

# ESTRATEGIAS Y MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR

Irene V. Intebi\*

GOBIERNO de CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

COLECCIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS 05 – Año 2012

---

## I. CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA INTERVENCIÓN EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

### 6. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

Resulta pertinente hacer un breve repaso de las recomendaciones establecidas en el *MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrena y Alday, 2008)*

El objetivo final de la intervención protectora es garantizar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes, objetivo que se logra al cubrir sus necesidades básicas físicas, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas. Para ello, el Programa de Intervención Familiar (PIF) desarrollarán acciones y ofrecerán recursos y servicios tanto a las familias como a las personas menores.

Para lograr el objetivo final, la intervención apunta a disminuir los factores de riesgo y a reforzar los factores de protección, trabajando con los distintos niveles –protagonistas- de las situaciones de desprotección, lo que constituye el componente multimodal de la misma. La implicación y el peso que se pondrá en cada uno de estos niveles serán diferentes en función de las características y las necesidades de cada caso.

Los niveles de intervención son:

1. Las figuras parentales
2. Los/as niños/as y adolescentes
3. La red de apoyo

El foco de la intervención se situará en establecer y asegurar las condiciones necesarias para garantizar el bienestar, la seguridad y un proceso de desarrollo sano del niño/a o adolescente y no exclusivamente en corregir o contrarrestar la situación de desprotección.

Esta recomendación que se planteó en una publicación anterior en relación a la desprotección en general (Intebi, 2009) cobra todavía mayor trascendencia en los casos de las agresiones sexuales pues para lograr la recuperación y asegurar el bienestar de la(s) persona(s) agredida(s), tendrán igual peso los recursos y las estrategias que se pongan en marcha para reparar el daño sufrido por la(s) víctima(s) como los que se utilicen para garantizar un medio familiar y un contexto de adultos/as protectores/as tanto para el niño/a agredido/a como para otros/as menores convivientes.

---

\* Psiquiatra infanto-juvenil y psicóloga, que desarrolla su labor profesional como: - Miembro de la Comisión Directiva de ISPCAN (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect) - Presidenta del Comité de Capacitación y Consultoría de ISPCAN - Co-Directora de PROCAP (Proyecto de Capacitación Internacional de ISPCAN) - Conferenciante sobre temas de protección infantil en Australia, Austria, Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Eslovenia, EE.UU., Inglaterra, Irlanda, Israel, Malasia, México, Nueva Zelanda, Polonia, Sudáfrica y Uruguay. - Presidenta del 6º Congreso Latinoamericano de Prevención y Atención del Maltrato Infantil. - Becaria de los Servicios Provinciales de Asistencia a los Jóvenes, Centres Jeunesse Chaudiere -Appalaches, Québec (Canadá). - Residente en el Bellagio Study and Conference Center de la Fundación Rockefeller, Bellagio (Italia). - Fundadora y ex Vicepresidenta de la Asociación Argentina para la Prevención del Maltrato Infantojuvenil (ASAPMI). - Ex Coordinadora del Área de Maltrato Infantil de la Dirección General de la Mujer - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina). - Directora de Familias del Nuevo Siglo (programa dedicado a la capacitación de profesionales en maltrato infantil) en la ciudad de Buenos Aires (Argentina). - Directora y editora de la revista Temas de Maltrato Infantil (Argentina). - Asesora en temas de Maltrato Infantil y Abuso Sexual a Defensorías de Menores, Juzgados Civiles y Juzgados de Menores de la Ciudad de Buenos Aires y Defensorías de Menores, Juzgados Civiles, Tribunales de Menores y Juzgados Criminales y Correccionales de la Provincia de Buenos Aires (Argentina). - Consultora del Área Clínica de la Asociación Dartington-i, San Sebastián (España). - Asesora de Proyecto de la Asociación Arbutz en el Programa de Intervención con Menores con Conductas Sexuales de Riesgo en el municipio de Pasaia (España). - Asesora de Equipos Zonales de Infancia de Guipúzcoa (España). - Docente en el Curso de Especialista de Protección Infantil en la Universidad del País Vasco (España). - Consultora en temas de protección infantil de la Diputación Foral de Álava, del Ayuntamiento de San Sebastián y del Gobierno de Cantabria (España)

## 6.1 DISEÑO DEL PLAN DE CASO

Después de confirmada una sospecha de abuso sexual intrafamiliar –o extrafamiliar en la que los/as adultos/as no actúan de manera protectora- es necesario plantear cuáles son los recursos más adecuados –que, además, estén disponibles- para:

- controlar y disminuir los factores de riesgo;
- favorecer y estimular los factores de protección; y
- reparar los efectos que la violencia sexual y la desprotección pudieran haber provocado en niños/as y adolescentes.

## 6.2 PLAN DE CASO E INTERVENCIÓN

La primera y principal regla a tener en cuenta cuando se diseña un plan de caso ante situaciones de abusos sexuales y de desprotección de niños/as y adolescentes a fines de obtener resultados positivos es que los comportamientos violentos contra las personas menores deben haberse interrumpido.

Cuando se establece el plan de la intervención conviene tener identificados y haber tomado las decisiones correspondientes en relación a los siguientes elementos:

- Los objetivos generales y finales a conseguir
- Los problemas individuales, familiares y/o sociales que se abordarán
- El orden y la prioridad en que se abordarán
- Los recursos/programas/intervenciones que se pondrán en marcha y las tareas que deberán llevarse a cabo para alcanzar dichos objetivos
- El modo en que se evaluará el logro de los objetivos
- Las consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse y en caso de no alcanzarse los objetivos propuestos
- El plazo en que se procederá a la revisión del plan de caso y a la evaluación de:
  - a) si se están consiguiendo los objetivos;
  - b) si hay que realizar cambios; y
  - c) si se han modificado el nivel de gravedad, los factores de protección y de riesgo del grupo familiar.

Los plazos deberán ser razonables: nunca tan extensos, amplios y/o flexibles que terminen perjudicando el desarrollo de las personas menores. La estrategia de intervención, además, será lo suficientemente flexible como para permitir modificaciones a la propuesta original en cualquier momento de la intervención.

Casi todas las intervenciones ante casos de abusos sexual infantil serán multimodales, es decir que se identificarán y se harán propuestas para los distintos niveles implicados en la situación de violencia:

- el/la niño/a o adolescente victimizado/a;
- la familia y la de red de apoyo;
- el agresor/a (menor de edad o adulto/a);
- el grupo familiar extenso y el contexto sociocultural del que proviene y en el que interactúa la familia

Las intervenciones más eficaces en los casos de abuso sexual infantil son aquellas que tienen en cuenta tanto los factores individuales de niños/as y adultos/as como las cuestiones de dinámica familiar subyacentes.

De lo antedicho se desprende que las intervenciones tienen mayor posibilidad de éxito en la medida en que puedan abarcar una amplia gama de problemas (factores de riesgo) y puedan ofrecer una amplia gama de recursos (factores de protección) a los/as usuarios/as. Este tipo

de intervenciones requieren de la participación simultánea de técnicos/as de distintas disciplinas con un enfoque interdisciplinar.

La necesidad de encontrar soluciones y recursos para trabajar la variedad de problemas mencionados lleva a que, además de involucrar a profesionales de distintas disciplinas, sea necesario aplicar recursos y programas ofrecidos por diversas instituciones (de los Servicios de Protección Infantil, de Servicios Sociales, del sector salud, del sector educación, de la Justicia, entre otros).

De ahí que, además de multimodal e interdisciplinar, la intervención tenga que ser intersectorial e interinstitucional/interdepartamental. Este es un punto de gran relevancia ya que suele plantear dificultades a los/as técnicos/as quienes, tradicionalmente y por efecto de la formación de cada carrera, tenderán a moverse en el ámbito de su propia institución y de su propia disciplina.

Por ello no se puede dejar de enfatizar la necesidad de coordinar los recursos provistos, de agilizar y de facilitar la comunicación y la colaboración entre ellos, destacando los beneficios que se obtienen cuando se establecen redes formales e informales entre instituciones y profesionales.

Para llevar a cabo funciones de tanta complejidad, los profesionales intervinientes necesitan recibir formación específica y contar con supervisión adecuada.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN**

### **EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL**

- El foco de la intervención son los efectos que produjeron en l@s niñ@s y adolescentes los comportamientos abusivos del agresor y, eventualmente, la situación de desprotección preexistentes
- Es fundamental contar con la seguridad de que las agresiones sexuales han cesado al momento de la intervención y de que se están ofreciendo alternativas inmediatas a l@s adult@s para interrumpir otras situaciones de desprotección
- Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones
- El objetivo principal es la reparación de los efectos sufridos por niños/as y adolescentes y la prevención de revictimizaciones de ellos/as y de otras personas menores convivientes o allegadas
- Con l@s adult@s no agresor@s se priorizan y trabajan temas relacionados con la seguridad y el bienestar psicofísico de l@s niñ@s y adolescentes (cuidados específicos durante el proceso de reparación y satisfacción de necesidades básicas)
- En los casos en los que se interviene con l@s agresor@s puede que se trate de intervenciones no voluntarias, de carácter obligatorio
- Se desarrolla en un contexto multi e interdisciplinar
- Suele abordar problemas de alta intensidad emocional relativos a cuestiones de vida o de muerte, con lo cual despierta intensos sentimientos contratransferenciales\* en l@s técnic@s
- Requiere que l@s técnic@s intervinientes posean conocimientos adecuados e información actualizada acerca de los recursos comunitarios
- Presenta características específicas en cuanto a la confidencialidad\*\*, las prácticas de información compartida y el respeto a las normas de la comunicación.

\* Contratransferencia: (concepto proveniente del psicoanálisis) Conjunto de reacciones afectivas conscientes o inconscientes del técnico/a hacia ciertos sentimientos del usuario/a.

\*\* El mantenimiento de la confidencialidad que caracteriza a la relación profesional-cliente de la práctica clínica habitual no siempre va a poder ser mantenida en este contexto de intervención, donde las condiciones de seguridad de las personas menores es prioritaria y en el cual cada episodio de sospecha de agresión sexual y/o de desprotección debe ser informado a los técnicos/as intervinientes y al Coordinador/a de Caso.

### 6.2.1 Por qué intervenir a distintos niveles

Los efectos de las experiencias traumáticas crónicas –producidas por agresiones sexuales o no- dependen, por un lado, de las características del trauma y de la etapa evolutiva en que se encuentra la víctima cuando éstas ocurren y, por el otro, de cuánto tiempo ha transcurrido desde que las situaciones dolorosas sucedieron y el momento en que comienza la intervención. De acuerdo con ello se podrán observar:

- reacciones iniciales a la victimización: comportamientos y efectos que se producen como consecuencia directa de los episodios traumáticos (síndrome de estrés posttraumático, trastornos en el desarrollo normal, emociones negativas y dolorosas, distorsiones cognitivas);
- acomodación y adaptación a la desprotección crónica: mecanismos que los/as niños/as emplean para lograr cierto sentimiento de seguridad o para disminuir los efectos dolorosos. En gran número de casos estos mecanismos suelen ser exitosos y son responsables de que las víctimas presenten comportamientos aceptables y adecuados con ligeras desviaciones de lo esperado- en la mayoría de los ámbitos en que se desempeñan.
- elaboración a largo plazo y acomodación y adaptación secundarias: consecuencias que reflejan, por un lado, los efectos de las reacciones iniciales y los efectos de la acomodación y la adaptación a la desprotección crónica sobre el desarrollo psicológico de esa persona y de los mecanismos que ella sigue utilizando para afrontar –por ejemplo, minimizando- el malestar asociado a la violencia padecida, por el otro.

Se ha mencionado en capítulos anteriores que una característica común en todas las familias donde existe desprotección infantil es el hecho de que los padres la han padecido en alguna de sus tipologías en su propia niñez; circunstancias que, sin duda, han dejado sus huellas. Es por ello que prácticamente la totalidad de los efectos descritos como efectos de las experiencias de trauma crónico (Capítulo5) puedan observarse también en los/as adultos/as que agreden a los/as niños/as y/o que no les protegen.

Si bien cabe la posibilidad de que adultos/as que han sufrido malos tratos en su infancia ejerzan violencia sobre sus hijos/as –ocurre en el 20 al 30% de los casos y no en la mayoría –, en los casos de agresiones sexuales no siempre el agresor/a sexual ha sufrido victimizaciones de este tipo en la niñez. Sí es común que provenga de familias donde hubo situaciones de desprotección de importancia.

Esta realidad pone en tela de juicio una creencia firmemente arraigada en la sabiduría popular: que se aprende de lo vivido. Si así fuera, ¿cómo es posible que adultos/as que han sufrido severos malos tratos en su infancia, traten a sus hijos/as con violencia o les descuiden cuando les llega el momento de ser padres? El sentido común supone que quien ha sufrido estas experiencias en carne propia, comprende mejor que nadie el sufrimiento que provocan.

Las intervenciones con las familias que ponen a sus hijos/as en riesgo demuestran que, en muchos casos, esta premisa del sentido común es errónea. ¿Qué sucede? ¿Qué es lo que hace que alguien que ha pasado por experiencias tan penosas las repita con sus niños/as? ¿Cuál es el principal fallo que permite que esto suceda?

En los últimos años, numerosas investigaciones (Pérez-Albéniz y de Paul, 2003, 2004; de Paul y cols., 2008; de Paul y Guibert, 2008 entre los españoles; y LeTourneau, 1981; Wiehe, 1986, 2003) señalan que la incapacidad para empatizar con los demás –familiares y no familiares- es un factor que se observa con frecuencia en padres con alto riesgo de ejercer malos tratos y/o de no proteger.

