”, dijo una de ellas. Para poder trabajar con esas emociones, se destacó la importancia de la mirada del supervisor que, al no estar inmerso en el clima que se genera a lo largo de las sesiones, y su experiencia profesional, aportó una mirada menos afectada por aspectos emocionales, menos contaminada. Esto ayuda a ordenar la tarea del equipo y ha dado buenos resultados, en el sentido de evitar que las cuestiones emocionales dificulten el trabajo terapéutico.

4.1.1. Connotación positiva y apoyo

La participación activa del equipo terapéutico apareció desde la primera sesión. Después de haber recibido la información de la familia a través de la derivación, equipo y terapeuta coincidieron en que el caso parecía ser complejo y era necesario contar con mayor información para poder empezar a plantear hipótesis. Como se consideraba que era necesario ir logrando esto con cautela, para la primera sesión se convocó solamente a C, madre de la niña víctima de abuso.

C se mostró muy angustiada por lo que había vivido su hija, además de avergonzada y con un sentimiento de culpa por no haber podido protegerla. En un momento

determinado, y ante la angustia que transmitía la madre, el equipo intervino a través del interfono pidiéndole a la terapeuta una pausa, en la cual se le sugirió que connotara positivamente el relato de C, el objetivo fue hacerle sentir que estaba dando un paso muy importante, que el equipo le agradecía su confianza y destacaba su fortaleza, y le hacía saber que contaba con todo su apoyo en el trabajo que estaba iniciando. Esto resultó efectivo para lograr que C se sintiera más aliviada y pudiera continuar con la entrevista.

Considerando entonces que la presencia del equipo era importante para el trabajo terapéutico, al iniciar la sesión siguiente ya con L, el equipo se presentó a la niña y a partir de ese momento quedó establecido un vínculo, al que L responderá tomando como referencia al equipo detrás del espejo en distintos momentos de las sucesivas sesiones.

Ya en esta primera sesión L pudo contar lo que había sucedido con J, su abusador, realizando dibujos y escribiendo algunas cosas. Una vez que se dio esto, el equipo sugirió una pausa en la cual se conversó acerca de los sentimientos de la terapeuta, que dijo tener miedo de avanzar sobre lo sucedido e invadir demasiado a la niña, con resultados negativos para el trabajo terapéutico. Se decidió entonces que lo logrado era suficiente, y que había que continuar con dibujos libres y de la familia, para obtener eventualmente mayor información logrando que la niña se sintiera cómoda. En casos de abuso sexual infantil, como hemos visto en el marco teórico, el trabajo de desarticulación del hechizo debe ser muy cauteloso, y respetar ciertas etapas, para las cuales la víctima tiene que estar preparada.

Los aportes del equipo terapéutico en cuanto a la connotación positiva de las situaciones planteadas en sesión y al mantenimiento de un sentimiento de contención por parte de C, pilar del cambio en el sistema familiar, continuaron en las sesiones siguientes. Así se dio por ejemplo cuando la madre contó lo que había vivido con su hija después de hacer la denuncia: por un lado estaba el maltrato que habían recibido por parte de los funcionarios que la atendieron (recriminación a C por no haberse dado cuenta, y alusiones desagradables a L, como si le había gustado el “jueguito”), y por el otro el hecho que la niña, a pesar de todo, le había agradecido a su madre por haber hecho la denuncia. En este caso el equipo le transmitió a C a través del uso del interfono el orgullo y la admiración que sentían por su fortaleza y decisión, y la importancia del

sentimiento despertado en L, la niña se sentía cuidada, protegida por su mamá, esto era el comienzo de una nueva relación entre ellas.

Otra intervención de este tipo se dio durante una entrevista con C y dos de sus hijos: E y A, la última también víctima de abuso sexual en su adolescencia. Durante la sesión los hijos expresaron sus críticas a C por su rol de madre, y la culparon por lo que le había sucedido a L y a su hermana G. Pero, al mismo tiempo, ellos expresaron estar muy preocupados por su madre, que está muy aislada y “no hace más que trabajar”. El equipo intervino aquí para destacar la importancia de que sus hijos estén preocupados por C, porque eso significaba que la querían y deseaban protegerla. Se le dice a C que es bueno que cuente con el apoyo de sus hijos para enfrentar el cambio que está iniciando. De esta manera el equipo busca desplazar la atención al reproche y la culpa hacia la expresión de afecto, para desde allí posibilitar otra mirada de la situación y nuevas interacciones entre ellos, los hechos no son modificados pero si este cambio de enfoque habilita otros significados a la situación, permitiendo un nuevo escenario posible.

4.1.2. Límites y tiempos

En sesiones de psicoeducación con L, ésta mostró dificultad para aceptar los límites de las actividades propuestas por la terapeuta: por ejemplo al dibujarse ella y la terapeuta cuando se le pidió que dibujara a la familia, o no respetar las pautas planteadas para un juego, o querer jugar a otra cosa, o a varias juntas. En estas instancias, el equipo intervino para ayudar a la terapeuta a poner límites a la niña, resguardando su vínculo con la niña.

También el equipo colaboró en el ajuste de los tiempos de sesión, a través de la pausa. La coordinadora del equipo plantea que, en general, es recomendable que sea la terapeuta la que decida el momento de la pausa, pero reconoce que en este caso, en virtud de la conducta de L y la experiencia de la terapeuta, el equipo puede colaborar a través de la utilización del interfono, proponiendo una pausa para que se pueda cumplir con los objetivos propuestos para la sesión en el tiempo del cual se dispone. Esto llegó a consolidarse a lo largo del trabajo terapéutico, la terapeuta logró trabajar más cómoda en la sesión sabiendo que, en caso de que fuera necesario, el equipo intervendría.

4.1.3. Intervenciones destacadas

Además del aporte brindado por el equipo al trabajo terapéutico en las cuestiones relacionadas con los límites de las actividades con L y con el uso del tiempo de sesión, y

en cuanto a la connotación positiva y el apoyo a C, hubo algunas intervenciones puntuales que, respondiendo a la premisa de brindar apoyo a la terapeuta, se dieron ante situaciones contingentes y fueron importantes para el trabajo terapéutico.

4.1.3.1. La denuncia y la ley como marco

En una entrevista con C posterior a la primera reunión de supervisión indirecta, se había planificado trabajar la necesidad de realizar la denuncia de la violación que había sufrido la niña. La introducción de la ley aparecía como un momento ineludible para avanzar con el trabajo terapéutico, según vimos en el marco teórico.

La idea era transmitirle a la madre el significado de este hecho en términos de cuidado, protección y un cambio importante y necesario para su familia. La sesión estuvo dedicada a la psicoeducación, reforzada a través de la connotación positiva del esfuerzo que C estaba realizando para reparar el daño sufrido por su hija.

En un momento de la sesión y como aún la terapeuta no había llegado a plantearle a C que la denuncia era ineludible, pero si había logrado su atención captación y comprensión de la situación, el equipo decidió intervenir para proteger el vínculo de la terapeuta con C y expresarle la necesidad de hacer la denuncia. A través del interfono se le dice a la terapeuta que le comunique a C que el equipo le aclara que si ella no hace la denuncia deberán hacerla ellos, porque el trabajo terapéutico debe desarrollarse dentro de un marco legal. Esto responde a lo visto en el marco teórico acerca de la necesidad de establecer claramente el papel ordenador de la ley en el caso de abuso sexual infantil (Perrone & Nannini, 1997). A partir de este momento, el trabajo de la terapeuta durante la sesión pudo concentrarse en la connotación positiva y en transmitirle el apoyo necesario para que lleve adelante la denuncia. En la sesión siguiente la mujer transmitió su decisión de hacer la denuncia esa misma semana, cosa que cumplió. Posteriormente, cuando vino a sesión y contó su experiencia con la denuncia, el equipo le transmitió su admiración y, a través de un trabajo corporal la terapeuta la ayudó a visualizar a su actitud corporal, la ayudó a experimentar el alivio que conllevaba el paso que acababa de dar. Esta intervención respondió a la importancia que tienen los aspectos analógicos (no verbales) de la comunicación para la incorporación y el refuerzo de ideas y sentimientos.