Estos trabajos asocian las siguientes habilidades parentales con comportamientos empáticos:

- ser comprensivo/a
- tener habilidad para arropar
- tener habilidades para ayudar y para cooperar
- poder valorar el bienestar y las necesidades ajenas
- ser sensible ante las necesidades de los demás
- ser capaz de sentimientos de calidez, compasión y preocupación por los demás
- tener flexibilidad

La empatía consta de dos componentes: un componente cognitivo que le permite al observador/a de una situación comprender el punto de vista de otra persona y un componente afectivo relacionado con la reacción emocional de esa persona ante lo que observa.

Por ejemplo, los padres con alteraciones en su capacidad de empatía, muestran indicadores de malestar personal ante las señales que sus hijos/as “emiten” cuando están en dificultades. En vez de experimentar sentimientos de calidez y preocupación, manifiestan un rechazo que puede expresarse como ansiedad o preocupación no congruente con lo que le sucede al otro/a. Muestran reacciones y sentimientos más alineados con su propia reacción personal que con las necesidades de los/as niños/as. Esta actitud suele influir la manera en que “procesan” la información, dificultando la posibilidad de considerar la situación desde la perspectiva de la otra persona.

Si bien son muchos los factores relacionados con la falta de empatía en las situaciones de desprotección, cuando se busca dilucidar cuáles son los mecanismos que actúan para producir la transmisión intergeneracional de los malos tratos y por qué algunos/as niños/as persisten en el círculo de violencia y otros/as no, las investigaciones (Singh Narang y Contreras, 2000, 2005; Egeland and Susman-Stillman, 1996) muestran una asociación entre este déficit y los mecanismos disociativos.

Como se señaló en el Capítulo 5, la disociación es un mecanismo de defensa altamente efectivo ante situaciones que provocan intenso sufrimiento. Es “un proceso que produce una alteración perceptible en los pensamientos, sentimientos o acciones de un individuo de manera tal que, durante un período de tiempo, una información determinada no se asocia ni se integra con otra información de la manera normal o lógicamente esperable.” (West, 1967).

A diferencia de la represión de los recuerdos, los efectos de la disociación no se limitan a que éstos sean inaccesibles o a que se encuentren disponibles en forma muy acotada. Los efectos de la disociación provocan una integración débil entre los recuerdos, los comportamientos, las emociones y la identidad. Por ejemplo: una persona que disocia puede tener sentimientos de enojo y recordar los episodios que lo provocaron sin llegar a comprender que la situación que recuerda es la que provocó su enojo, pudiendo incluso hablar sobre dicho acontecimiento sin experimentarlo.

La bibliografía internacional especializada (Ludwig, 1983; Putnam, 1991) señala que este mecanismo de defensa permite a los/as niños/as “compartimentalizar” (aislar) las experiencias traumáticas y les facilita un buen funcionamiento en el resto de las áreas. No obstante, a pesar de su utilidad para afrontar las situaciones dolorosas, a la larga altos niveles de disociación se asocian con una amplia gama de alteraciones en la edad adulta.

El predominio de los mecanismos disociativos contribuye a la transmisión intergeneracional de la violencia hacia los/as hijos/as, tanto los malos tratos por comisión como los malos tratos por omisión: la negligencia. La disociación no sólo obstaculiza el acceso a los recuerdos dolorosos que podrían actuar como freno para adultos/as impulsivos/as sino que también bloquea la posibilidad de registrar situaciones de riesgo e impide la puesta en marcha de actitudes protectoras. Hay estudios (Draijer & Langeland, 1999) que señalan que en entornos familiares disfuncionales los/as niños/as tienden a presentar más indicadores de disociación.

Dentro de dichas disfunciones cabe mencionar:

- Enfermedades físicas a repetición
- Estado de nerviosismo crónico
- Depresión crónica
- Abuso de alcohol
- Uso de tranquilizantes

Por ejemplo las situaciones de malos tratos moderados (se excluyen aquellas situaciones en las que hay maltrato físico que provoca quemaduras, fracturas y luxaciones) no conducen a una notoria disociación si el entorno familiar es unido, expresa y permite la expresión de emociones y no es conflictivo. Es decir que las consecuencias de los comportamientos violentos pueden ser “amortiguadas” por los vínculos que se establecen en estos tipos de familias. Lo expuesto en los párrafos anteriores permite comprender por qué, para que una intervención sea eficaz, se tendrán que abordar diferentes niveles del contexto individual y familiar.

El trabajo individual o grupal –tanto socioducativo como psicoterapéutico- con las víctimas permite:

- reparar las consecuencias que la situación de abuso sexual y, eventualmente, de desprotección –crónica o no- ha provocado, prestando especial atención a los mecanismos disociativos;
- tratar las dificultades personales que podrían estar desencadenando situaciones de violencia no sexual (niños/as con problemas y/o comportamientos que requieren más atención, más cuidados, más paciencia);
- promover la resiliencia (mayormente a través de actividades normalizadas)

Esta tarea –individual o grupal- que el Programa de Intervención Familiar desarrolla directamente con los/as niños/as y con los/as adolescentes se corresponde a las intervenciones que el Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (2008) describe como Apoyo específico al menor (págs. 101-105) y Apoyo a la vida independiente y apoyo a la emancipación (págs. 106- 111).

El trabajo con el grupo familiar no agresor –socioeducativo y psicoterapéutico- brinda la oportunidad de abordar:

- la toma de conciencia del problema que representa los abusos sexuales para la víctima y los efectos que dicha toma de conciencia tiene en el funcionamiento familiar (interrupción del contacto con el agresor/a; reacciones de los/as hermanos/as ante dicha interrupción de contacto; decisiones en relación a la familia extensa; etc)
- los aspectos del funcionamiento familiar que deben modificarse para evitar y prevenir futuras victimizaciones; para disminuir los factores de riesgo y para reforzar los factores de protección hacia los/as hijos/as
- la búsqueda de recursos y la solución de situaciones críticas que hayan desencadenado o sostenido en el tiempo una situación de desprotección previa a las agresiones sexuales
- el reconocimiento por parte de los/as adultos/as de las necesidades básicas de niños/as y adolescentes infantiles y del papel que ellos/as tienen en satisfacerlas
- las dinámicas vinculares disfuncionales
- los sentimientos y las reacciones emocionales de los padres ante sus hijos/as
- la reparación de las consecuencias que la desprotección sufrida en la infancia ha dejado en los padres, fundamentalmente la disociación y los déficit en la empatía
- la participación de las familias en actividades normalizadas que fomenten resiliencia

Por lo que se ha comentado en este apartado es muy frecuente que una intervención socioeducativa no pueda abarcar todos los aspectos mencionados con una familia en la que han ocurrido abusos sexuales. Cuestiones como la disociación y la falta de empatía suelen necesitar intervenciones específicas –psicoterapéuticas- en sesiones individuales. El Programa de Intervención Familiar determinará, de acuerdo con su capacidad operativa, si asumirá este aspecto de la intervención o si la derivará a profesionales de otros equipos o de otras instituciones.

Esta tarea –individual, grupal o familiar- que el Programa de Intervención Familiar desarrolla con las familias se corresponde a las intervenciones que el Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (2008) describe como Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres (págs. 69-76) y las distintas modalidades de Preservación familiar: intervención en crisis (págs. 77-82), Capacitación parental y reunificación familiar (págs. 83- 95) y Complemento familiar (págs. 96-100)

Recordar que las intervenciones más eficaces ante casos de desprotección infantil en general y de agresiones sexuales son las intervenciones interdisciplinarias, multimodales e interinstitucionales/interdepartamentales e intersectoriales.

## 6.2.2 Guía básica para la intervención

En base a lo expuesto, es aconsejable que cualquier tipo de intervención – socioeducativa, terapéutica o de seguimiento del caso- se haga respetando el siguiente encuadre:

- Cuando se trabaje con víctimas –de todas las edades- es importante no minimizar ni justificar las experiencias vividas; confirmar el papel que éstas han tenido en las dificultades actuales y brindar contención a quienes las han sufrido para que de esta manera logren dar un sentido a las experiencias traumáticas vividas en el pasado.
- No “patologizar” a las víctimas: las conductas que presentan al momento de la intervención –por lo general disfuncionales y, posiblemente, causantes de sufrimiento o malestar- reflejan los mecanismos de adaptación y de acomodación a situaciones de traumatización crónica. Por lo tanto, no constituyen indicadores de trastornos de la salud mental sino “cicatrices”, huellas, que señalan el monto de sufrimiento que debió tolerar esa persona.
- Los síntomas y las defensas constituyen respuestas funcionales, adaptativas, que tienen –o tuvieron- el propósito de mantener cierto grado de bienestar psicológico. Poseen, además, el “valor agregado” de brindar información sobre las interacciones verdaderas de las víctimas con el mundo exterior en el pasado y en el presente.
- Estas conductas disfuncionales protegen a los individuos de un mal que ellos perciben como mayor; por lo que no se recomienda una propuesta de “eliminación” de las mismas, dejando de lado su aspecto “protector”.
- La base de las intervenciones será el respeto, la connotación positiva y la creencia en la posibilidad de crecimiento.
- El norte de las acciones terapéuticas serán las experiencias y percepciones personales de las víctimas.
- El tratamiento es para la víctima y sus familiares y NO para “lucimiento” del/la técnico/a.
- Más allá del marco teórico y de las técnicas de intervención que se elijan, el principal instrumento será la empatía.
- Los objetivos de la intervención serán la toma de conciencia y la integración de los aspectos disociados.
- Se alentará la colaboración de las víctimas y sus familias con el equipo de intervención interfiriendo lo menos posible con su autodeterminación.

Conviene que la estructura de la intervención:

1. NO se desarrolle -ni lo reproduzca- en un contexto que guarde semejanzas con las situaciones de agresiones sexuales, de desprotección ni con el peligro de las circunstancias abusivas originales.
2. Tenga bien definidos y claros los límites externos de la relación con los/as técnicos/as para que las víctimas y sus familiares sepan qué pueden esperar y qué NO. Este aspecto resulta de gran importancia cuando las actividades de la intervención se desarrollen en el domicilio de las familias, en los centros de acogida o en los centros escolares.
3. Ofrezca contención, dentro de un ambiente confiable y predecible para la interacción de todos/as los/as usuarios/as con el(los/as) profesional(es) interviniente(s), ofreciendo un modelo diferente del que originó la intervención.

## 6.2.3 Modalidades de intervención eficaces

Como se ha señalado repetidamente en el presente capítulo, las modalidades recomendables de intervención son aquellas que permiten trabajar con los distintos “protagonistas” de la situación de desprotección (intervención multimodal) en distintos niveles de abordajes (intervención interdisciplinaria, interinstitucional/ interdepartamental e intersectoral).

En lo que hace al trabajo directo con niños/as y adolescentes que han sufrido agresiones sexuales y con los/as adultos/as no agresores/as (responsables o no de otra tipología de des-

protección) resulta muy efectiva la combinación de abordajes grupales separados –aunque en paralelo- para los/as usuarios/as menores y para los/as adultos/as, a los que pueden agregarse algún tipo de intervención en la que participe todo el grupo familiar (por ejemplo: psicoterapias familiares) -aunque sin incluir a víctima y agresor/a en el mismo contexto- y propuestas individuales (por ejemplo: psicoterapia individual) para algún integrante de la familia.

En caso de elegir las intervenciones grupales, se recomienda agrupar a los/as participantes según el género (grupos para niñas y grupos para niños) y según la similitud en el desarrollo evolutivo (preescolares, escolares, púberes, adolescentes) ya que, al aplicar este tipo de recurso, la homogeneidad potencia la eficacia.

#### **6.2.4 Aspectos a tratar en las intervenciones terapéuticas con niños/as y adolescentes**

Las intervenciones terapéuticas con niños/as y adolescentes, sean individuales o grupales, permiten trabajar:

- Comportamientos en los que la persona menor resulta víctima o agresor/a en las relaciones interpersonales
- La desconfianza hacia los demás
- La reparación de vínculos intrafamiliares
- Las dificultades afectivas: angustia, problemas de sueño, regresiones
- Las dificultades para identificar las emociones y/o para hablar de cómo se sienten consigo mismos/as
- La adquisición de habilidades y conductas para calmarse a sí mismos/as (para autoapaciguarse, autorrelajarse)
- Síntomas somáticos
- Problemas escolares de la atención, la concentración, hiperactividad
- El desarrollo de habilidades relacionadas con el control de sí mismos/as
- La recuperación de una percepción adecuada de sí mismos/as
- Problemas de límites
- Habilidades sociales

Las modalidades grupales de intervención con niños/as y adolescentes resultan efectivas en un plazo corto –además de recomendables desde el punto de vista de optimización del recurso profesional- porque:

- contribuyen a disminuir los intensos sentimientos de aislamiento y de anormalidad;
- permiten trabajar sobre las habilidades de socialización;
- evitan la “intensidad” de las terapias individuales enfocadas sólo en una persona;
- permiten tratar los problemas de otros/as integrantes del grupo;
- evitan la “amenaza” de tener que hablar de uno/a mismo/a;
- a los/as adolescentes les despierta mayor confianza depender de un grupo de pares que de un/a adulto/a

#### **6.2.5 Aspectos a tratar en las intervenciones terapéuticas con los/as adultos/as no agresores/as**

El abordaje grupal de adultos/as no agresores/as presenta ventajas similares a las descritas en el apartado anterior. También:

- facilita el trabajo con malos tratos sufridos en la propia infancia
- permite la reflexión acerca de diferentes estilos de crianza
- favorece la puesta en marcha de modos distintos de manejo de la ira y la agresión
- permite la creación de oportunidades predecibles de interacción familiar y
- fomenta el aprendizaje de técnicas de cuidados parentales coherentes

#### **6.2.6 Aspectos a considerar en las intervenciones terapéuticas familiares**

En los casos en que las intervenciones individuales y/o grupales con niños/as y/o adultos/as se combinen con intervenciones familiares (sin incluir al agresor/a en las

sesiones en las que participa la víctima), se aconseja tener en cuenta los siguientes principios para orientar la intervención:

- La seguridad psicofísica de la víctima y de sus hermanos/as constituye una prioridad

- Cuando las sesiones o la intervención sean llevadas a cabo por profesionales ajenos al Servicio de Protección Infantil, éstos/as deberán notificar si detectan aumentos en los niveles de riesgo o riesgo de revictimización
- Una vez confirmada la sospecha de abuso sexual se le debe creer a la(s) víctima(s) y desestimar las negaciones del/a agresor/a.
- Cuando sea posible, conviene excluir al/a agresor/a del hogar y no a la(s) víctima(s)
- Trabajar para que las conductas abusivas o de desprotección dejen de ser minimizadas y/o naturalizadas y para que provoquen malestar y preocupación en quienes las ejercen
- Proponer y/o enseñar formas alternativas de comportarse con los/as hijos/as y alternativas de funcionamiento familiar
- Evitar y desalentar las proyecciones parentales sobre los/as hijos/as
- Explicar a los adultos/as no agresores/as las consecuencias de la traumatización crónica y elaborar estrategias de contención emocional y de protección de las víctimas
- Contribuir a que los/as adultos/as no agresores/as comprendan las necesidades y/o los motivos que llevan a sus hijos/as a comportarse de una manera determinada
- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as a guiar, enseñar y a poner límites
- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as a incrementar las interacciones gratificantes con sus hijos/as
- Contribuir a aliviar las situaciones de estrés, en especial las relacionadas con la revelación de los abusos y con las vicisitudes propias de la intervención legal
- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as cuestiones relacionadas con la intimidad y la puesta de límites
- Proveer un contexto adecuado para la revisión de sus historias personales
- Tener en cuenta que, en los casos de abusos sexuales intrafamiliares, con frecuencia no es posible la reunificación familiar por lo cual conviene trabajar la cuestión y prever soluciones alternativas

## II. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

### 7. INTERVENCIÓN EN CRISIS

(...) Hay que tener presente que el objetivo de la intervención siempre es proteger la integridad psicofísica y garantizar el bienestar de niños/as y adolescentes.

Se ha dicho en capítulos anteriores que las intervenciones reparadoras más eficaces son las interdisciplinarias, multimodales e intersectoriales / interdepartamentales que combinan actuaciones socioeducativas y psicoterapéuticas dirigidas no sólo a las víctimas de los malos tratos sino también a la familia y a l@s agresor@s.

La afirmación anterior se basa en criterios que consideran que el mejor lugar para la crianza de l@s niñ@s es la propia familia. El hecho de que en el seno de las familias ocurran agresiones sexuales y/o no se proteja adecuadamente a las personas menores de estas situaciones no determina que la única solución posible sea la separación definitiva de l@s hij@s. Por el contrario, aún en casos de gravedad donde se haya producido dicha separación, l@s técnic@s de los PIF trabajarán con el objetivo específico de producir modificaciones en l@s adult@s y en el grupo familiar de manera tal que desaparezcan o disminuyan sustancialmente las condiciones de desprotección.

En las situaciones de agresiones sexuales esto NO SIGNIFICA que el agresor podrá volver a convivir con la víctima ni que ésta se vea en la obligación de perdonarle.

El trabajo con las víctimas de agresiones sexuales y con sus familiares suele ser arduo, con avances y retrocesos en el proceso de reparar los daños que han sufrido.

El proceso además debe prever un trabajo con el grupo familiar con el objetivo de que funcione como un sitio seguro para acompañar a l@s niñ@s en las distintas fases de la reparación y para protegerles de futuras revictimizaciones.

Conviene recordar que el proceso de reparación de las víctimas se desarrolla en simultáneo con el proceso mediante el cual l@s adult@s protectores trabajan en la integración de espec-

tos personales disociados para permitir, a través de la empatía y el reconocimiento de la vulnerabilidad y de las necesidades –propias y ajenas-, relacionarse y resolver conflictos sin apelar a modalidades violentas de interacción.

A los fines prácticos podemos clasificar las intervenciones reparadoras de la siguiente manera:

- Intervención psicoterapéutica propiamente dicha
- Intervención socioeducativa
- Intervención en crisis
- Evaluación en intervención

► *Los abusos sexuales intrafamiliares constituyen una forma de desprotección grave al igual que los extrafamiliares ante los cuales los padres no toman medidas protectoras.*

Las diferencias entre las distintas modalidades de intervención no se fundan en los aspectos técnicos o en los recursos que se ofrecen, sino en el contexto (los motivos) por el cual que se propone un plan -y no otro- y en los objetivos que el equipo se propone conseguir con las actuaciones.

Las intervenciones psicoterapéuticas propiamente dichas y las intervenciones socioeducativas son los principales componentes de las actuaciones tendientes al logro de:

- Generar conciencia de problema y motivación de cambio en los/as adultos/as protectores/as
- Optimizar la capacitación parental
- La reunificación familiar
- El complemento familiar
- El apoyo específico al menor
- El apoyo a la vida independiente y el apoyo a la emancipación

En las intervenciones por abusos sexuales:

► **Qué significa “generar conciencia de problema y motivación de cambio en los/as adultos/as protectores/as”**

Por la magnitud de la crisis familiar que se desencadena a partir de la revelación y la confirmación de abusos sexuales intrafamiliares es frecuente que los/as adultos/as protectores/as intenten minimizar o justificar lo sucedido así como buscar explicaciones que descarten la posibilidad de que ese tipo de agresiones hayan ocurrido dentro de su familia. En numerosas ocasiones también se encuentran inmersos/as en conflictos de lealtades o en actitudes ambivalentes hacia el agresor/a.

Por ello, es competencia de los/as técnicos/as del Programa de Intervención Familiar trabajar estas dificultades con los/as adultos/as protectores/as ya que la evolución de los/as niños/as victimizados/as dependerá en gran medida de la actitud de las personas significativas, así como de su fortaleza y de su persistencia en las conductas protectoras que suelen involucrar cambios muy importantes y drásticos en los vínculos familiares y en la interrupción de contactos habituales en el pasado.

► **Qué significa “optimizar la capacitación parental”**

Ante situaciones de abusos sexuales intrafamiliares, los/as adultos/as protectores/as se encuentran sometidos/as a exigencias y a presiones muy poco habituales y para las que ninguna persona se encuentra preparada: acompañar a niños/as que, a veces, presentan sintomatología muy grave en el proceso de reparación; atender a las necesidades de sus otros/as hijos/as; continuar desempeñando su rol laboral, social y familiar; etc.

Además, es bastante común que haya habido situaciones de desprotección –de diversos niveles de gravedad – preexistentes que deben ser abordadas, sobre todo para que puedan registrar y responder adecuadamente ante las necesidades de sus hijos/as.

► **Qué significa “reunificación familiar”**

En los casos en que hubo que tomar medidas de separación, reunificar al grupo familiar NO SIGNIFICA que el agresor/a pueda volver a convivir con la(s) víctima(s). Tanto en ca-

sos de agresores/as adultos/as como en el caso de agresores/as juveniles previo a poder tomar una decisión que implique reanudar la convivencia, tendrán que haber recibido TRATAMIENTO ENFOCADO en estas cuestiones (en los casos de agresores/as juveniles) y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO (en los casos de agresores/as adultos/as).

Si ese paso no se lleva a cabo, la convivencia familiar está TOTALMENTE CONTRAINDICADA por más que la víctima haya hecho una excelente evolución en relación a los efectos sufridos y/o que solicite o no muestre su desacuerdo con volver a convivir con el agresor/a.

Son los/as técnicos/as de los Servicios de Protección Infantil quienes deben tomar la decisión valorando el nivel de riesgo que la convivencia implica y la protección que puedan garantizar los factores identificados.

Las mismas precauciones y recaudos son aplicables para otros tipos de contacto víctima-agresor/a: contactos telefónicos; mensajes de textos; encuentros a la salida de la escuela; correos electrónicos; chats; etc.

Cuando se habla de “reunificación familiar” se está haciendo referencia a retomar la convivencia y/o los contactos con los miembros NO AGRESOR@S del grupo familiar.

[...] cuando se plantea un plan de caso incluyendo medidas de protección y estrategias de intervención se tiene en cuenta que el principal objetivo de la primera fase de la intervención es garantizar la integridad psicofísica de los/as niños/as y adolescentes.

Por lo general, la única -o la mejor- manera que se tiene a mano en esas fases de la intervención con familias donde la situación de desprotección es grave, tal como sucede en casos de abusos sexuales intrafamiliares, es la separación.

Si bien esta decisión es refrendada por la mayoría de los sistemas de protección infantil en distintos países, la polémica y la duda surgen cuando el sistema funciona retirando a la persona menor del hogar, trasladándole a centros de acogida.

La polémica y la duda subyacentes se relacionan con las características del recurso provisto: ***¿es mejor el acogimiento y la eventual protección que se puede proponer desde la Administración que la probable situación de violencia crónica –que habría que controlar e impedir- permaneciendo dentro de su familia?***

Conviene recordar que las recomendaciones de separación transitoria se plantean con el fin de priorizar el cuidado y la protección de los/as niños/as y adolescentes y de asegurarles la satisfacción de sus necesidades básicas.

Para evitar reiterar la misma información en los restantes capítulos, a continuación se describirán las características de las familias que permiten conjeturar un pronóstico favorable con la intervención, de aquellas que suponen un pronóstico desfavorable y de las que tienen un pronóstico incierto.

### **Características de las familias con buen pronóstico**

- Los padres no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales aceptan su responsabilidad por no haber sospechado o no haber tenido en cuenta indicadores de sospecha. En los casos en que hay otra tipología de desprotección, también aceptan su responsabilidad ante esta situación.
- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales- aceptan la intervención y, eventualmente, la separación.
- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales- reconocen su necesidad de cambio.
- La persona sospechada de haber cometido las agresiones sexuales acepta su responsabilidad y no culpabiliza al otro progenitor ni a otras personas.
- Las necesidades de l@s hij@s son tenidas en cuenta.
- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales- no culpabilizan al niñ@ o adolescente por la situación de desprotección o por la intervención.
- Los otros miembros del grupo familiar tampoco culpabilizan al niñ@ o adolescente por la situación de desprotección o por la intervención.

- El vínculo entre el progenitor no sospechado de haber cometido las agresiones sexuales y su hij@ es vital, positivo, con potencial de cambio.
- El estilo de funcionamiento familiar demuestra flexibilidad.

### **Características de las familias con mal pronóstico**

- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales - niegan totalmente o en gran medida que el abuso haya ocurrido y no asumen su responsabilidad en cualquier otra tipología de desprotección asociada.
- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales - rechazan o boicotean la intervención.
- Los adultos no reconocen problemas conyugales y familiares de larga data, como alcoholismo, toxicomanías, promiscuidad o trastornos psicológicos severos.
- Las necesidades de l@s hij@s no son tenidas en cuenta ya que los padres anteponen la satisfacción de sus propias necesidades.
- Los padres rechazan abiertamente a su hij@ y le culpabilizan por la situación de desprotección y por la intervención.
- El vínculo entre el progenitor no sospechado de haber cometido las agresiones sexuales y su hij@ es inadecuado y muestra una rigidez muy marcada que obstaculizará la posibilidad de cambio.
- El funcionamiento familiar es claramente disfuncional con estilos fijos y estereotipados de comunicación e intercambio.

La experiencia clínica en la intervención con familias maltratadoras indica que hay un porcentaje de ellas –afortunadamente una minoría – que no responden a la intervención.

Los motivos de esta falta de respuesta son variados y pueden resumirse en los siguientes (Jones, 1987):

1. Familias que simplemente no desean cambiar: no tienen intenciones ni se interesan por los cambios.
2. Padres que persisten en la negación de los comportamientos abusivos aún cuando existen pruebas contundentes de que son ellos los responsables.
3. Familias que no pueden cambiar aún cuando deseen hacerlo, en algunos casos la causa sería la ausencia de recursos adecuados para ayudarles con sus problemas específicos.
4. Padres que pueden cambiar pero no “a tiempo” para satisfacer las necesidades de sus hijos. Por ejemplo: una madre de una niña de 9 años que haya sufrido abusos por parte de la pareja de la mujer que al principio descrea de lo sucedido; un año después de la intervención comienza a aceptarlo pero no desea separarse de su compañero. Cabe la posibilidad de que con una intervención adecuada, al cabo de cierto tiempo (entre 12 y 24 meses) se produzcan cambios en su actitud. Lo que la niña necesita es el apoyo y la protección de su madre desde el inicio y no 3 años después, cuando cuenta con 12 años. En ese sentido, habrá que explorar qué otra persona del grupo familiar (padre biológico, abuelas, tías/os) pueden desempeñar dicha función en el lapso más breve posible.
5. En casos en los que hay otras tipologías de desprotección asociadas, padres que podrán cambiar para criar adecuadamente al próximo/a hijo/a pero no para cuidar del que ha sido detectado como víctima de desprotección.
6. Padres que no responden a la estrategia de intervención de los servicios de protección infantil pero que sí responden a otros enfoques terapéuticos. Un ejemplo de esta situación son aquellas personas que obtienen buenos resultados en los tratamientos que abordan sus problemas individuales pero que no muestran ninguna mejoría cuando el tratamiento se centra en el ámbito interpersonal.

Esto significa que las medidas de protección que se han tomado para resguardar la integridad psicofísica de un niño/a o adolescente no deben modificarse en función de los cambios y/o logros obtenidos en la intervención con los/as adultos/as en enfoques individuales. Por el contrario, se tendrá que evaluar cómo inciden estos cambios en las habilidades parentales y en la interacción con los/as hijos/as.