4.1.3.2. La inclusión de M (padre de L)

Durante la sesión en la cual participaron por primera vez los hijos de C (en realidad E y A, porque G no pudo asistir) surgió que el comportamiento caprichoso y problemático de L no era algo nuevo, sino que “ella siempre fue caprichosa”. Esto movilizó al equipo, surgió la sospecha de que M (padre de L y abusador de G) podría haber abusado de su hija. El equipo decide entonces intervenir solicitando una pausa, en la cual se le sugiere a la terapeuta que les pregunte directamente si ellos sospecharon alguna vez que M hubiera abusado de L. Todos respondieron afirmativamente, incluyendo a C, pero dijeron que la niña nunca había dicho nada al respecto, así que era sólo una sensación. Esta intervención tuvo su efecto sobre el propio equipo, instalando el problema de incluir a M en el trabajo terapéutico, la figura de abusador en el equipo, presente desde la primera sesión, había estado funcionando como un fantasma, no posibilitando ver la importancia de incluirlo en este proceso.

Esta cuestión se trató en la supervisión indirecta y se discutió posteriormente con el equipo, decidiéndose citar a M para una entrevista a solas. La decisión de citarlo fue transmitida a C delante de L y G en la sesión que compartieron las tres, buscando a través de esta intervención la exposición de la situación de abuso sufrida por G, ya no se puede decir, acá no pasó nada. Hay una situación expuesta, un nuevo escenario en la familia.

En sesión, M, que se mostraba agotado y poco comunicativo, reconoció que había abusado de G, y dijo estar muy arrepentido de haberlo hecho. En esta sesión el equipo intervino a través de una pausa en la cual se decidió en conjunto con la terapeuta que había sido muy útil contar con la declaración de M, pero que no sería de mayor utilidad para el trabajo terapéutico en virtud de la escasez de recursos que demostraba. Esa sesión continuó entonces con la participación de C, trabajando en psicoeducación con ambos acerca de los roles parentales y la importancia de que ambos incorporen herramientas que les permitan poner límites a L.

Finalmente, la sesión se desarrolló sin problemas, y el equipo apenas tuvo que intervenir para confirmar con la terapeuta las limitadas posibilidades de trabajar con el hombre y la conveniencia de reunirlos con C y focalizar en la tarea, roles y funciones como padres.

4.1.3.3. Convivencia del sistema familiar

Después de realizada la denuncia, y de haber citado a los hermanos de L, se decidió trabajar con C, L y G. En la sesión anterior a esa había surgido la angustia familiar ante

la ida de E, identificado como quien ponía los límites en la casa, y se había puesto en juego la cuestión de que C lograra poner límites asumiendo su rol de madre.

La primera parte de esa sesión se dedicó al trabajo con G (ver apartado siguiente), y posteriormente se trabajó con las tres mujeres. Inmediatamente surgieron los problemas: L es muy caprichosa y no obedece a G cuando esta queda a su cuidado. La niña dice que su hermana siempre le está gritando, y su hermana responde que ella es agresiva y le pega. Ante esta situación, el equipo interviene a través de una pausa en la cual se decide plantearles que trabajen en la elaboración de un código de convivencia. Para eso tendrían que ponerse de acuerdo las tres y pautar que cosas se pueden hacer y qué cosas no.

En posteriores sesiones se siguió la evolución de esta intervención, refieren que no habían terminado de establecer ese código de convivencia, una cuestión muy importante fue que L expuso el incumplimiento del objetivo. Ella declaró que su mamá y G seguían discutiendo y gritando y que ella todavía no hacía caso. Esto demuestra que la niña está en el camino de reconocer los límites y la importancia de las normas y que está comprometida con el trabajo terapéutico. Esto es utilizado por el equipo terapéutico para proponer una actividad conjunta en la cual las tres propongan las cuestiones a incorporar en ese código, con L participando en la medida de sus posibilidades, a través de dibujos o pegando figuritas en el contrato.

4.1.3.4. La inclusión de G

A partir del momento en el cual C relata que G fue abusada por M, la inclusión de la adolescente en el trabajo terapéutico se volvió una cuestión a resolver. Quedaba claro que la consultante era C, y que el núcleo del problema planteado era la situación de abuso vivida por L, pero era imposible avanzar en el trabajo terapéutico sin contar con la mirada de G y sin incluirla en la terapia.

Después de una cita fallida (cuando concurrieron E y A), finalmente se contó con ella en la sesión en la que también concurrieron C y L. La primera parte se destinó a que G pudiera contar su experiencia. Sin mucha dificultad pudo contar lo sucedido, y también dijo que su madre la culpa por su separación de M. En ese momento el equipo intervino y se le sugirió a la terapeuta que le preguntara a G cómo le había contado lo sucedido a su mamá y cómo había sido su relación con ella después de eso.

La adolescente dijo que fue su novio quien al enterarse por ella de lo sucedido le dijo que debería contárselo a su madre. Con respecto a la relación con C dice no llevarse bien y que le preocupa que se siga viendo con M. El equipo interviene nuevamente para que G se exprese acerca de porqué le preocupa eso, y entonces surge que C se está viendo los fines de semana con M, y que a ella eso le duele mucho, porque no puede entender cómo su madre sigue eligiéndolo aún después de lo que le hizo a ella.

La situación de G generó sentimientos desencontrados en los miembros del equipo que fueron discutidas en post-sesión y trabajadas luego en las reuniones de supervisión indirecta. Se aclararon en estas instancias los límites del trabajo terapéutico: en este caso no se puede trabajar con G, aunque algún miembro del equipo expresara su deseo de hacerlo. Lo importante es lograr que la adolescente participe del proceso de cambio liderado por C y que sienta que el nuevo escenario familiar también significa protección para ella, que no está apartada de las consecuencias de lo que se está haciendo.

4.2. Objetivo 2: Describir las intervenciones del equipo de terapeutas en formación sistémica durante las pre-sesiones y post sesiones en tratamiento del caso de una niña víctima de abuso sexual.

La dinámica de trabajo entre terapeuta y equipo en las pre y post sesiones se focalizó en la planificación, interacción de ideas y sentimientos en los integrantes del equipo que se detectaron como posibles obstáculos para el proceso terapéutico y en la reelaboración de estrategias.

La coordinadora considera que, en las pre-sesiones, es importante lograr un consenso que permita a la terapeuta entrar en el setting, sintiéndose segura de lo que se va a trabajar y de que cuenta con el apoyo del equipo. Ella, consulta siempre a la terapeuta acerca de cómo se siente ante situaciones propias de las sesiones y ante una posible acción sugerida. La intención, declarada por ella en entrevista, es que la terapeuta trabaje con sus propias sensaciones personales, en lugar de abrirse exclusivamente a las opiniones de los miembros del equipo. En las post-sesiones, considera que lo más importante es trabajar con los sentimientos de la terapeuta, y las emociones que surgían a partir de lo que acaba de ocurrir en la sesión.