## **Características de las familias con pronóstico dudoso**

- Los padres no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales tienen una actitud ambivalente. No queda claro el nivel de responsabilidad que aceptan ante los abusos ni ante las otras tipologías de desprotección que pueden estar asociadas. También hay confusión acerca de su compromiso con la intervención.
- Los padres no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales se oponen a algunas de las medidas de protección (por ejemplo: la separación).
- Los padres no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales no reconocen la necesidad de realizar cambios personales.
- La persona sospechada de haber cometido las agresiones sexuales no acepta su responsabilidad y culpabiliza al otro progenitor y/o a otras personas. Por su parte el padre no sospechado de haber cometido las agresiones sexuales no acepta su responsabilidad en no haber detectado los abusos sexuales ni ante las otras tipologías de desprotección asociadas ni su compromiso con la intervención.
- Los padres –sospechados y no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales - culpabilizan y acusan al hijo/a por la intervención.
- Las necesidades de los/as hijos/as son aceptadas y aparentemente reconocidas. Sin embargo prima la satisfacción de las necesidades de los padres.
- Los padres y la familia tienden a buscar chivos expiatorios.
- El potencial de cambio de los/as adultos/as no sospechados/as de haber cometido las agresiones sexuales y de la familia en lo que hace a comunicación, estados emocionales, límites, alianzas y habilidades es limitado.
- Los vínculos entre los padres no sospechados de haber cometido las agresiones sexuales y los/as hijos/as es inseguro, ambivalente, ansioso: oscila entre el pegoteo y el rechazo.
- En el funcionamiento familiar se observa rigidez y falta de flexibilidad.

## **Intervenciones con niños/as y adolescentes**

Sea que se trate del aspecto socioeducativo como del terapéutico, el abordaje de las experiencias traumáticas crónicas con niños/as y adolescentes debe seguir los siguientes pasos:

### **Primera fase:**

Asegurar un entorno protector tanto en lo que hace a las condiciones de la vida diaria como a las condiciones en que se desarrollan las intervenciones con los/as técnicos/as (por ejemplo: claridad en los roles de profesional/usuario/a y en los límites de las funciones, respeto, etc).

### **Segunda fase:**

Comienzo del trabajo terapéutico, establecimiento de la alianza con el usuario/a que hará posible el trabajo con él/ella.

### **Tercera fase:**

Búsqueda de un “lenguaje” –código- para abordar y poner de manifiesto los componentes emocionales asociados a los episodios traumáticos. En esta fase –de exploración y manejo de las emociones- es crucial no exponer al niño/a o adolescente a sentimientos dolorosos si no se han desarrollado previamente mecanismos para afrontar dichos sentimientos. Uno de las “herramientas” de gran importancia en las intervenciones que abordan las experiencias traumáticas es la posibilidad de compartir dichas experiencias y los sentimientos de dolor con las personas que les cuidan.

### **Cuarta fase:**

Posibilidad de conectar e integrar los episodios traumáticos a la historia personal.

### **Quinta fase:**

Trabajo con recursos que fomenten la reparación y la resiliencia futura.

El objetivo de la intervención para reparar los efectos de la situación de trauma crónico NO es la eliminación de los síntomas/comportamientos, sino la eliminación de los factores externos que han generado las experiencias traumáticas (corto plazo) y la integración de los aspectos personales disociados (medio y largo plazo).

## 9. LA INTERVENCIÓN REPARADORA CON NIÑ@S Y ADOLESCENTES

[...] Más allá de los recursos que se pongan en marcha para trabajar con los/as adultos/as es importante desarrollar intervenciones dirigidas específicamente a los/as niños/as o adolescentes víctimas de desprotección ya que las dificultades de las familias, dada su complejidad, tardan un tiempo -imposible de predecir- para resolverse y las personas menores no pueden quedar a la espera de que estos cambios se produzcan. Además, ciertas dificultades de niños/as y adolescentes pueden llegar a convertirse en agentes potenciadores o mantenedores de la desprotección.

Muchos/as niños/as, a su vez, presentan problemas importantes en su desarrollo o situación emocional -por ejemplo, retrasos cognitivos, trastornos psicopatológicos, problemas comportamentales severos- que requieren un abordaje y tratamiento específicos. De hecho, la intervención a este nivel permite mejorar de forma significativa la situación de las personas menores aún cuando las circunstancias familiares no cambien con el plan propuesto.

Al igual que al momento de establecer el plan general de la intervención, en el trabajo específico con niños/as y adolescentes conviene tener identificados y haber tomado las decisiones correspondientes en relación a las siguientes cuestiones:

- Los objetivos generales y finales a conseguir
- Los problemas que se abordarán
- El orden y la prioridad en que se abordarán (se recomienda trabajar con 3 a 5 cuestiones en cada fase)
- La identificación de cuál es el estado actual del problema; cuál es la situación ideal y cuál la situación aceptable
- Los recursos/programas/intervenciones que se pondrán en marcha y las tareas que deberán llevarse a cabo para alcanzar dichos objetivos
- El modo en que se evaluará el logro de los objetivos
- Las consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse y en caso de no alcanzarse los objetivos propuestos
- El plazo en que se procederá a la revisión del plan de trabajo y a la evaluación de:
  - si se están consiguiendo los objetivos;
  - si hay que realizar cambios

Los plazos deberán ser razonables: nunca tan extensos, amplios y/o flexibles que terminen perjudicando el desarrollo de las personas menores.

- La estrategia de intervención, además, será lo suficientemente flexible como para permitir modificaciones a la propuesta original en cualquier momento de la intervención.

La primera y principal regla a tener en cuenta cuando se diseña un plan de caso ante situaciones de desprotección de niños/as y adolescentes, a fines de obtener resultados positivos, es que los comportamientos violentos contra las personas menores, en este caso, los abusos sexuales, deben haberse interrumpido.

### 9.1 CUESTIONES BÁSICAS DE LA INTERVENCIÓN CON NIÑ@S Y ADOLESCENTES

Los efectos de las experiencias traumáticas crónicas dependen, por un lado, de las características del trauma y de la etapa evolutiva en que se encuentra la víctima cuando éstas ocurren y, por el otro, de cuánto tiempo ha transcurrido desde que las situaciones dolorosas sucedieron y el momento en que comienza la intervención.

De acuerdo con ello se podrán observar:

- reacciones iniciales a la victimización: comportamientos y efectos que se producen como consecuencia directa de los episodios traumáticos (síndrome de estrés posttraumático, trastornos en el desarrollo normal, emociones negativas y dolorosas, distorsiones cognitivas);
- acomodación y adaptación a la desprotección crónica: mecanismos que los/as niños/as emplean para lograr cierto sentimiento de seguridad o para disminuir los efectos dolorosos. En gran número de casos estos mecanismos suelen ser exitosos y son responsables de que las víctimas presenten comportamientos aceptables y adecuados - con ligeras desviaciones de lo esperado- en la mayoría de los ámbitos en que se desempeñan.

- elaboración a largo plazo y acomodación y adaptación secundarias: consecuencias que reflejan, por un lado, los efectos de las reacciones iniciales y los efectos de la acomodación y la adaptación a la desprotección crónica sobre el desarrollo psicológico de esa persona y, por el otro, da cuenta de los mecanismos que ella sigue utilizando para afrontar –por ejemplo, minimizando- el malestar asociado a la violencia padecida.

El trabajo individual o grupal –tanto socioeducativo como psicoterapéutico- con las víctimas permite:

- tratar las dificultades personales que podrían estar influyendo en las situaciones de desprotección no relacionadas con las agresiones sexuales (niños/as con problemas y/o comportamientos que requieren más atención, más cuidados, más paciencia);
- reparar las consecuencias que la situación de desprotección crónica (tanto los abusos sexuales como cualquier otra tipología de desprotección) ha provocado, prestando especial atención a los mecanismos disociativos;
- promover la resiliencia (principalmente a través de actividades normalizadas)

En base a lo expuesto, es aconsejable que cualquier tipo de intervención – socioeducativa, terapéutica o de seguimiento del caso- se haga respetando el siguiente encuadre:

- Cuando se trabaje con víctimas – de todas las edades- es importante confirmarles las experiencias vividas y brindarles contención con el objetivo de dar un sentido las experiencias traumáticas vividas en el pasado.
- No “patologizar” a las víctimas: las conductas que presentan al momento de la intervención –por lo general disfuncionales y, con frecuencia, responsables de sufrimiento o malestar- reflejan los mecanismos de adaptación y de acomodación a situaciones de traumatización crónica. Por lo tanto, no constituyen indicadores de trastornos de la salud mental sino “cicatrices”, huellas, que señalan el montante de sufrimiento que debió tolerar esa persona.
- Los síntomas y defensas constituyen respuestas funcionales, adaptativas, que tienen –o tuvieron- el propósito de mantener cierto grado de bienestar psicológico. Poseen, además, el “valor agregado” de brindar información sobre las interacciones verdaderas de las víctimas con el mundo exterior en el pasado y en el presente.
- Estas conductas disfuncionales protegen a los individuos de un mal que ellos perciben como mayor; por lo que no se recomienda una propuesta de “eliminación” inmediata e indiscriminada de las mismas que deje de lado la función “protectora” que desempeñan o desempeñaron.
- La base de las intervenciones será el respeto, la connotación positiva y la creencia en la posibilidad de crecimiento.
- El norte de las acciones terapéuticas serán las experiencias y percepciones personales de las víctimas.
- El tratamiento es para la víctima y sus familiares y NO para “lucimiento” del/la técnico/a.
- Más allá del marco teórico y de las técnicas de intervención que se elijan, el principal instrumento será la empatía.
- Los objetivos de la intervención serán la toma de conciencia y la integración de los aspectos disociados.
- Se alentará la colaboración de las víctimas y de sus familias con el equipo de intervención interfiriendo lo menos posible con su autodeterminación.

Conviene que la estructura de la intervención:

1. NO se desarrolle en -ni reproduzca- un contexto que guarde semejanzas con las situaciones de malos tratos, desprotección ni con el peligro de las circunstancias abusivas originales.
2. Tenga bien definidos y claros los límites externos de la relación con los/as técnicos/as para que las víctimas y sus familiares sepan qué pueden esperar y qué NO. Este aspecto resulta de gran importancia cuando las actividades de la intervención se desarrollen en el domicilio de las familias, en los centros de acogida o en los centros escolares.
3. Ofrezca contención, dentro de un ambiente confiable y predecible para la interacción de todos/as los/as usuarios/as con el(los) profesional(es) interviniente(s), ofreciendo un modelo diferente del que originó la intervención.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL**

- El foco de la intervención son los efectos que produjeron en los/as niños/as y adolescentes los comportamientos abusivos del agresor/a y, eventualmente, la situación de desprotección preexistentes
- Es fundamental contar con la seguridad de que las agresiones sexuales han cesado al momento de la intervención y de que se están ofreciendo alternativas inmediatas a los/as adultos/as para interrumpir otras situaciones de desprotección
- Está orientada a objetivos y dirigida por propuestas de soluciones
- El objetivo principal es la reparación de los efectos sufridos por niños/as y adolescentes y la prevención de revictimizaciones de ellos/as y de otras personas menores convivientes o allegadas

## **9.2 MARCO TEÓRICO PARA LAS ACTUACIONES REPARADORAS CON NIÑOS/A Y ADOLESCENTES**

Más allá de los recursos que los equipos intervinientes pongan en marcha – socioeducativos, psicoterapéuticos- y de las diferentes técnicas que puedan proponer distintas escuelas terapéuticas (modelos sistémico, dinámico, cognitivo conductual, etc) es importante explicitar el conjunto de premisas que fundamentan las actuaciones.

La premisa central que fundamenta toda intervención es que niños/as y adolescentes son individuos en proceso de desarrollo en un contexto familiar y social y que las situaciones traumáticas impactan y distorsionan dicho proceso sin detenerlo.

Se define proceso de desarrollo como la “serie de reorganizaciones cualitativas entre y dentro de los sistemas de comportamiento que se producen durante un proceso de diferenciación y de integración jerárquica” (Cicchetti ,1989).

Estos sistemas de comportamiento comprenden aspectos sociales, cognitivos, emocionales, sociocognitivos y biológicos interrelacionados. La continuidad de su funcionamiento en el pasaje de una fase a otra está garantizada en la medida en que el proceso de desarrollo incorpora los esquemas anteriores en las sucesivas reorganizaciones.

El marco teórico de la psicopatología evolutiva destaca que los desajustes observados en las víctimas son efectos de la situación traumática sobre el desarrollo infantil y no constituyen indicadores de enfermedad. Este modelo plantea que las agresiones pueden desviar el proceso normal del desarrollo infantil y llevarlo hacia una versión menos adaptativa. Sin embargo el proceso en sí sigue desplegándose (Cicchetti y Toth, 1995).

Los conceptos básicos de este marco conceptual son:

- El proceso de desarrollo ocurre en un contexto relacional y se despliega de manera continuada sin quedar detenido ni fijado por las situaciones traumáticas
- La normalidad y la patología son polos de un continuo.

El marco conceptual de la psicopatología evolutiva aporta un enfoque de los comportamientos observados en niños/as víctimas diferente del modelo médico.

Las diferencias estriban en que la psicopatología evolutiva:

- No considera que el responsable de los problemas de comportamiento sea un factor deficitario, un “defecto” o un fallo
- Le otorga gran importancia a la influencia del contexto sociofamiliar y al proceso evolutivo
- Incluye las causas neurofisiológicas como un factor más, no como la causa principal de los trastornos
- Reconoce la complejidad de estos problemas en los están involucrados de manera inseparable el niño/a y a su contexto. Este enfoque permite explicar la interrelación entre factores de riesgo y factores de protección y su influencia en la aparición -o no- de efectos conductuales y/o emocionales. El modelo médico propone una visión reduccionista incorrecta cuando adjudica a ciertos fallos específicos (generalmente neurofisiopatológicos) los trastornos observados en las víctimas.

Es importante destacar que no existe un conjunto de comportamientos o de síntomas característicos de un niño/ o de un adolescente abusado/a. Existen síntomas asociados a las agresiones sexuales que, además, pueden transformarse en el transcurso del tiempo. Esta transformación puede hacer que, pasados algunos años, la sintomatología sea difícil de asociar con abusos sexuales (por ejemplo: un niño con conductas impulsivas y sexualizadas a los 5 años puede convertirse en un púber solitario con severos problemas académicos).

Sin embargo, las transformaciones en el transcurso del tiempo no siempre son de valor negativo. El desarrollo y las etapas de transición también ofrecen a las víctimas oportunidades de elaborar los efectos traumáticos. A su vez situaciones específicas como por ejemplo el ámbito escolar permiten la construcción de experiencias reparadoras.

### **9.3 CUESTIONES A TRABAJAR EN LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS CON NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES**

William Friedrich, psicólogo estadounidense especializado en el tratamiento de niños/as y adolescentes víctimas de abusos sexuales, señala que, para lograr actuaciones eficaces, es necesario intervenir en tres ámbitos fundamentales del funcionamiento de los/as niños/as (Friedrich, 2002):

- ▶ Los vínculos de apego niño/a-progenitor
- ▶ La (auto)regulación emocional
- ▶ La percepción de sí mismo/a

#### **Los vínculos de apego niño/a-progenitor**

Los/as niños/as víctimas de situaciones de violencia intrafamiliar se ven afectados/as por el ineludible conflicto entre el vínculo de apego con las personas que les han cuidado y las experiencias reales de abusos y falta de cuidados por parte de esas mismas personas. Las características de estas vivencias configuran un conflicto imposible de elaborar y de integrar en un modelo de funcionamiento interno coherente. Con frecuencia la manera de convivir con él es mediante la disociación emocional que lleva a las víctimas a reaccionar de acuerdo con la calidad afectiva que establece el adulto/a con quien interactúan.

Es de vital importancia para la intervención conocer las peculiaridades del vínculo de apego entre la víctima y los/as adultos/as significativos/as pues permite prever y preparar una estrategia para afrontar las consecuencias más comunes.

Por ejemplo, los/as niños/as que han tenido experiencias de apego seguro aprenden que cuando sienten algún malestar el adulto/a significativo/a decodifica y responde adecuadamente a su malestar. Aquellos/as que no han tenido este tipo de experiencias aprenden que su malestar no genera la atención parental y, con sobradas razones, sacan la conclusión de que los/as adultos/as no son de fiar. Estos sentimientos crónicos de desprotección y de desvalimiento sumados a la desconfianza con respecto al mundo adulto afectará todas las otras relaciones que estos/as niños/as y adolescentes establecen en diferentes ámbitos: la escuela, los centros de acogida, los equipos terapéuticos.

#### **Comportamientos asociados a vínculos de apego inseguros (Friedrich,2002)**

- Niño/a que se muestra incapaz de recibir el apoyo de los/as adultos/as significativos/as
- Niño/a preocupado/a por el estado de disponibilidad de los/as adultos/as significativos/as
- Niño/a victimizado/a en sus relaciones personales
- Niño/a que victimiza a otros/as en sus relaciones personales (acoso a otras personas menores)
- Niño excesiva y compulsivamente complaciente, sumiso/a
- Niño/a que desempeña un rol parental dentro de la familia
- Niño/a con dificultades para relacionarse con sus pares
- Niño/a que no consigue calmarse con la intervención de los/as adultos/as significativos/as
- Niño/a que busca afecto de manera indiscriminada
- Niño/a que tiene variaciones rápidas y extremas en el humor y en la actitud al relacionarse con otras personas

## La (auto)regulación emocional

La regulación emocional es el resultado de procesos externos e internos que permiten registrar, evaluar y modificar las reacciones emocionales -especialmente en lo que hace a sus características e intensidad- con el fin de alcanzar los objetivos del individuo (Thompson, 1994).

Para poder autorregular sus emociones, los/as niños/as y adolescentes tienen que aprender a:

- reconocer sus propias emociones;
- registrar las condiciones de su entorno;
- identificar sus propios objetivos;
- manejar y modular la intensidad emocional;
- mantener su equilibrio psicológico;
- diferenciar entre emociones negativas y positivas;
- integrar la emoción, los comportamientos y la cognición (coviene destacar en este proceso de integración la importancia del lenguaje como un elemento moderador de la afectividad).

Para poder llevar a cabo este proceso necesitan de vínculos adecuados con adultos/as significativos/as y de modelos que les permitan aprender estrategias para expresar adecuadamente sus emociones.

Cualquier tipología de maltrato interfiere en la adquisición de estas habilidades.

### **Manifestaciones conductuales de problemas en la regulación emocional (Friedrich, 2002)**

- Juego estereotipado asociado con experiencias traumáticas
- Conductas sexualizadas
- Trastornos del sueño
- Angustia
- Agresión
- Comportamientos compulsivos
- Depresión
- Disociación
- Comportamientos característicos del ADDH (siglas en inglés del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad): impulsividad, falta de atención e hiperactividad
- Ataques de pánico
- Síndrome de estrés post traumático: reactividad exacerbada, desconexión emocional, conductas evitativas y recuerdos intrusivos
- Retraimiento social
- Quejas somáticas
- Excitación psicomotriz
- Crisis de ira
- Trastornos conversivos

### **La percepción de sí mismo/a**

A través de procesos de maduración afectiva, cognitiva y comportamental los/as niños/as adquieren las habilidades para comprenderse a sí mismos/as; para tener una visión adecuada de sí; y para comportarse de manera organizada y coherente.

### **Manifestaciones conductuales de trastornos en la percepción de sí mism@ (Friedrich, 2002)**

- Distorsión de la imagen corporal
- Sentimientos de ineficacia
- Problemas de identidad
- Despersonalización
- Persistencia de culpa y/o vergüenza en relación a los abusos sufridos
- Trastornos en las funciones que permiten la reflexión

## 9.4 CÓMO PLANTEAR LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

Al plantear la intervención los/as profesionales deben partir de la base de que no existe un perfil de niño/a o adolescente abusado/a.

Al momento de plantear el Plan de Caso y la intervención específica con niños/as y adolescentes es conveniente tener identificados los problemas a tratar y qué recursos y profesionales se abocarán a la tarea.

Es fundamental que el equipo interviniente no enfoque solamente las dificultades que puedan presentar los/as usuarios/as sino que se preste atención también a un conjunto de actividades normalizadas que deben ser preservadas (por ejemplo: la escolaridad) o que deben ser integradas al Plan de Caso (por ejemplo: talleres, actividades de tiempo libre, prácticas deportivas o artísticas) para garantizar espacios y recursos que fomenten la resiliencia de las víctimas.

De lo antedicho se desprende que las mejores intervenciones resultan de combinar actuaciones socioeducativas, psicoterapia y actividades normalizadas.

Excederían los objetivos de esta publicación describir en detalle las diferentes técnicas de intervención psicoterapéutica y/o socioeducativa. Cada profesional aplicará las técnicas con las que esté más familiarizado/a; les resulte más operativa y en las que haya recibido formación adecuada.

En este punto resulta oportuno destacar la frecuencia con que niños/as y adolescentes con síntomas de sufrimiento y de malestar evidentes para el observador se muestran poco interesados/as en reflexionar sobre lo que les ha ocurrido o lo que les está ocurriendo además de tender a considerar que sus problemas se originan en causas externas (la severidad de las normas en el centro de acogida; el mal genio de sus profesores) y no en sí mismos/as.

De ahí que el objetivo de las intervenciones terapéuticas con los/as niños/as y adolescentes que han sufrido agresiones sexuales y situaciones de desprotección crónica es que recuperen la “función reflexiva”, función que les permitirá tomar distancia de las experiencias inmediatas e identificar los estados emocionales subyacentes tanto en sí mismos/as como en las personas responsables de haberles maltratado (Fonagy, 1998).

En este capítulo se procederá a describir problemas que se detectan con frecuencia y que técnicos/as de distintas disciplinas deben abordar en la tarea cotidiana de reparación de los efectos de situaciones de trauma crónicos.

Es posible que niños/as y adolescentes rechacen la intervención diciendo que comentan sus problemas con sus familiares y/o amigos/as. Conviene entonces señalarles que, cuando los problemas son serios o son muy específicos (como las agresiones sexuales), los consejos y la ayuda tiene que ser especializada además de explicarles que aceptar este tipo de ayuda no es índice de debilidad sino que es una manera muy inteligente de afrontar las dificultades.

Se recomienda informar a los/as usuarios/as los fundamentos de la intervención: que se trata de recursos donde profesionales especializados/as (educador/a, trabajador/a social, psicólogo/a) les van a ayudar a resolver y/o afrontar determinados problemas. Los/as psicólogos/as podrán decir que les ayudarán a entenderse y a entender mejor sus dificultades de manera de poder realizar mejores elecciones de vida en el futuro.

## 9.5 SENTIMIENTOS RELACIONADOS CON LOS ABUSOS SEXUALES QUE SE TRABAJARÁN

Es necesario que el técnico/a tenga en cuenta que las agresiones sexuales producen una serie de efectos emocionales en las víctimas y que estas emociones forman parte de un “estado de base” del usuario/a. Es decir que, más allá de que se expresen o se observen, estas emociones están presentes y subyacen en las distintas actividades que desempeñan. Con frecuencia, esta manera de enfocar las consecuencias de los abusos sexuales permite entender el sentido de comportamientos o estados emocionales que parecen injustificados o fuera de lugar (por ejemplo: crisis de llanto; temores; crisis de ira).

Este concepto resulta de mucha ayuda tanto a quienes tiene la responsabilidad de llevar adelante los recursos planteados en el Plan de Caso como a quienes desempeñan tareas en

contacto con los/as niños/as y adolescentes en el día a día (personal de los centros de acogida, personal del comedor escolar, monitores).

Resulta de gran importancia que las personas que estén en contacto con las víctimas –cumpliendo una función de reparación desde una perspectiva profesional o desde funciones de cuidado- identifiquen estos sentimientos y puedan colaborar con ellas en mejorar la regulación de sus emociones según se describió en un apartado de este capítulo.

Los sentimientos que hay que considerar son:

- Culpa: sentimientos de tener alguna responsabilidad por las agresiones sexuales.

Manifestaciones de culpa: comportamientos agresivos tendientes a la búsqueda de castigo, tristeza, creencia de que no podrá superar las dificultades, actitudes seductoras, comportamientos machistas

- Vergüenza: sentimientos de desvalorización

Manifestaciones de vergüenza: aislamiento o retraimiento social, dificultades en la relación con sus compañeros/as, creencia de haber quedado marcado/a

- Temor: ante las posibles represalias del agresor/a ante la revelación de las agresiones.

Manifestaciones de temor: fobias, aislamiento social, temores irracionales comportamientos evitativos,

- Tristeza: las víctimas llegan a pensar que su entorno no es más un sitio seguro y amigable, además de sufrir la pérdida de los aspectos positivos –si los hubiera habido- del vínculo con el agresor/a.

Manifestaciones de tristeza: llanto inmotivado, decaimiento, dificultades para dormir, pérdida de apetito, irritabilidad, dificultades para despertarse por las mañanas, falta de proyectos personales, dificultades para hacer planes a futuro (aun el futuro inmediato)

- Ira: ante la imposibilidad de vengarse del agresor/a, suelen reaccionar de manera violenta con otras personas (generalmente con la madre), pueden llegar a dañarse a sí mismos/as o a sus mascotas.

Manifestaciones de ira: comportamientos impulsivos, comportamientos de riesgo, consumo de drogas y/o alcohol, comportamientos desafiantes, agresividad (física y/o sexual)

- Desvalimiento: el hecho de no haberse podido defender de los abusos sexuales, les lleva a tener menor resistencia ante nuevas situaciones abusivas y/o de revictimización.

Manifestaciones de desvalimiento: aislamiento, interacción social deficiente, actitud temerosa, tendencia a nuevas victimizaciones (parejas agresivas, acoso escolar), falta de entusiasmo, dificultades para proyectarse a futuro (aun el futuro inmediato)

- Depresión: además de tristeza y falta de interés en los juegos, se puede observar pérdida de interés por la escuela, los/as amigos/as y por las actividades en general.

Manifestaciones de depresión: aislamiento, fracaso escolar, desinterés ante todo tipo de propuestas (sociales, deportivas, recreativas, artísticas), pérdida del apetito y trastornos del sueño, irritabilidad, dificultades en la concentración, ideación suicida, intentos de suicidio.

En los casos en los que no se observe ninguna sintomatología igual se debe evaluar la posibilidad de que la víctima necesite ayuda.

[...]

## **9.7 CUESTIONES A TENER EN CUENTA CUANDO SE INTERVIENE CON NIÑOS Y ADOLESCENTES VARONES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

Los varones que han sido victimizados sexualmente suelen tener sentimientos encontrados y una actitud ambivalente con respecto a lo que les sucedió.

Si fueron agredidos por mujeres adultas suelen no informar nada y les resulta difícil etiquetar los hechos como abusivos. La presión social y la de sus pares en relación al desempeño sexual les llevan a considerar estas experiencias sexuales como una manera valiosa de aprender sobre el sexo y como una proeza. Los jóvenes encuentran también dificultades para manifestar lo sucedido ya que se las tienen que ver demás con la creencia de que “un hombre de verdad no deja pasar este tipo de oportunidades”.

Si fueron agredidos por varones se sienten confusos en lo que hace a su identidad sexual; tienen dudas acerca de si son o si terminarán siendo homosexual; si los agresores se han sentido atraídos por ellos debido a rasgos homosexuales que los adolescentes no perciben.