La Supervisora del caso declara que su estilo es exponer sus ideas en todos los intercambios tal como si fuera una más del equipo. Esto se ha verificado a través de la observación de estos intercambios, en los cuales todos tienen el mismo derecho a

expresar sus opiniones y la coordinadora no se reserva la última palabra a la hora de definir estrategias. Su explicación de esta forma de trabajo se basa en que, si bien considera importante la experiencia, no es lo más determinante a la hora de elaborar una buena estrategia. Dice que una mirada puede estar viciada a pesar de la experiencia, y que la mirada de alguien con mucha menos experiencia puede ser la correcta en algunos casos. En el caso de la terapeuta que atendió el caso destaca que, a pesar de su corta experiencia, tiene una buena preparación con la cual es necesario contar y a la que hay que aprovechar. Esta estrategia adoptada por la coordinadora del equipo responde a la consideración del carácter colectivo de la construcción de hipótesis y estrategias en el marco de la terapia sistémica, en el entrecruzamiento de las múltiples miradas y paradigmas, habilitados a través de esta estrategia, surgen y se modifican las hipótesis y se definen estrategias con una mayor amplitud que en el caso en que son elaboradas por un solo terapeuta.

De hecho, hubo un cambio en la actitud de la terapeuta frente a la supervisión directa llevada a cabo por el equipo que fue identificado a través de la observación. En las post-sesiones correspondientes a las tres primeras sesiones, preguntaba inmediatamente al tener el primer contacto con el equipo cómo había estado, preocupada por su desempeño en sesión. Esta dinámica desapareció en las sesiones posteriores para dar lugar a una integración más tranquila con el equipo para discutir las inquietudes, ideas y sentimientos que surgían en la sesión.

4.2.1. Planificación y resonancias de la terapeuta

Durante el proceso del trabajo terapéutico se presentaron varias situaciones, en las cuales la planificación implicó trabajar con las emociones de la terapeuta. Esto se dio en algunas pre-sesiones, pero fundamentalmente en las post-sesiones. A continuación se analiza la dinámica de las mismas.

4.2.1.1. El trabajo en psicoeducación y los tiempos en sesión

En la primera de las post-sesiones, la terapeuta estaba muy movilizada por el caso con el que le tocaba trabajar. Tratándose de un caso de abuso sexual infantil dentro de una familia multiproblemática era necesario focalizar el trabajo para obtener resultados concretos. La coordinadora trabajó con la terapeuta en los aspectos en los que sentía inseguridad, en la importancia de comprender el contexto de esta familia, sus valores, sus creencias, para poder ayudarla sin imponer los propios. Se trabajó acerca de qué

sentimientos provocaba esto en la terapeuta y cuáles eran las situaciones en las que se encontraba insegura.

La coordinadora incorporó herramientas para el control de los tiempos en la sesión, dado que a la terapeuta se le dificultaba este tema, implementó pautas que le permitieran organizar la sesión; la estrategia adoptada fue la de organizar pequeños objetivos, cortos, concretos, para las distintas sesiones con el fin de ir ayudando a esta familia a restablecer el orden desde pequeños logros.

Después de haber tenido la primera sesión con L se focalizó en la inseguridad declarada por la terapeuta con respecto a su sentimiento de incapacidad para captar la información brindada por la niña. En post-sesión el equipo le transmitió su impresión positiva de la forma en que había logrado una buena conexión con L y la contención que le transmitía. Esta intervención del equipo en el espacio de post-sesión se relaciona con el apoyo al que hemos hecho referencia al analizar el trabajo en vivo durante las sesiones y que es uno de los objetivos de la supervisión directa.

En esta misma post-sesión se definieron los objetivos concretos a trabajar en las próximas sesiones: 1-Psicoeducación con L, para lo cual se utilizarían juguetes, muñecos, como medios para ir armando historias con la niña para poder trabajar cuestiones como la privacidad, las diferencias de sexos, los límites y el respeto a los adultos; 2-Reforzar la idea de la denuncia en la mamá, compartiendo con ella los comentarios de la niña sobre los hechos, e informándole de los beneficios de la denuncia para poder ayudarla a que pierda el miedo a dar ese paso; 3- Connotar positivamente todo el esfuerzo que está haciendo, y reforzar su rol madre, el amor por su hija y su necesidad de reparar esta situación; y 4-Transmitirle a C la necesidad de citar a los hermanos de L. Esto se decidió con el objetivo de ampliar información del contexto y conocer con que tipo de red cuenta esta mamá.

En la pre-sesión siguiente se terminó de establecer los juegos que se iban a utilizar para comenzar con la psicoeducación y hubo participación de todos los miembros del equipo. Una cuestión que se consideró especialmente, sobre todo porque había surgido en la primera reunión de supervisión indirecta, es la recuperación de su lugar de niña. La sexualidad de la niña fue violentada obligándola a atravesar el mundo sexual adulto sin los recursos psíquico y físicos necesarios, perdiendo su condición de niña al no poder vivir su sexualidad como tal, quedando atrapada en el mundo adulto, esto podría desarrollar un sentimiento de poder de seducción en la fantasía de la niña, como una de

las posibles consecuencias. El objetivo del trabajo terapéutico es posibilitar y recuperar su rol de niña, estableciendo nuevas pautas y nuevos límites para su relación con el mundo de los adultos.

El trabajo planificado se llevó a cabo de acuerdo con lo previsto, excepto, como se describió en el apartado dedicado a las intervenciones del equipo en sesión, que el equipo tuvo que intervenir para ayudar a la terapeuta a ajustar los tiempos de la sesión. Esto es algo que se trabajó también en la post-sesión, donde la terapeuta dijo sentirse un poco perdida en relación con los objetivos que se habían planteado debido a la aceleración de L y a sus caprichos, el equipo le señaló que, por el contrario, había podido trabajar bien con los objetivos propuestos y que el problema había estado en el uso del tiempo, ya que había quedado poco espacio para el trabajo conjunto con madre e hija. Una clave para lograr esto es controlar el despliegue de L, y para ello el equipo habilita a la terapeuta para que sea más firme a la hora de ponerle límites. A partir de este intercambio se logró un mejor aprovechamiento del tiempo en las siguientes sesiones de psicoeducación con la niña.

4.2.1.2. La entrada de la ley. La denuncia

Después de la reunión de la supervisión indirecta, en la cual se había planteado la necesidad de avanzar con el tema de la denuncia, en pre-sesión se planificó una estrategia basada en la connotación positiva de los esfuerzos realizados por C para modificar situaciones dolorosas para su familia. Constituyendo ese esfuerzo en un pilar para el cambio y desde allí transmitirle la importancia de la denuncia.

Había que vencer la naturalización del abuso que se daba en un sistema familiar en el que, madre y sus tres hijas habían sido víctimas de abuso. Como actitudes complementarias se le plantearía la amenaza de que algo similar volviera a ocurrir si no se hacía nada al respecto, al mismo tiempo que se le transmitiría apoyo y aliento para tomar la decisión.

En la post-sesión se trabajó focalizando los aspectos emocionales de la terapeuta, quien expresó la dificultad que halló para transmitirle a C la inevitabilidad de la denuncia. Al mismo tiempo dijo que se había sentido aliviada al no ser ella la que tuvo que presionarla para ello. Se habló de la posibilidad de que C pudiera llamar durante la semana, para que la terapeuta estuviera preparada para contenerla y se planificó la forma en que se encararía el trabajo con el resto de los miembros de la familia para lograr el objetivo de ampliar la información acerca del contexto.

Cuando en la sesión siguiente C declaró su intención de hacer la denuncia esa misma semana, todos los integrantes percibieron la seguridad y decisión de realizar la denuncia por parte de C, y estaban seguros de que eso proponía un gran cambio, nuevos relatos estaban por venir en la familia. Y cuando finalmente C hizo la denuncia y contó su experiencia en sesión, la sensación de alivio que expresó fue compartida por el equipo. Ya estaban en otro lugar, en otra situación, en la cual las fronteras se estaban marcando y desde ese nuevo escenario se trabajaría hacia la familia. La entrada de la ley como elemento externo de orden permitía una mayor seguridad a la hora de restablecer los límites y roles del sistema familiar (Perrone & Nannini, 1997).