La confusión aumenta si existe un vínculo previo con los agresores (personas con prestigio o con poder/autoridad, hombres admirados por los chavales) o si las víctimas temen que los agresores –y/o ellos también- puedan ir a la cárcel. Otra fuente de temor es que la gente o sus compañeros se burlen de ellos si se enteran.

Tanto en casos de agresiones cometidas por hombres como por mujeres es posible que el agresor/a les haya ofrecido dinero, bebidas, regalos o la oportunidad de realizar actividades interesantes (jugar con la “play”, ir a los kartings) y que las víctimas hayan aceptado estas ofertas, generándoles sentimientos de culpa y la creencia de ser co-responsables de lo ocurrido.

Los varones que han sufrido abusos sexuales se sienten avergonzados y asustados, lo que les lleva a aislarse, a evitar la interacción con sus pares, a perder la concentración en las actividades de todos los días (por ejemplo en la escuela), a tener problemas para dormir.

Muchos se vuelven agresivos y atacan a las personas más cercanas (familiares, maestros/as, profesores/as, amigos/as), a cualquiera que se les cruce en el camino incluyendo a sus mascotas.

Algunos creen que la mejor manera de manejar esta situación es olvidándosela y hacen todos los esfuerzos posibles para no conectar con lo que les sucedió: en primer lugar, niegan que algo les haya sucedido y no lo comparten con nadie.

Motivos para no contar lo que les sucedió:

- Vergüenza: creen que sólo a los estúpidos les puede pasar algo así y no se dan cuenta que los/as agresores/as sexuales pueden convencer a cualquiera (incluso a los/as adultos/as protectores/as)
- Presión del grupo de pares: cuando otros/as niños/as y/o adolescentes están siendo victimizadas/as: por un lado, nadie se ha quejado o ha dicho nada y, por el otro, contar o quejarse dejará en evidencia de que lo que ocurrió no era normal ni estaba bien.
- Nadie quiere ser un “chivato”: en eso uno se transforma cuando le cuenta a un/a educador/a, a un/a maestra/o o profesor/a; o a un/a trabajador/a social

Temores más frecuentes:

- A ser o a convertirse en homosexual: Es importante recordar que ninguna investigación avala estas conclusiones. La orientación sexual no se ve afectada por experiencias homosexuales ni por el hecho de haber sido agredido sexualmente.
- Haberse contagiado SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual.
- A agredir sexualmente a otros/as
- A que todos sepan que ha sido victimizado sexualmente: que la gente comente, que todos estén hablando de él y rechazándole a sus espaldas
- A ser objeto de la venganza de los/as agresores/as
- A no haber hecho/no hacer bien con revelar lo sucedido: en especial si el agresor/a es una persona querida, admirada y/o respetada.

## 9.8 FASES DE LA INTERVENCIÓN

Sea que se trate del aspecto socioeducativo como del terapéutico, el abordaje de las experiencias traumáticas crónicas con niños/as y adolescentes debe seguir los siguientes pasos:

### **Primera fase:**

Asegurar un entorno protector tanto en lo que hace a las condiciones de la vida diaria como a las condiciones en que se desarrollan las intervenciones con los/as técnicos/as (por ejemplo: claridad en los roles de profesional/usuario/a y en los límites de las funciones, respeto, etc).

### **Segunda fase:**

Comienzo del trabajo terapéutico, establecimiento de la alianza con el usuario/a que hará posible el trabajo con él/ella.

### **Tercera fase:**

Búsqueda de un “lenguaje” –código- para abordar y poner de manifiesto los componentes emocionales asociados a los episodios traumáticos. En esta fase –de exploración y manejo de las emociones- es crucial no exponer al niño/a o adolescente a sentimientos dolorosos si no se han desarrollado previamente mecanismos para afrontar dichos sentimientos. Una de las “herramientas” de gran importancia en las intervenciones que abordan las experiencias traumáticas es la posibilidad de compartir dichas experiencias y los sentimientos de dolor con las personas que les cuidan.

### **Cuarta fase:**

Posibilidad de conectar e integrar los episodios traumáticos a la historia personal.

### **Quinta fase:**

Trabajo con recursos que fomenten la reparación y la resiliencia futura.

El objetivo de la intervención para reparar los efectos de la situación de trauma crónico NO es la eliminación de los síntomas/comportamientos, sino la eliminación de los factores externos que han generado las experiencias traumáticas y la integración de los aspectos personales disociados.

## **9.9 CONSIDERACIONES PARA UNA INTERVENCIÓN SENSIBLE Y RESPETUOSA**

A continuación se comentarán una serie de cuestiones a tener en cuenta para garantizar intervenciones que tengan en cuenta los desafíos que representa trabajar con niños/as y adolescentes que han sufrido trauma crónico. Estas consideraciones son de utilidad práctica tanto en las intervenciones socioeducativas y psicoterapéuticas como en cualquier vínculo de cuidado y de atención entre las víctimas y los/as adultos/as (personal del centro escolar, personal de los centros de acogida, monitores/as).

La principal necesidad de niños/as y adolescentes que han sido agredidos/as sexualmente es sentirse seguros/as y protegidos/as tanto así que con frecuencia garantizar seguridad y protección facilitan la aceptación y la adherencia a la intervención

Recordar que:

► *El abuso sexual es una experiencia traumática*: si bien las características de la agresión pueden parecer poco graves a los/as profesionales (por ejemplo: tocamientos u exhibición de materiales pornográficos que pueden considerarse menos dañinos que la penetración genital o el sexo oral), lo fundamental es la reacción de las víctimas ante la violencia padecida

► *El abuso sexual constituye una traición a los límites y a la confianza y una intromisión en la intimidad y el cuerpo que afectan la relación de las víctimas consigo mismas, con sus cuerpos y con los demás*. A consecuencias de esta traición niños/as y adolescentes:

- sienten que no tienen control sobre sí mismos/as
- tienen sentimientos de indefensión
- sienten que sus opiniones y sentimientos no cuentan
- se sienten “enajenados/as” de sus cuerpos (sus cuerpos no les pertenecen)
- aprenden a no prestar atención a las señales corporales de dolor y de peligro, desconectan de sus cuerpos
- tienen problemas de identidad y perturbaciones en la relación consigo mismos/as
- experimentan desconfianza hacia las personas que ejercen roles de cuidado, desconfianza que afectará a los/as profesionales que participan en la intervención.

► *El abuso sexual provoca sentimientos, experiencias y comportamientos que pueden obstaculizar el logro de los objetivos de la intervención, entre ellos:*

- Miedo y desconfianza
- Necesidad de ejercer el control
- Incomodidad para trabajar con técnicos/as del mismo género que el del agresor/a
- Tendencia a la pasividad y dificultad para expresar sus necesidades y sus sentimientos
- Reacciones inexplicables ante situaciones que disparan recuerdos de los abusos
- Disociación o fenómenos disociativos
- Comportamientos autoagresivos
- Problemas somáticos

Para poder afrontar las dificultades que plantean las víctimas de agresiones sexuales conviene adoptar un enfoque basado en:

- Respeto por la individualidad de su persona
- Vínculo con el técnico/a basado en la protección y la seguridad en el que se equilibren calidez y profesionalismo evitando tanto la frialdad como la excesiva familiaridad que puede resultar intrusiva
- Compartir el control en los aspectos en los que sea posible para que el usuario/a participe activamente en una intervención que se lleve a cabo con él/ella y no para él/ella.
- Compartir información sobre la intervención: lo que permite desarrollar sentimientos de seguridad y confianza.
- Respeto de los límites componente que también contribuye al sentimiento de seguridad
- Consideración de la intervención como un proceso de aprendizaje tanto para el usuario/a como para los/as técnicos: los/as niños/as y jóvenes tienen la oportunidad de establecer vínculos con los/as profesionales de características diferentes a los vividos hasta ese momento
- Tener en cuenta los altibajos en el proceso de reparación: la “cicatrización” de los efectos de las situaciones traumáticas no se produce en un proceso lineal con lo cual el interés y la participación en la intervención puede variar en el transcurso de la misma. Estas variaciones pueden ocurrir de manera muy rápida (en el mismo día, de un día para otro) o en el transcurso de períodos más prolongados.
- Cuidado del lenguaje y de la comunicación: es aconsejable comunicar y explicar lo que va a suceder durante la intervención; cuáles son los objetivos; cuáles pueden ser las dificultades; qué estrategias se utilizarán cuando surjan dificultades, etc. También en la comunicación es importante observar la congruencia entre lo que los/as usuarios/as comunican de manera verbal y lo que los/as técnicos/as observen en el lenguaje no verbal. Si se detectan discrepancias es importante señalarlas e intentar trabajar con ese material. De la misma manera es importante que los/as profesionales registren esa congruencia o discrepancia entre lo que ellos/as dicen verbalmente y lo que transmiten de manera no verbal en sus propias comunicaciones. Por ejemplo:
  - Es importante demostrar interés y que se está prestando atención al usuario/a
  - Se puede ofrecer sintetizar por escrito lo que se ha trabajado en una sesión o en una entrevista determinada
- Cuidar los contactos físicos pues hay que recordar que el contacto físico puede estar asociado con recuerdos dolorosos y angustiantes para los/as usuarios/as. El malestar que pueda provocarles este tipo de interacción puede modificarse con el tiempo.
- Cuidar la intimidad ya que contribuye a establecer el sentimiento de seguridad y de protección. Se recomienda que las sesiones de trabajo con niños/as y jóvenes se rea-

licen en contextos que resguarden la intimidad, donde no se produzcan interrupciones y donde lo que comunican no pueda ser escuchado por otras personas.

- Realizar sesiones y entrevistas para las que los/as profesionales cuenten con el tiempo adecuado: es importante no andar con prisas ni interrumpiendo las sesiones y entrevistas.
- Considerar las dificultades para cumplir con las propuestas de la intervención: se aconseja poder hablar de los problemas que surjan y que atenten contra la continuidad del proceso de reparación. Se debe evitar la culpabilización y/o el avergonzarle como “métodos” para hacerle cumplir con el plan de trabajo. Se recomienda que en vez de decirle “deberías” o “tendrías que” se le plantearan las observaciones diciéndole “lo que más conveniente para ti...”, “lo que te iría mejor...”
- Alentar la reconexión con el cuerpo: sin obligarles y con el fin de fomentar la resiliencia es interesante proponer actividades que apoyen este objetivo.
- Alentar y ofrecer modelos de autocuidado: como en el punto anterior como una manera de ayudarles a reparar y a fomentar la resiliencia.
- Utilizar la intervención para ayudarles a resolver problemas concretos ya sea en la vida cotidiana o en el vínculos con los/as técnicos/as que intervienen con el fin de acordar sobre objetivos y técnicas de trabajo evitando los comportamientos impulsivos.
- Cuidar la continuidad de la intervención: con este tipo de usuarios/as es fundamental evitar cualquier situación que les recuerde la traición y/o que genere desconfianza. Por ejemplo:
  - Hay que avisarles con tiempo acerca de cambios de técnicos/as
  - Hay que avisarles con tiempo acerca de la ausencia de los/as técnicos/as (vacaciones; bajas, etc)
  - Conviene incluirles en la búsqueda de alternativas ante las situaciones mencionadas
  - Los/as técnicos/as que reemplacen al anterior o que se integren al equipo deben conocer y comprender las dificultades de los/as niños/as y jóvenes victimizados/as
  - Hacer la presentación de los/as nuevos/as técnicos/as de manera personal
  - Si no habrá un reemplazo del técnico/a conviene explorar cuáles las dificultades que pueden surgir durante la ausencia del/a profesional
  - En caso de problemas inesperados que impidan la realización de la entrevista o de la sesión, es imprescindible comunicarse con los/as usuarios/as para arreglar una nueva cita. Si bien no es pertinente comentar los detalles de los impedimentos que haya tenido el técnico/a, es aconsejable brindar una explicación.

## **10. LA INTERVENCIÓN CON LOS FAMILIARES NO AGRESORES**

El abuso sexual de niños/as o adolescentes –intra o extrafamiliar- constituye un duro trance para cualquier familia. Por lo general, nadie piensa que su propio/a hijo/a puede ser víctima de agresiones sexuales con lo cual tampoco se está preparado/a para afrontar una situación tan compleja y dolorosa.

La reacción y los pasos a seguir pueden resultar más claros en los casos de abusos extrafamiliares, sobre todo si la familia funciona de manera adecuada y es protectora. Aunque estén sobrepasados/as por sentimientos de traición y de impotencia, los/as adultos/as no tienen ninguna duda acerca de la necesidad de cuidar de las víctimas y de evitar la reiteración de las agresiones. Por más que haya existido un vínculo de respeto y de confianza con el agresor, una vez que se revela lo sucedido la familia reconoce que la protección es un objetivo prioritario y pone en marcha acciones tendientes a lograrla.

Sin embargo no siempre los familiares reaccionan de esta manera. Se ha reiterado a lo largo de esta publicación que las agresiones sexuales suelen ser un eslabón más en la vida de ni-

ños/as y adolescentes con experiencias crónicas de desprotección. En tales casos puede suceder que, aun cuando se informe a los padres la confirmación de la sospecha, las dinámicas que han provocado la desprotección previa pueden llevar a que uno de ellos o a que ambos minimicen lo sucedido; a que no tomen ninguna medida; a que privilegien el vínculo que tienen con el agresor por sobre la protección de las personas menores; a que acepten y crean las explicaciones y las justificaciones del agresor.

En los casos de abusos intrafamiliares las circunstancias suelen ser mucho más complejas. Por lo general, el agresor es una figura significativa para todo el grupo familiar: puede ejercer alguna forma de autoridad; los integrantes de la familia pueden tener algún vínculo de dependencia con ellos (emocional, económico, laboral); y suelen existir mandatos y lealtades que impiden que se tomen medidas protectoras con la rapidez necesaria.

Por las competencias que tienen el Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF) y el programa de Intervención Familiar (PIF) trabajarán principalmente con estos dos últimos tipos de situaciones: familias cuyos niños/as han sido víctimas de abusos sexuales extrafamiliares y que no les han protegido o no les protegen y familias donde han ocurrido abusos intrafamiliares.

## **10.1 CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA INTERVENCIÓN CON LOS FAMILIARES NO AGRESORES**

### **10.1.1 Función del Programa de Intervención Familiar (PIF)**

En lo que se refiere al trabajo con los miembros de la familia que no han cometido las agresiones, la tarea consiste en:

- a) Ejecución de planes de caso de menores con expediente abierto en el SAIAF: casos en los que se detectan situaciones de desprotección grave por lo cual hay riesgo de separación inminente o con medida de separación temporal y cuyos Planes de Caso tengan como finalidad:
  - Preservación familiar: intervención en crisis
  - Preservación familiar: capacitación parental
  - Reunificación familiar
  - Apoyo a la vida independiente
- b) Ejecución de planes de caso de menores atendidos en los SSAP: casos con situaciones de desprotección moderada atendidas en los SSAP cuyos Planes de Caso tengan como finalidad:
  - Evaluación en intervención
  - Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres
  - Preservación familiar: capacitación parental
  - Preservación familiar: complemento familiar
  - Apoyo específico al menor
  - Acompañamiento, seguimiento y/o control de la situación del menor y la familia

### **10.1.2 Características de la intervención**

Al igual que en cualquier otro caso de desprotección infantil y de intervención con personas menores, una vez obtenida la información de la fase de evaluación, se procede a la toma de decisiones y a la elaboración del Plan de Caso en el que se determina los problemas familiares o de los distintos integrantes de la familia que serán abordados en la intervención, cuáles serán las prioridades en el abordaje y cuáles son los recursos apropiados para abordar tanto los problemas como las prioridades. Una vez establecido este plan, se pone en marcha (Fase de Intervención propiamente dicha) y se revisa periódicamente para evaluar los cambios producidos y la necesidad de ajustes en función del logro (o no) de los objetivos iniciales.

Cuando se interviene en una familia en la que se ha confirmado abusos sexuales hacia uno de sus integrantes es importante tener presente que otros/as niños/as o adolescentes (her-

manos/as, parientes) podrían haberse visto afectadas por el mismo agresor/a y se debe prestar especial atención ya que los indicadores de sospecha de estos otros abusos pueden surgir mientras se lleva adelante el Plan de Caso.

En lo que hace a los/as adultos/as no agresores/as la intervención estará dirigida a reforzar al máximo sus capacidades y sus aspectos positivos (factores de protección) que contribuyan a:

- tomar conciencia de cómo cuidar y proteger a sus hijos/as;
- acompañar a los/as niños en el proceso de recuperación; y
- evitar nuevas revictimizaciones

Las familias atendidas por los Servicios de Protección Infantil suelen presentar múltiples dificultades en áreas diversas tales como salud mental, relaciones sociales, área laboral y económica, área escolar, etc. que no son abordadas directamente por los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar (PIF) sino que deben ser atendidas por otros servicios o recursos comunitarios. Este aspecto multisectorial e interinstitucional/interdepartamental de la intervención supone la puesta en marcha de recursos propios y ajenos al Programa con el objetivo de abordar los problemas detectados y requiere de una coordinación estrecha y continuada con dichos recursos/servicios para compartir información y mantener una línea de actuación común.

Es importante recordar que un alto porcentaje de familias que son atendidas en los Servicios de Protección Infantil no acude voluntariamente a solicitar apoyo para la resolución de sus dificultades pues, en su mayoría, los/as padres/madres o responsables legales no poseen una conciencia clara de problema y, por lo tanto, carecen de la motivación necesaria para implicarse en un proceso de cambio. En los casos de abusos sexuales intrafamiliares es bastante común que la familia se encuentre dividida entre quienes apoyan a la persona menor y a quien le protege y quienes, por diversos motivos, descreen que las agresiones hayan podido ocurrir y toman partido por el agresor/a.

En general, son los Servicios de Protección los que toman la iniciativa de “entrar” en la vida de las familias o aparecen como “aliados” de quienes creen en el niño/a o adolescente. Esto contribuye a que, con frecuencia y desde los comienzos de la intervención, encuentren una fuerte resistencia –explícita o no- por parte de las familias que quieren ocultar el problema o por parte de los integrantes que descreen que los abusos ocurrieron. Así la intervención de los Servicios de Protección suele ser percibida como una amenaza y una “intromisión” de los/as profesionales en sus vidas.

Esta resistencia reconoce distintos orígenes: la ausencia de conciencia de problema; la naturalización de las agresiones sexuales en familias en las que han ocurrido durante varias generaciones; el temor a perder a sus hijos/as; el temor a las consecuencias legales; el cuestionamiento a la calidad de los cuidados brindados por los padres; el temor al distanciamiento o pérdida de personas de su entorno más cercano ante el descubrimiento de su situación.

Los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar (PIF), previendo estas resistencias, deberán elaborar y poner en marcha estrategias para minimizarlas y favorecer la implicación de los miembros no agresores de la familia en el tratamiento.

A los/as lectores interesados/as en estas estrategias se les recomienda consultar el Manual Cantabria: Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar (Arruabarrrena y Alday, 2008; págs. 22 y 23)

Entre estas estrategias se recomiendan las intervenciones en el entorno de la familia, haciendo el máximo uso de su red natural de apoyo para fomentar la percepción de sus propias capacidades de cambio y para favorecer una mayor eficacia en la resolución de los problemas al abordarse en el contexto en el que aparecen.

### **10.1.3 Principios guía de la intervención**

En el transcurso de la intervención los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar (PIF) deberán tomar decisiones de manera constante. Se recomienda que las decisiones se orienten en función de los siguientes principios básicos:

- La finalidad de la protección es transformar a las familias que dejan a sus niños/as en situación de riesgo en familias adecuadas.
- Perseguir el interés superior del niño/a o adolescente.
- La estrategia de intervención como una alternativa mejor a la ausencia de protección.
- La intervención como una alternativa definitiva que garantice la continuidad de la atención y la estabilidad de la vida familiar de las personas menores.
- Escoger las intervenciones mínimas que produzcan la menor intromisión posible en la vida de los/as niños/as o adolescentes y en las de su familias.
- Las decisiones que se adopten serán evaluadas y se controlarán los riesgos y los beneficios que puedan generar.

#### **10.1.4 Temas a trabajar con los familiares no agresores en casos de abuso sexual infantil**

##### **EN RELACIÓN A LOS/AS NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES VICTIMIZADOS/AS**

Para optimizar la intervención que trabaja con niños/as y adolescentes en la reparación de los efectos que produjeron los comportamientos abusivos del agresor/a y, eventualmente, la situación de desprotección preexistentes, los/as adultos/as no agresores/as deben tener conocimientos acerca de

- a) cuáles son esos efectos;
- b) cuál son las mejores estrategias para manejar situaciones conflictivas y/o anormales con los/as hijos/as;
- c) qué hacer con el impacto emocional que los comportamientos y las reacciones de las víctimas les provocan;
- d) qué papel han jugado los/as adultos/as en las situaciones de desprotección en caso de que hubieran preexistido.

Es fundamental involucrar a los/as adultos/as no agresores/as en la puesta en marcha y en el mantenimiento de medidas tendientes a evitar que las agresiones sexuales continúen o que se repitan tanto con la víctima identificada como con otras potenciales víctimas del grupo familiar así también como para solucionar en el corto plazo otras situaciones de desprotección.

Se priorizan y trabajan temas relacionados con la seguridad y el bienestar psicofísico de los/as niños/as y adolescentes (cuidados específicos durante el proceso de reparación y satisfacción de necesidades básicas)

##### **EN RELACIÓN A CUESTIONES PERSONALES:**

Se ha mencionado en capítulos anteriores que una característica común a todas las familias donde existe desprotección infantil es el hecho de que los padres han padecido alguna de sus tipologías en su propia niñez; circunstancias que, sin duda, han dejado sus huellas. Es por ello que prácticamente la totalidad de los efectos descriptos como efectos de las experiencias de trauma crónico (Cap.5) puedan observarse también en los/as adultos/as que agreden a los/as niños/as y/o que no les protegen.

Los orígenes de esta repetición de situaciones de desprotección en la generación siguiente se pueden encontrar en la asociación entre la incapacidad para empatizar con los demás y los mecanismos disociativos (Singh Narang y Contreras, 2000, 2005; Egeland y Susman-Stillman, 1996).

Así, la disociación -mecanismo de defensa altamente efectivo ante situaciones que provocan intenso sufrimiento- permite a los/as niños/as "compartimentalizar" (aislar) las experiencias traumáticas y les facilita un buen funcionamiento en el resto de las áreas (Ludwig, 1983; Putnam, 1991). No obstante, a pesar de su utilidad para afrontar las situaciones dolorosas en el momento en el que ocurren, a la larga altos niveles de disociación se asocian con una amplia gama de alteraciones en la edad adulta.

En lo que hace al cuidado de los/as hijos/as la disociación no sólo obstaculiza el acceso a los recuerdos dolorosos que podrían actuar como freno para adultos/as impulsivos.

vos/as sino que también bloquea la posibilidad de registrar situaciones de riesgo e impide la puesta en marcha de actitudes protectoras.

La falta de acceso a las experiencias pasadas o el acceso inconsistente e intermitente aumentan la vulnerabilidad de las personas a maltratar o a abusar de sus niños/as. Los efectos de compartimentalizar las experiencias y la incapacidad para asociar pensamientos, sentimientos y acciones permiten que un progenitor maltrate a su hijo/a sin empatizar con las emociones de los/as pequeños/as ni sentir su dolor (Egeland y Susman-Stillman , 1996).

Por lo tanto, el Plan de Caso deberá incluir recursos para que los familiares no agresores puedan trabajar sus historias de descuido y de malos tratos en la infancia así también como los mecanismos de defensa que utilizaron para seguir adelante y sus consecuencias: las dificultades para comprender los sentimientos de los/as hijos/as agredidos/as y/o para responder adecuadamente a sus necesidades.

### **TEMAS A ABORDAR CON FAMILIARES NO AGRESORES**

- Historia de malos tratos sufridos en la propia infancia
- Diferentes estilos de crianza y alternativas a los estilos utilizados habitualmente
- Modalidades para controlar la ira y la agresión
- Aprendizaje de técnicas de cuidados parentales coherentes
- Planificación de momentos de comunicación y de esparcimiento con los/as hijos/as

#### **10.1.5 Utilización de sesiones y/o intervenciones terapéuticas familiares**

En los casos en que las intervenciones con niños/as y/o adultos/as se combinen con intervenciones familiares (sin incluir al agresor/a en las sesiones en las que participa la víctima), se aconseja tener en cuenta los siguientes principios para orientar la intervención:

- La seguridad psicofísica de la víctima y de sus hermanos/as constituye una prioridad
- Cuando las sesiones o la intervención sean llevadas a cabo por profesionales ajenos al Servicio de Protección Infantil, éstos/as deberán notificar si detectan aumentos en los niveles de riesgo o riesgo concreto de revictimización
- Una vez confirmada la sospecha de abuso sexual se le debe creer a la(s) víctima(s) y desestimar las negaciones del/a agresor/a
- Cuando sea posible, conviene excluir al/a agresor/a del hogar y no a la(s) víctima(s)
- Trabajar para que las conductas abusivas o de desprotección dejen de ser minimizadas y/o naturalizadas y para que provoquen malestar y preocupación en quienes las ejercen
- Proponer y/o enseñar formas alternativas de comportarse con los/as hijos/as y alternativas de funcionamiento familiar
- Evitar y desalentar las proyecciones parentales sobre los/as hijos/as
- Explicar a los adultos/as no agresores/as las consecuencias de la traumatización crónica y elaborar estrategias de contención emocional y de protección de las víctimas
- Contribuir a que los/as adultos/as no agresores/as comprendan las necesidades y/o los motivos que llevan a sus hijos/as a comportarse de una manera determinada
- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as a guiar, enseñar y a poner límites
- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as a incrementar las interacciones gratificantes con sus hijos/as
- Contribuir a aliviar las situaciones de estrés, en especial las relacionadas con la revelación de los abusos y con las vicisitudes propias de la intervención legal

- Enseñar a los/as adultos/as no agresores/as cuestiones relacionadas con la intimidad y la puesta de límites
- Proveer un contexto adecuado para la revisión de sus historias personales
- Tener en cuenta que, en los casos de abusos sexuales intrafamiliares, con frecuencia no es posible la reunificación familiar por lo cual conviene trabajar la cuestión y prever soluciones alternativas

#### **ASPECTOS QUE SE DEBEN ABORDAR EN LAS ACTUACIONES CON LOS FAMILIARES NO AGRESORES**

- La toma de conciencia del problema que representan los abusos sexuales para la víctima y los efectos que dicha toma de conciencia tiene en el funcionamiento familiar (interrupción del contacto con el agresor/a; reacciones de los/as hermanos/as ante dicha interrupción de contacto; decisiones en relación a la familia extensa; etc.)
- Los estilos de comunicación basados en ocultamientos, secretos y mentiras que facilitan la distorsión de las percepciones de todos los miembros del grupo familiar y la construcción de un complejo sistema de creencias orientado a minimizar y a justificar hasta las situaciones de suma gravedad
- El borramiento de límites intergeneracionales: por ejemplo, hijas que cumplen roles de la figura materna (cuidado de hermanos/as; atención de las labores domésticas; atención de la figura paterna, etc); niños/as y adolescentes involucrados/as en los conflictos conyugales; ausencia de diferencias jerárquicas y de límites en la interacción entre el subsistema parental y el subsistema de los/as hijos/as.
- Los aspectos del funcionamiento familiar y de su sistema de creencias que favorecieron la desprotección y las agresiones sexuales (abuso de sustancias; violencia doméstica; malos tratos entre los cónyuges o hacia los/as hijos/as; patología psiquiátrica o retrasos madurativos, etc)
- El papel que desempeñaron los/as adultos/as no agresores/as de la familia en la etapa en que ocurrieron los abusos
- Estrategias para evitar revictimizaciones y/o nuevas situaciones de desprotección

El objetivo final de las intervenciones protectoras es garantizar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes cubriendo sus necesidades básicas (físicas, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas).