4.2.2. Resonancias en el equipo

4.2.2.1. La situación de G

Después de la sesión en la que se había citado a los hermanos de Ly a la cual faltó G se planteó el trabajo con la terapeuta en sesión, con respecto a cómo se había sentido. Primeramente el equipo le señaló que se la había visto muy operativa, que la sesión había fluido, y a pesar de que había tres personas pudo interactuar con cada una de ellas. Ella dijo que se sintió muy aliviada al poder hacer la pregunta acerca de la sospecha sobre M, que estaba flotando desde el comienzo en los todos los integrantes del equipo de trabajo. Pero lo importante aquí es que la sesión generó sentimientos diversos en todo el equipo. Varios de los miembros expresaron su malestar porque G no se presentara por cuidar a L y su sobrino. La sensación de ellos es que se podría haber buscado a otra persona para esa tarea y lograr que ella esté presente en sesión. El equipo piensa que C no organizó las cosas de esa manera porque no quiere que G concurra a sesión, y esto genera sentimientos de injusticia en el equipo.

Cuando finalmente G acudió a sesión y se pudo trabajar con ella, definitivamente surge todo el malestar del grupo en relación al lugar que ocupa G dentro de la familia. La sensación casi generalizada es que está viviendo una situación injusta; incluso una de las miembros del equipo, expresa con mayor fuerza esta sensación, dice que “tendría que estar haciendo cosas de 14 años”, en lugar de estar a cargo de su hermana. En el equipo se discute el tema y se acuerda que dadas las condiciones de la familia, el tener que cuidar a su hermana es un rol que le toca vivir, a pesar de su edad. Tenemos aquí una forma en la cual el trabajo con los sentimientos y emociones que surgen en el equipo permite diferenciar entre los valores y creencias de la familia y los propios de los

miembros del equipo, teniendo en cuenta que una premisa de la terapia familiar sistémica es intervenir sobre la familia respetando sus valores y sin imponerles los propios del terapeuta.

Una de las integrantes del equipo muestra mayor resistencia a aceptar la situación, cosa que surgió también en la entrevista con el equipo, donde además reconoció sentir un cierto rechazo hacia L y el deseo de trabajar con G para ayudarla a superar la experiencia de abuso vivida. En dicha entrevista otra miembro del equipo coincide en esa sensación de injusticia y en que ve a G en un “segundo plano” con respecto a su hermana, que es en estos momentos el centro de atención. Con respecto a la sensación de rechazo hacia L se trabaja en comprender, que su comportamiento es la expresión de los múltiples problemas que tiene el sistema familiar y de la situación de abuso que tuvo que vivir. Con respecto a G se acuerda que no es ella la consultante, y que todo lo que puede hacerse es avanzar en el trabajo terapéutico para que ella también se sienta protegida en una nueva estructura familiar.

Este es un claro ejemplo de cómo las emociones, las ideas preconcebida de familia, los valores, los esquemas mentales de los integrantes de un equipo, juegan un lugar preponderante en la interacción entre el sistema familiar y el equipo terapéutico, pasan a pertenecer todos al mismo sistema. Sin un trabajo de supervisión por parte de un profesional experimentado, esto podría obstaculizar o hacer fracasar el proceso de terapia.

4.2.2.2. M: el padre y el fantasma del abusador

Otro ejemplo de cómo las emociones y sentimientos influyen en la dinámica terapéutica y en el avance del tratamiento, fue lo que generó la figura de M, padre de L. Desde el momento en que C contó que había abusado de su hija, G, en varios miembros del equipo se despertó un sentimiento de sospecha hacia el hombre. Sin embargo esto no se discutió en la post-sesión correspondiente, ni en las siguientes. Cuando se llevó el tema a la supervisión indirecta y el supervisor sugirió la necesidad de convocar a M, salieron a la luz las dudas puestas en suspenso hasta el momento: ¿Por qué no abusaría M de L? Dados su antecedente de abuso y su condición de alcohólico esto parecía a algunos de los miembros del equipo una posibilidad esperable.

Finalmente se pudo discutir al respecto cuando se realizó la sesión con C y sus hijos E y A. En ella como ya expusimos anteriormente, todos habían expresado que compartían la sospecha. En post-sesión se trabajó para superar la sensación de rechazo hacia M y,

considerando lo visto en la supervisión indirecta, citarlo para incluirlo en el trabajo terapéutico, teniendo en cuenta que su rol de padre de L hacía ineludible su participación, más allá de las sospechas.

Realizada la entrevista con M, la post-sesión correspondiente sirvió para exorcizar este fantasma. Ahora el hombre aparecía en una forma más concreta, y si bien en algunos siguió existiendo la sospecha de que podría hacer algo indebido con L, trabajar las sensaciones producto de la entrevista permitió darle un lugar más manejable dentro del trabajo terapéutico.

En post-sesiones siguientes, cuando surgió el propio malestar de C con respecto a las falencias de M en su rol de padre, y las alusiones de la propia L a que estaba siempre triste o se enojaba con ella y que eso le molestaba, fue surgiendo en el equipo la idea de lograr que C tomara distancia de él y le pusiera límites con respecto al tiempo compartido con L. Se acordó, de acuerdo con la supervisión indirecta, en ir cautelosamente en esa dirección, ayudando a C a sentirse más segura para expresar sus sentimientos y tomar decisiones que pueda mantener.

La estrategia elegida comienza a mostrar sus efectos, porque al momento de escribirse el presente trabajo, C ha reconocido sus encuentros con M (información que había surgido de la sesión con G) y dice estar avergonzada por ello. Por otra parte ha pasado de decir que M era “un buen padre” a expresar su disgusto por su incapacidad para cuidar a L, denunciando que, en varios ocasiones está borracho durante las visitas de la niña o se queda dormido, por lo que ya no le permite que se lleve a la niña si no le asegura que estará despierto y sin tomar alcohol. En la última post-sesión el equipo coincide en que por este camino es posible que C comience a ver la relación con M como un riesgo para su familia, y esta percepción tenga efectos positivos para la familia, aparecen nuevos límites y la necesidad de un nuevo orden en la dinámica familiar.

4.2.2.3. Una resonancia positiva: la admiración por C

No todas las resonancias, entendidas como respuestas emocionales a la comunicación establecida con el paciente o los miembros del sistema familiar, resultan negativas desde el punto de vista del trabajo terapeuta. En el caso analizado, desde las primeras sesiones, tanto la terapeuta como el equipo sintieron admiración por C, esta madre que, a pesar de pertenecer a un medio socioeconómico desfavorable y haber sido víctima de abuso y violencia familiar, estaba buscando un camino diferente, con nuevas herramientas que le permitieron llegar a esta instancia, en la que estaba liderando un

cambio en su familia con el objetivo de proteger a sus hijas y cumplir con su rol de madre.

La admiración por C se fue retroalimentando con los intercambios dentro del equipo durante las post-sesiones, porque todos estaban admirados por los recursos de la mujer para afrontar la situación. Esta idea compartida por los miembros del equipo sirvió para reorientar los esfuerzos hacia la connotación positiva toda vez que aparecieron cuestiones problemáticas, o que amenazaban con desviar la dirección del trabajo terapéutico.

En este sentido influyó la supervisión indirecta, al sugerir concentrarse en lo positivo, desde los recursos potenciales de C para ayudarla a ponerlos en juego e ir desarrollando otros de mayor complejidad. Estas ideas son planteadas por Ceberio y Linares (2006), acerca de la utilización de los sentimientos despertados a través de la resonancia como puentes entre el terapeuta y el sistema familiar, que posibilitan la construcción de un vínculo propicio para potenciar el trabajo terapéutico.

4.3. Objetivo 3: Describir el proceso de supervisión indirecta del equipo de terapeutas en formación sistémica que trabajó en el caso de una niña víctima de abuso sexual.

4.3.1. La relación supervisor/equipo terapéutico

4.3.1.1. Conociendo al equipo detrás del espejo

La supervisión indirecta del caso fue llevada adelante por el Licenciado Claudio Deschamps, a través de reuniones periódicas con el equipo terapéutico completo.

La primera de estas reuniones se coordinó después de haberse llevado a cabo la tercera entrevista, cuando el equipo consideró que era momento de llevar a esa instancia la discusión acerca de la hipótesis clínica y las intervenciones terapéuticas más adecuadas para el abordaje.

En la reunión, el supervisor comenzó preguntando acerca del sistema familiar, y características más destacables, e inmediatamente introdujo algunas preguntas acerca de las características del equipo terapéutico, cuántos eran los integrantes, formación de cada uno, tiempo de trabajo como equipo y cómo era la dinámica de trabajo.

En la entrevista realizada con el supervisor, él mismo señala que esta es no es su forma habitual de encarar la primera reunión de supervisión con un equipo, pero tratándose de un equipo en formación considera que es lo más indicado, ya que su cliente es el equipo terapéutico, y no el paciente identificado o el sistema familiar. Para poder llevar a cabo eficazmente su tarea de supervisión, considera imprescindible comenzar por conocer al equipo. Esto es para él, “una manera de comenzar a intervenir en el equipo y en todo el sistema que integra el trabajo terapéutico”, expresa en la entrevista lo siguiente, “..Partiendo de un isomorfismo entre la supervisión y la terapia, si yo quiero modelar un tipo de relación, una manera de abordaje, una manera de aliarse, una manera de conectarse con la persona, una relación útil de trabajo, tengo que lograr una buena conexión con el equipo y desde allí intervenir”.

En cuanto a esa conexión entre supervisor y equipo, Deschamps considera que el hecho de que el equipo está conformado por terapeutas en formación resulta en beneficio del clima necesario para el trabajo de supervisión, los miembros del equipo están más dispuestos a escuchar y a recibir las preguntas con la actitud de aprender.

Esta afirmación fue confirmada por lo expresado por una de las integrantes del grupo en la entrevista realizada al equipo. Al referirse a los intercambios dentro del mismo reconoció una limitación personal a la hora de expresar sus opiniones: un cierto temor a equivocarse, a “hacer el ridículo” al decir algo obvio. En cambio, dijo, en las reuniones de supervisión le sucede lo contrario: en ese contexto se siente más cómoda para hablar y sin temores. Esto lo adjudica a que allí se siente más en el rol de alumna y, por lo tanto, habilitada para equivocarse. “Cuando estamos en el equipo somos pares, somos terapeutas”, dice, “y yo todavía me siento mucho más cómoda como ayudante, como alumna”.

En lo expuesto, se puede reconocer la importancia que le significa a un terapeuta en formación la supervisión realizada por alguien experimentado, enriquece su proceso de formación y crecimiento como terapeuta. Este interés inicial de algunos de los miembros del equipo, puede ser un buen punto de partida para construir la alianza entre supervisor y equipo terapéutico que Deschamps señala como fundamental para lograr buenos resultados, tanto en la supervisión como en el trabajo terapéutico.

4.3.1.2. La terapeuta

Después de las preguntas realizadas al equipo que trabaja detrás del espejo unidireccional, el supervisor focalizó su atención en la terapeuta que atendía en sesión, preguntándole qué experiencia tenía y cuál era su formación, continuó preguntando acerca del motivo de consulta, el genograma y de la familia que había construido.

Su principal interés era saber cómo se sentía la terapeuta trabajando con L y su mamá. En ese momento la terapeuta reconoce que siente cierta ansiedad, porque teme perderse “un montón de detalles” de lo que sucede en la sesión. Dice que le resulta más fácil trabajar con la madre que con L.

Esto hace que el supervisor le señale que ese esfuerzo es un indicador de que algo está sucediendo con su trabajo, y que es un buen momento para detenerse a pensar. Del intercambio entre ambos surge que la consultante es en realidad C, la madre, y que está bien que la terapeuta se concentre en los intercambios con ella.

Además, el supervisor hacer referencia aquí a una de las cuestiones clave a tener en cuenta en el trabajo en casos de abuso sexual: la relación de hechizo que se establece entre la víctima y el abusador (Perrone & Nannini, 1997). En virtud de esta relación asimétrica y abusiva, la víctima queda prendada del abusador, y esto es algo que debe ser considerado para poder avanzar con el trabajo terapéutico. En este sentido el supervisor alerta a la terapeuta, y también al equipo que está presente, acerca de las reacciones posibles de L, que está bajo el efecto del hechizo, cuando el equipo terapéutico se refiere a su abusador como tal. Lo que, en principio, puede resultar obvio para la terapeuta, y también para los miembros del equipo, (que L es la víctima de una violación), es un relato de la historia al que la niña puede resistirse.

En la misma línea de advertencias, el supervisor le señala a la terapeuta que su trabajo puede ser visto por L como una forma de restarle poder. Un poder ilusorio, claro, que puede existir en su fantasía, una niña capaz de seducir a un adolescente. En las condiciones actuales de su relación con los rituales del hechizo, se puede aparecer como un poder que a ella le agrada poseer (o pensar que lo posee) y molestarle la idea de que eso deba desaparecer.

Estas cuestiones relacionadas con la activación prematura de la sexualidad en una niña abusada, son señaladas por los autores antes citados como una consecuencia de la erotización a la que el abusador conduce a la víctima. Una vez iniciado este movimiento, la víctima puede buscar ella misma los encuentros con el abusador, o

incluso con otras personas, y esto es algo que sólo desaparecerá en la medida en que la relación de hechizo y los efectos que a través de sus mecanismos tiene sobre la voluntad de la víctima, sea desarmada por el trabajo terapéutico.

Para poder avanzar con el trabajo, el supervisor le recomienda dejar de esforzarse por “no perderse detalles de lo que hace L” y poner la mayor energía en el trabajo con C, que es “la mejor palanca para el cambio”.

En relación al objetivo planteado por el supervisor, construir una alianza que involucre supervisor, equipo y terapeuta, la pregunta a la terapeuta está orientada a sus sentimientos en relación al trabajo con un equipo detrás del espejo. La terapeuta expresa y luego también lo expone en la entrevista que se le realizó, que en un principio sintió cierta ansiedad al respecto, pero que al poco tiempo se sintió más relajada, y que su percepción actual es que puede contar con que el equipo, le posibilita trabajar con mayor seguridad saber que está detrás suyo, apoyándola y haciendo un seguimiento.

Un aspecto importante, señalado por la terapeuta, en relación al apoyo brindado por el equipo, es la dinámica en la construcción hipótesis y de estrategias de intervención. En este sentido, afirma que la posibilidad de intercambios dentro del equipo contribuyó a la flexibilidad en las construcciones de las mismas. A diferencia de la rigidez o los límites que se presentan en el trabajo individual, el hecho de que haya varias personas trabajando en la elaboración de las hipótesis resultó para ella un trabajo enriquecedor.

4.3.2. Intervenciones de la supervisión

4.3.2.1. La decisión de hacer la denuncia

En de supervisión indirecta, el supervisor refiere recordar que ya en la primera reunión les sugirió la importancia de hacer la denuncia, cuestión que era fundamental para poder avanzar con el tratamiento. La entrevistadora, transmitiendo la vivencia del equipo, le comenta que ellos estaban considerando hacer la denuncia, pero resultó que a partir del trabajo terapéutico se logró que la realizara la consultante, y que a partir de la supervisión esa postura tomó más fuerza en el equipo, lo que facilitó que se le transmitiera a C esa decisión, sin miedos ni inseguridades, presentes hasta entonces.