Al igual que la intervención con los/as niños/as y adolescentes las intervenciones con los familiares no agresores serán multi e interdisciplinarias, multimodales e intersectoriales/interinstitucionales para:

- controlar y disminuir los factores de riesgo;
- favorecer y estimular los factores de protección; y
- reparar los efectos que la desprotección pudiera haber provocado en niños/as y adolescentes.

Las actuaciones del Programa de Intervención Familiar están dirigidas a establecer las condiciones necesarias para garantizar el bienestar y la seguridad del niño/a o adolescente así como un proceso de desarrollo saludable. No debe estar enfocado exclusivamente en corregir o contrarrestar la situación de desprotección.

La premisa central que fundamenta toda intervención es que niños/as y adolescentes son individuos en proceso de desarrollo en un contexto familiar y social y que las situaciones traumáticas impactan y distorsionan dicho proceso sin detenerlo.

La intervención con los familiares no agresores de víctimas de abuso sexual con el objetivo de controlar y disminuir los factores de riesgo y para favorecer y estimular los de protección tanto para evitar la reiteración de las agresiones sexuales como de cualquier otra tipología de desprotección, se enmarcan dentro de lo que el *MANUAL CANTABRIA: Procedimiento y cri-*

*terios de actuación de los Programas de Intervención Familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia (2008)* describe como:

- Evaluación en intervención
- Preservación familiar: intervención en crisis
- Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres
- Preservación familiar: capacitación parental
- Preservación familiar: complemento familiar
- Reunificación familiar
- Apoyo a la vida independiente
- Acompañamiento, seguimiento y/o control de la situación del menor y la familia

## **10.2 COORDINACIÓN ENTRE LAS ACTUACIONES CON LOS FAMILIARES NO AGRESORES Y CON LAS VÍCTIMAS**

En el capítulo 9 se planteó que el marco teórico que encuadrará la intervención es el de la psicopatología evolutiva que considera, entre otras cuestiones, que:

- los desajustes observados en las víctimas son efectos de la situación traumática sobre el desarrollo infantil y no constituyen indicadores de enfermedad;
- las agresiones pueden desviar el proceso normal del desarrollo infantil y llevarlo hacia una versión menos adaptativa sin interrumpirlo (Cicchetti y Toth, 1995);
- el proceso de desarrollo ocurre en un contexto relacional y se despliega de manera continuada sin quedar detenido ni fijado por las situaciones traumáticas;
- le otorga gran importancia a la influencia del contexto sociofamiliar y al proceso evolutivo;
- en la complejidad de estos problemas están involucrados de manera inseparable el niño/a y su contexto.

Se hizo mención a que William Friedrich, psicólogo estadounidense especializado en el tratamiento de niños/as y adolescentes víctimas de abusos sexuales, recomienda intervenir en tres ámbitos fundamentales del funcionamiento de los/as niños/as para lograr actuaciones eficaces (Friedrich, 2002):

- Los vínculos de apego niño/a-progenitor
- La (auto)regulación emocional
- La percepción de sí mismo/a

En ese sentido, las intervenciones que se hagan en cualquiera de estos aspectos con las víctimas debe complementarse con intervenciones en el contexto familiar y, eventualmente, en el contexto social.

Es evidente que el trabajo que los/as técnicos/as puedan llevar a cabo para reparar los efectos que vínculos de apego inadecuados han producido en el niño/a se verá favorecido si se trabaja también con los/as adultos/as responsables sobre las circunstancias que llevaron a establecer esos tipos de vínculos. Para ello necesariamente habrá que trabajar con la historia familiar de los/as adultos/as, sus dificultades para empatizar con la víctima y para satisfacer sus necesidades básicas, etc.

Lo mismo sucede al abordar cuestiones relativas a la (auto)regulación emocional en la que los/as niños/as deben aprender a:

- reconocer sus propias emociones;
- registrar las condiciones de su entorno;
- identificar sus propios objetivos;
- manejar y modular la intensidad emocional;

- mantener su equilibrio psicológico;
- diferenciar entre emociones negativas y positivas;
- integrar la emoción, los comportamientos y la cognición

Esta tarea será más complicada si no se lleva a cabo una intervención paralela con los/as con adultos/as significativos/as. La función de esta intervención con los familiares no agresores es garantizar la existencia de vínculos adecuados y de modelos que permitan a los/as niños/as aprender estrategias para expresar adecuadamente sus emociones.

Sucede lo mismo en lo que hace al abordaje de las dificultades en la percepción de sí mismo/a: hay que plantear actuaciones con los niños/as para favorecer que, a partir de procesos de maduración afectiva, cognitiva y comportamental adquieran las habilidades para comprenderse a sí mismos/as, para tener una visión adecuada de sí y para comportarse de manera organizada y coherente. Sin embargo, contar con familiares que fomenten y acompañen el proceso sin interferir ni promover distorsiones perceptuales ni cognitivas optimizará los resultados de la intervención con las víctimas.

Los recursos a utilizar para complementar las intervenciones con niños/as y adolescentes dependerán de las características del grupo familiar: habrá familias en las que será parte de la génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres; en otras será un objetivo más de la capacitación parental y/o del complemento familiar y puede involucrar recursos socioeducativos exclusivamente o necesitar complementarse con psicoterapias familiares y/o individuales. En estas situaciones se necesitarán recursos externos al Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SAIAF).

### **10.2.1 Sentimientos relacionados con los abusos sexuales que se trabajarán**

Por lo general, la confirmación de las agresiones sexuales toma por sorpresa a los familiares no agresores. Pocas personas están preparadas para pensar que algo así puede ocurrir en su propia familia. Cuando existen dificultades para proteger a los niños/as previas al abuso sexual puede ocurrir que los/as adultos/as estén absorbidos/as por sus propios problemas personales, familiares y/o conyugales y no puedan conectar con los sentimientos que les despierta esta situación inesperada.

Con lo cual, aún en los casos en los que se haya decidido una medida de separación, es fundamental ayudar a que los familiares no agresores tomen conciencia de lo que ha sucedido y puedan colaborar para evitar la repetición de los abusos (disminución de los factores de riesgo y aumento de los factores de protección) y para apoyar en la reparación de las consecuencias en los/as niños/as.

Los sentimientos que hay que considerar son:

- **Descreimiento:** dificultad para creer en las descripciones de los/as niños/as y/o en los informes de confirmación de los/as técnicos/as que se traduce en falta de apoyo hacia las víctimas.

Manifestaciones de descreimiento: “en mi familia nunca ocurrió algo así”; “debe haber un error”; “las entrevistas están mal tomadas”; “la técnico (una amiga, un programa de televisión...) influyó en lo que la niña ha contado”.

- **Confusión y ambivalencia:** dificultad para terminar de aceptar lo ocurrido, para decidir a quién proteger y cómo hacerlo (en especial cuando el agresor es un familiar conviviente, un familiar apreciado u otra persona menor del grupo familiar).

Manifestaciones de confusión y ambivalencia: búsqueda de explicaciones diferentes ante la situación y/o los comportamientos de los/as niños/as (por ejemplo: búsqueda de otros profesionales que ofrezcan diagnósticos diferentes); falta de continuidad en sostener las medidas protectoras; variabilidad en cuanto a creer y a apoyar a las víctimas; tironeos en relación a las lealtades (hacia la víctima y/o hacia el agresor).

- **Culpa:** sentimientos de tener alguna responsabilidad por no haber percibido indicadores de que los abusos estaban ocurriendo, sentimientos de culpa por no haber protegido; sensación de fracaso en el rol parental.

Manifestaciones de culpa: sobreprotección y estado de hiperalerta, depresión.

- Vergüenza: sentimientos de desvalorización y dificultad para socializar lo sucedido y/o pedir ayuda.

Manifestaciones de vergüenza: aislamiento o retraimiento social, dificultades en la relación con el grupo social; dificultades para comunicar lo sucedido a sus familiares, a los/as maestros/as de la escuela del hijo/a.

- Temor: ante las posibles consecuencias de los abusos en sus hijos/as (temor a daños físicos y/o psíquicos irreparables en los/as hijos/as).

Manifestaciones de temor: temor a que el hijo/a no vuelva a llevar una vida normal; temor a que la víctima agrede sexualmente a otros/as; temores ante futura elección homosexual de la víctima; temor a que el hijo/a le responsabilice por los abusos; temor por las consecuencias que sufrirá el agresor; comportamientos evitativos y aislamiento social (incapacidad de establecer relaciones de confianza con personas del mismo sexo que el agresor; desinterés y/o incapacidad para establecer nuevas relaciones de pareja).

- Tristeza: ante el desmoronamiento del sistema de creencias individual y/o familiar y del brusco cambio en el funcionamiento familiar a partir de la revelación.

Manifestaciones de tristeza: llanto inmotivado, decaimiento, dificultades para dormir, pérdida de apetito, irritabilidad, dificultades para despertarse por las mañanas, falta de proyectos personales, dificultades para hacer planes a futuro (aun el futuro inmediato).

- Ira: intensa reacción al descubrir el engaño y las mentiras por parte del agresor; enojo con la víctima que ha revelado lo sucedido; enojo con la intervención que ha trastocado el funcionamiento familiar.

Manifestaciones de ira: comportamientos impulsivos, comportamientos de riesgo, consumo de drogas y/o alcohol, comportamientos desafiantes, agresividad (física y/o verbal).

- Desvalimiento: el hecho de no haber podido percibir los abusos ni haber podido defender a las víctimas les lleva a tener menor resistencia ante nuevas situaciones abusivas y/o de revictimización.

Manifestaciones de desvalimiento: aislamiento, interacción social deficiente, actitud temerosa, tendencia a nuevas victimizaciones (nuevas parejas agresivas y/o abusivas), falta de entusiasmo, dificultades para proyectarse a futuro (aun el futuro inmediato).

- Depresión: además de tristeza y falta de interés en las actividades cotidianas, dificultades del sueño y de la alimentación; sensación de fracaso en el rol parental.

Manifestaciones de depresión: aislamiento, desinterés ante todo tipo de propuestas (sociales, deportivas, recreativas, artísticas), pérdida del apetito y trastornos del sueño, irritabilidad, dificultades en la concentración, ideación suicida, intentos de suicidio.

- Desconexión afectiva: ausencia de sentimientos en relación a la crisis familiar que está atravesando.

Manifestaciones de desconexión afectiva: aparente normalidad y adaptación inmediata a la situación de crisis familiar; negativa a hablar sobre lo sucedido; manifestaciones de que “todo ya está superado”, de “que no hay que revolver sobre lo mismo”.

- Minimización: tendencia a normalizar lo sucedido y/o la crisis que la familia atraviesa; dificultad para tomar conciencia de la magnitud del sufrimiento y/o de las necesidades especiales de las víctimas.

Manifestaciones de minimización: aparente resignación ante lo sucedido; rechazo a los recursos que se le ofrecen o falta de búsqueda de recursos que ayuden a afrontar la situación; creencia de que estos problemas se resuelven “en familia”; aislamiento.

[...]

#### **10.4 REUNIFICACIÓN FAMILIAR EN CASOS DE ABUSOS SEXUALES INTRAFAMILIARES**

Los/as profesionales del Programa de Intervención Familiar deben ser muy cuidadosos a la hora de recomendar y/o de intervenir para la reunificación familiar cuando han ocurrido agresiones sexuales por parte de familiares convivientes.

Será necesario evaluar en detalle si los factores de riesgo han disminuido y si los/as adultos/as no agresores/as están en condiciones de garantizar la seguridad y el bienestar psicofísico de los/as niños/as y adolescentes.

Deberán contar, por un lado, con informes de profesionales que hayan trabajado en la rehabilitación de los/as agresores/as adultos/as o juveniles donde se describa cuál fue la evolución y qué nivel de riesgo de reincidencia presentan.

Por otro lado es fundamental conocer y respetar los deseos del niño/a victimizado/a: si desea la reunificación, si le será posible volver a convivir con la persona que le agredió sexualmente; si está en condiciones de perdonar (si no lo estuviera no hay que forzarle). En este sentido es muy importante tener en cuenta todo el proceso de intervención que se ha llevado a cabo con la víctima y con la familia.

La reunificación familiar en caso de abusos intrafamiliares no es una alternativa a contemplar en el corto plazo. Necesitará un mínimo de 18 a 24 meses de tratamientos de intervención con todas las personas involucradas: víctimas, familiares no agresores y agresores/as. El simple paso del tiempo no soluciona nada; sólo la intervención enfocada en el problema suele dar buenos resultados.

Muchas veces, al comienzo de la intervención, los/as niños/as agredidos/as solicitan volver a ver al agresor. Esto no significa que quieran volver a convivir con ellos/as. Si, a criterio de los/as técnicos/as intervinientes, el contacto con el agresor será contraproducente no debe ser autorizado.

Lo aconsejable es trabajar con las víctimas y con los familiares no agresores cuáles pueden ser los motivos subyacentes a tales deseos, por ejemplo: corroborar que están bien de salud, que no han ido a prisión, intentar recuperar/recordar los aspectos positivos del vínculo con el agresor, etc.