El director de la institución afirma que, justamente, él percibió una duda en el equipo al respecto y por eso se lo señaló. Siguiendo con el isomorfismo entre supervisión y trabajo terapéutico, explica que su interés está en detectar en qué estado está la persona

que lo consulta, o el equipo que está supervisando. Este aspecto le parece más importante para desarrollar su trabajo que “los detalles de las historias”.

En su opinión, de esta manera es posible darse cuenta qué está esperando la persona que el terapeuta haga: “que la orienten un poco, que la provoquen, o que la induzcan a hacer algo”.

La recomendación del supervisor para lograr este objetivo fue, preguntar más a C sobre el chico que abusó de L. De esta manera se haría presente la situación, la violación sufrida por su hija y el peligro que representa esta situación para los otros niños, se le plantearía la importancia de la denuncia, en relación al cuidado y orden necesario en la familia. También indica que es importante que se vaya preparando el clima para que la denuncia sea hecha, sin posibilidades de postergación.

El resultado de esta intervención fue muy importante para el trabajo terapéutico: una vez hecha la denuncia y puesto en movimiento el mecanismo judicial surgió una nueva escena terapéutica. L se mostró agradecida con su madre, expresando con ese agradecimiento su alivio por el cuidado de su madre, colocándose en el rol de niña que necesita de la protección y la atención del adulto. En la segunda reunión de supervisión se sugirió trabajar en la valoración positiva del efecto de la denuncia, para lograr la reconstrucción de los límites y roles del sistema familiar.

Aquí nos encontramos con la introducción de la ley como instancia superior ordenadora, que aparece en este caso para ayudar a poner un orden, establecer límites y encontrar el apoyo necesario para conseguir la voluntad y fortaleza necesaria para encarar las modificaciones en la estructura familiar. El orden introducido por la ley no alcanza solamente a L, cuya violación es el motivo de este trabajo, también tiene sus efectos sobre el resto de la familia, incluyendo a G, aunque ella todavía no esté en condiciones de apreciarlo, debido al sentimiento de injusticia y falta de cuidado que despierta en ella la conducta de su madre en su relación con M.

4.3.2.2. La inclusión del entorno. Complejidad del sistema terapéutico y red de apoyo

En la primera reunión de supervisión indirecta, el supervisor concluyó indicando a la terapeuta y equipo la necesidad de ayudar a construir un entorno que colabore con el sistema terapéutico. Esto implica en primer término convocar al resto de la familia, y a otras personas que apoyen a C logrando que se genere una red. Presenta como una

cuestión clave en este sentido la inclusión de los padres de los otros niños implicados en los juegos con el abusador.

El objetivo propuesto por el supervisor tanto a la terapeuta como al equipo, es lograr que a través de la protección que esta red le brinde a C, ella se libere de la vergüenza y el aislamiento al percibir que no es la única mamá implicada, y pueda sentirse sostenida por el grupo.

Como intervención, el supervisor le sugiere a la terapeuta y al equipo convocar a A, la hija mayor, y a los otros hijos de C. Una vez confirmada ésta en su rol de líder del cambio en el sistema familiar, el apoyo de su familia puede ser uno de sus pilares más fuertes.

La reconstrucción de los límites y de los roles dentro de la estructura familiar es un imperativo en el trabajo con familias multiproblemáticas. Para ello, el trabajo con la mayor cantidad posible de miembros del sistema familiar, contribuye a estos objetivos al mismo tiempo que provee a C de la red de apoyo imprescindible para realizar los cambios necesarios y sostenerlos en el tiempo.

Por otro lado, la inclusión de otros miembros del sistema en el trabajo terapéutico permite ampliar la información del contexto familiar, incluyendo otras miradas. La información completa acerca del contexto es imprescindible para la elaboración de hipótesis y para poder evaluar la respuesta del sistema al trabajo terapéutico.

En términos sistémicos, los cambios realizados por C y por L deben tener efectos sobre otros miembros del sistema familiar, y estos deben ser considerados para diseñar intervenciones posteriores, sin perder de vista y señalado por el supervisor, que C es la consultante y la agente principal dentro del sistema familiar del cambio necesario. En la última de las supervisiones, habiéndose entrevistado ya al padre de L, a G y el resto de los hermanos, y establecido el contacto con la maestra de la niña, el supervisor le indica al equipo la importancia que esto tiene: las acciones que el equipo va realizando generan nuevos ecos, modificaciones en las significaciones y nuevas miradas sobre los hechos.

Desde el punto de vista de la teoría aplicada en el trabajo terapéutico dentro del paradigma sistémico, esta indicación implica el aumento de la complejidad del sistema terapéutico para acomodarla a la complejidad del sistema familiar (Bergman, 1986), el propio supervisor afirma que este caso amerita un nivel de complejidad que permita mayores oportunidades para movilizar al sistema, y el equipo así lo entiende también.

4.3.2.3. Trabajar interdisciplinariamente

Otra de las indicaciones aportadas por la supervisión indirecta fue la de encarar un trabajo interdisciplinario, convocando en principio a la psicóloga de G (la hija abusada por el papá de L). La complementación de la terapia familiar con terapias individuales de algunos de los miembros del sistema familiar es algo habitual en el trabajo terapéutico. La comunicación entre los distintos terapeutas o grupos que están trabajando simultáneamente es otra manera de generar una mayor complejidad para ampliar los horizontes de la terapia.

En este caso, el supervisor recomendó también ponerse en contacto con el colegio al que concurre L, para que estén al tanto de la situación de la niña y del trabajo que se está realizando con ella y su madre, y al mismo tiempo consultar con la ginecóloga que atendió a L, buscando contar con la historia clínica acerca de la violación de la cual fue víctima.

En el caso de la terapeuta que atiende a G, a pesar de que se estableció el contacto, no se logró construir una alianza que aportara al sistema terapéutico porque no se encontró la apertura necesaria. La ginecóloga que la atendió dijo que no podía comprometerse porque había una denuncia de por medio y la derivó a un hospital público. La maestra de L fue la que mostró mejor predisposición para colaborar, y aportó información acerca de la conducta de la niña en la escuela, su dificultad para aceptar límites y algunos episodios de encopresis en clase, comentó que pocas veces ha podido hablar con la mamá, porque siempre está muy apurada, también expuso que no estaba al tanto de la situación de L hasta que la niña le contó su encuentro con la Psicóloga forense.

Estos datos reportan nueva información acerca de las interacciones de la familia en relación al contexto.

4.3.2.4. Focalizar en la psicoeducación a través de connotación positiva

En los casos de abuso sexual, los autores citados coinciden en señalar la importancia de modificar aquellos aspectos cognitivos, emocionales y pragmáticos de la víctima que reflejan el efecto de la relación de hechizo (Perrone & Nannini, 1997; Madanes, 1993; Ravazzola, 2005).

El supervisor recomienda desde la primera reunión focalizar el trabajo terapéutico en la psicoeducación, tanto de L como de su madre.

En el caso de L se impone la necesidad de encarar una psicoeducación sexual, de manera que pueda aceptar límites, e incorporar ideas como la existencia de un espacio íntimo, las diferencias entre los sexos, y lo que es un comportamiento apropiado para una niña de su edad. Ya nos referimos anteriormente al efecto que tiene el despertar prematuro de la sexualidad en el caso del abuso infantil y los efectos que tiene en la fantasía de las víctimas.

Con respecto a la madre, el supervisor sugiere basar la psicoeducación en la connotación positiva, para que ella valore sus recursos y pueda desarrollarlos. Señala como objetivo primordial que C pueda escuchar lo que L tiene para decir acerca de su experiencia sin reacciones violentas. Para ello es fundamental que comprenda que su hija es la víctima en una relación asimétrica y perversa por la cual fue violentada y obligada a vivir tempranamente una sexualidad para la cual no está preparada ni psíquica, ni físicamente. Si se transmite eficazmente a C la idea de que esta experiencia sexual inapropiada para su edad tiene efectos traumáticos, ella podrá comprender mejor los comportamientos regresivos de su hija, sus problemas escolares, y podrá contenerla mucho mejor.

En el marco de este proceso de psicoeducación, el supervisor aconseja trabajar especialmente con la resiliencia, ayudando a desarrollar los recursos con los que cuentan madre e hija, y muy especialmente con la madre, que demuestra contar con muchos recursos y es la que lidera el cambio dentro del sistema familiar.

En la etapa actual del trabajo terapéutico la estrategia utilizada comienza a mostrar sus frutos, pues C declara que ya no se enoja con L cuando le cuenta detalles referidos a su abuso, y que puede escuchar a la niña y contenerla, diciéndole que “eso ya pasó” y que ahora ella la va a proteger y cuidar para que no le vuelva a suceder.

4.3.2.5. La convocatoria al padre de L

Ya vimos que tempranamente, tanto la terapeuta como el equipo detrás del espejo comenzaron a tener sospechas de que M podría estar abusando de su hija. Sin embargo esto no se discutía en el equipo para encontrar una acción adecuada, sino que permanecía como un fantasma, algo no dicho pero presente en los integrantes del equipo. En la segunda reunión de supervisión indirecta el equipo le comunicó esta sospecha al supervisor, que también estaba presente en la propia C y en los hermanos de

L que habían participado de la sesión inmediatamente anterior a esta reunión de supervisión.

El supervisor dijo: “Ahora hay que citar al padre”, y la terapeuta inmediatamente reconoció que no sabía cómo manejarse con él, que no dejaba de ser un abusador, y que eso la ponía incómoda. El supervisor entonces reafirma que ese es el tema que hay que trabajar, y para eso hay que citarlo y ver qué es lo que sucede durante la sesión. De esta manera se iría desarmando el fantasma que estaba sobrevolando al equipo. Como estrategia de intervención propone mantener la connotación positiva y decirle a C que, como están avanzando con la terapia, es importante que M “que es un buen padre” participe también de este proceso.

La sugerencia del supervisor para encarar la incorporación de M al trabajo terapéutico, fue la preparación de la escena para su primera sesión con el equipo. La idea es bosquejar un guion para ese encuentro, prever la escena y las emociones que podrían surgir en la terapeuta y en el equipo en ese momento. Esta es una forma de prevenir reacciones que podrían obstaculizar el trabajo terapéutico y reducir la ansiedad. La terapeuta reconoció en la reunión de supervisión siguiente a la sesión con M que había podido encarar la situación sin tanta ansiedad, y con mayor seguridad al haber previsto las situaciones y ensayado posibles respuestas.

Dentro del equipo la evaluación de la importancia de esta intervención de la supervisión tiene sus matices. En la entrevista con el mismo, hubo quien consideró que el trabajo terapéutico estaba estancado, o al menos corría el riesgo de estancarse, ante la evasión de la figura paterna. Otros dicen que no estaban estancados, pero que sin duda se estaba evitando la convocatoria al padre por los temores que eso generaba y que no se planteaban abiertamente en el equipo para buscar una solución. Sí hay coincidencia, en que la intervención del supervisor ayudó a despejar ese fantasma y permitió avanzar con el trabajo terapéutico.

El supervisor señala aquí un riesgo del trabajo terapéutico cuando se trabaja con un miembro de la familia, o un integrante de la pareja y el otro no viene a sesión. En estos casos puede suceder que se empiece a inventar al que no está, a generar una idea de él. Esto genera prejuicios que entorpecen el trabajo terapéutico, y la única forma de disolverlos es en el encuentro, “Siempre va a haber diferencias con la realidad, no puede encajar con la imagen que se inventa”, dice. En el encuentro con la persona real van a surgir cosas, a las cuales hay que estar atentos y trabajar para pasar de los prejuicios, a

una mirada más útil para el trabajo: “La única manera de saberlo es ahí, en la interacción con él otro”, nos aporta información, nos amplía nuestra mirada. Porque tenemos la capacidad para armar historias, pero de esta manera estas historias van a tener menos subjetividad y nos van a dejar otro registro” (Entrevista al director).

Una de los miembros del equipo terapéutico, señaló algo con respecto a esta posibilidad de inventar al miembro de la familia que no está participando del trabajo terapéutico. Para ella M era como un “mito”, no era una persona real, sino que significaba para ella el abusador en abstracto, y esto le impedía plantearse la necesidad que participara del trabajo terapéutico como miembro importante del sistema familiar.

En una etapa posterior, el conflicto con la figura de M se desplazó hacia la ambivalencia de C en su relación con él. Ésta afecta al trabajo terapéutico introduciendo una contradicción entre los esfuerzos para modificar el sistema y la permanencia de una relación que mantiene la disfuncionalidad del sistema familiar.

En la última supervisión registrada para este trabajo, el supervisor señaló este hecho, como una inconsistencia en los cambios de C; pero, al mismo tiempo aconsejó al equipo que no se hagan conjeturas. Citando al equipo de Milán dijo que “no hay que sacar conclusiones, sí describir los hechos”. Para ello sugiere preguntar directamente, creando un espacio lo más cómodo posible para hablar con C acerca de aquello que quiere cambiar y por qué quiere hacerlo.

Una vez más propone la preparación de la sesión como estrategia para reducir la ansiedad y que al momento de dialogar con C, la terapeuta pueda escucharla sin prejuicios y sin sentimientos de angustia. “Nosotros tenemos que ayudar a C para que esté preparada y pueda tomar decisiones que ayuden a su familia a seguir creciendo en un marco de contención y cuidado.”

En la preparación del trabajo en sesión destaca la importancia de las preguntas, como “fuertes intervenciones” en tanto hacen surgir las cuestiones, las exponen y por lo tanto las transforman en problemas, y cuando esto sucede algo comienza a cambiar en el sistema familiar.

5. CONCLUSIONES

A través del trabajo de observación, y con la ayuda de las entrevistas realizadas a todos los involucrados en el trabajo terapéutico se han podido alcanzar los objetivos propuestos en el proyecto.

La observación de las intervenciones realizadas por el equipo durante las sesiones permitió comprobar los aportes que implica el hecho de contar con varios terapeutas atentos a lo que sucede en el setting. En este caso, tratándose de una terapeuta en formación, el trabajo del equipo, como forma de supervisión directa, resultó fundamental para disminuir sus inseguridades y ansiedades que surgieron ante este caso de gran complejidad y ampliar alternativas tanto en la construcción de hipótesis clínicas como soluciones e intervenciones posibles en el proceso terapéutico.

Se pudo observar también que el uso del interfono y de la pausa fue reducido al mínimo necesario y utilizado estratégicamente en varias oportunidades. Tal es el caso de la sesión en la cual se trabajó con C la necesidad de realizar la denuncia, en donde el equipo intervino oportunamente para reforzar esta idea, protegiendo la relación entre la terapeuta y la madre.

Esta forma de utilización de la pausa fue sostenida a través de la planificación realizada en las pre-sesiones y en algunas post-sesiones. A través de ella la estrategia se mantuvo durante todo el tramo observado del trabajo terapéutico incorporando algunas modificaciones tácticas para permitir el avance sin poner en riesgo los logros que se iban dando (inclusión del resto del sistema familiar, realización de la denuncia, modificación de la relación entre L y C). El intercambio entre los miembros del equipo en estas instancias fue fluido y no surgieron diferencias de importancia a la hora de elaborar una hipótesis clínica o de definir las estrategias generales y las acciones puntuales.

El trabajo en las post-sesiones, por su parte, permitió afrontar las resonancias tanto de la terapeuta como del equipo. En el caso de la terapeuta, la más importante resultó su temor a no poder poner límites a L, situación claramente isomórfica con la familia, era uno de los núcleos centrales del trabajo terapéutico, la carencia de límites en el sistema familiar. A través de la connotación positiva y del refuerzo de la idea de trabajo en equipo se logró superar esta dificultad, y la terapeuta expresó (ya avanzado el trabajo terapéutico) sentirse mucho más segura al trabajar con la niña. Por medio de esta seguridad y al contar con la mirada atenta del equipo detrás del espejo unidireccional, pudo también optimizar el aprovechamiento del tiempo de sesión para alcanzar los objetivos definidos en las pre-sesiones.

En el caso del equipo, surgieron emociones y sentimientos que dieron lugar al trabajo en post-sesión. Una de ellas fue el sentimiento de injusticia que despertaba en varios de sus

miembros la situación vivida por G, hermana de L, dentro de la estructura familiar. El trabajo realizado con un supervisor experimentado permitió deslindar entre lo que es propio del sistema familiar y lo que son proyecciones propias del terapeuta, o en este caso de los terapeutas en formación que conforman el equipo. Las construcciones de la realidad de esta familia, dada su situación socioeconómica y cultural, son claramente diferentes a los de los terapeutas.

A través del desarrollo de una mirada constructivista de la realidad humana se hace posible la comprensión de las construcciones sociales en las que se desenvuelve la familia. La construcción de esta mirada, como se pudo observar en este caso particular, se logró a partir de la formación y trabajo con un supervisor acreditado, esto posibilitó a la terapeuta y al equipo, desarrollar apertura y empatía, facilitando el manejo de las disonancias ineludibles entre el mapa sociocultural de la terapeuta como el cada uno de los integrantes del equipo de trabajo y el de la familia consultante.

Mediante los intercambios del equipo en las diferentes supervisiones realizadas durante el proceso terapéutico, se logró evitar que sentimientos, ideas, resonancias personales y propias de la interacción de sus integrantes, obstaculizaran e interfirieran en el avance del trabajo terapéutico. Las instancias de supervisión indirecta aportaron los recursos necesarios para ordenar el trabajo terapéutico y para focalizar en cuestiones cruciales para el mismo.

Más allá de las cuestiones puntuales referidas a las distintas formas de intervención de la supervisión, núcleo de este trabajo, el conjunto del sistema terapéutico, con sus distintas instancias (terapeuta, equipo, coordinadora y supervisor indirecto) logró la movilización del sistema familiar. Aunque el trabajo terapéutico aún no ha terminado, ya se han podido observar cambios positivos en la estructura familiar, C ocupando su rol de madre y líder del nuevo escenario familiar, estableciendo límites necesarios para disminuir la vulnerabilidad de su familia, también fue implementando nuevas pautas en las interacciones familiares, lo que posibilitó la disminución de las crisis recurrentes presentes en los inicios del trabajo terapéutico. La niña comienza a mostrar cambios en su conducta dando señales de un principio de aceptación de límites y de la recuperación de su rol de niña. No menos importante es el hecho de que la denuncia ha sido hecha y el proceso judicial está en marcha con sus efectos ordenadores sobre el sistema familiar.

A partir de las observaciones realizadas se considera necesario el desarrollo de marcos orientadores que permitan al profesional distinguir los rasgos comunes dentro del

escenario de complejidad en el que se desarrollan estas familias. Por tal motivo se hace indispensable la formación del profesional en la comprensión de la complejidad de las posibles variables y el impacto de cada una de ellas.

Sabemos que todas nuestras percepciones están profundamente atravesadas por la subjetividad, como profesionales de la salud, hemos escuchado muchas veces, y leído otras tanta, que éstas deben ser dejada a un lado a fin de captar los fenómenos de la manera más objetivamente posible. Pero también sabemos que creer ciegamente en esto es una utopía. Al referirnos al tema de abuso sexual infantil, en el cuál se encuentra implícita la noción de violencia, como terapeutas no podemos dejar de interrogarnos acerca de lo que un relato de ésta índole puede generar en el propio psiquismo. El terapeuta debe cuestionarse respecto de la manera en que logrará escuchar monstruosos relatos de escenas perversas sin quedar adherido a ninguna de ellas.

En el desarrollo del presente trabajo se pudo observar como el terapeuta forma parte del proceso terapéutico, su lugar de observador participante condiciona los fenómenos que él mismo va a registrar, sus impresiones, distinciones, sensaciones, sentimientos son trazados subjetivamente. En la relación terapéutica las historias contadas por el paciente son promovidas por la devolución del profesional que las escucha y en este campo de intercambio de adjudicaciones vemos plasmado el grado de influencias de conductas que actúan en el contexto terapéutico. Consideramos necesario e importante el trabajo emocional en la formación de un profesional de la psicoterapia, permitiéndole profundizar en su historia relacional, conectarse con sus emociones y progresar en su manejo de los afectos. El crecimiento en cuanto a los recursos teóricos y técnicos, conjuntamente con la atención de los factores emocionales personales, le permitirá fortalecer su trabajo profesional tanto como su crecimiento personal.

Bibliografía

- Andolfi, M. (1992). *Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Anido, M. (2005). *Violencia en la familia... de eso no se habla*. Buenos Aires: Lumen.
- Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 4° ed*. Washington DC, EEUU: Autor.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Ceberio, M. (2009). *Cuerpo, espacio y movimiento en psicoterapia. El cuerpo del terapeuta como herramienta de intervención*. Buenos Aires: Teseo.
- Ceberio, M. & Linares, J. L. (2006). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Buenos Aires: Paidós.
- Ceberio, M. & Watzlawick, P. (1998). *Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción. Estrategias de la comunicación humana*. Barcelona, España: Paidós.
- Ceberio, M. & Watzlawick, P. (2008). *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona, España: Herder.
- Des Champs, C. (2001). *Entrenamiento y supervisión: Un acercamiento Teórico-práctico*. <http://www.redsistemica.com.ar/formacion3.html> (Recuperado en noviembre 2011).
- Elkaïm, M. (1989). *Si me amas, no me ames. Psicoterapia con enfoque sistémico*. Barcelona, España: Gedisa.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires; Amorrortu.
- Intebi, I. (1998). *Abuso sexual infantil en las mejores familias* Bs As: Granica.
- Kriz, J. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. Barcelona, España: Paidós.
- Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Marzo 2008). *Protocolo de abuso sexual infanto juvenil. Resolución 904*. Disponible en

<http://www.asapmi.org.ar>

Minuchin, S., Wai, Y. L. & Simon, G. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona, España: Paidós.

National Center on Child Abuse and Neglect. (1992). *Child Abuse and Neglect: A Shared Concern*, US Department of Health and Human Services, Washington, DC, USA.

Organización Panamericana de la Salud (Oficina Regional de la OMS). (2010). Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez. Autor. Consultado el 20 de octubre de 2011 en www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-maltrato1.pdf

Ochotorena, J.de Paul, Arruabarrena, M, I. (2007). *Manual de protección Infantil*. Barcelona, España: Masson.

Perrone, R. & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.

Serebrinsky, H. (2009). *Un viaje circular. De la psicología social pichoniana a la teoría sistémica*. Buenos Aires: De los cuatro vientos.