

Impactos del maltrato y del abuso sexual infantil

Es importante conocer muy bien las consecuencias del maltrato infantil, por-que a la hora de actuar es necesario considerar los impactos en los procesos de aten-ción y en la relación con los involucrados.

El maltrato y el abuso sexual infantil producen impactos en el niño o la niña, pero también en su familia, en su entorno significativo y en los propios operadores psicosociales que intervienen.

Impactos en el niño, la niña o el adolescente

Los impactos del maltrato y/o del abuso en los niños y niñas son muy variados. En algunos casos actúan como hechos traumáticos y dejan daños considerables; en otros quedan huellas, cicatrices, que pueden tener sus consecuencias en el relacionamiento y en la personalidad del niño o la niña; otras veces se vive como una experiencia negativa, pero sin mayores consecuencias para el niño o la niña.

Esto significa que los impactos pueden tener distintos grados de gravedad.

Esta depende de diversos factores como:

- Tipo de violencia sufrida.
- Tiempo de duración de la agresión.
- Quién es el agresor.

- Características individuales del niño, la niña o el adolescente.
- Edad del niño, la niña o el adolescente.
- Entorno y resiliencias (individual y familiar).
- Reacción del entorno (familia) frente a la agresión.

Cuando quedan huellas o secuelas

Para explicar cómo se producen las secuelas, no profundizaremos en las explicaciones psicopatológicas, solo recordaremos que: frente a una situación de maltrato o de cualquier forma de violencia, el niño deja de ser sujeto y pasa a ser objeto de la persona maltratadora. Esto produce un profundo malestar psíquico y enorme dolor y sufrimiento. Se producen entonces reacciones o mecanismos adaptativos para evitar el dolor y el sufrimiento.

Acomodación

Las experiencias de violencia que se dan en el interior de las familias generalmente se mantienen durante períodos de tiempo prolongados. Cuando esto sucede, las consecuencias de dichas experiencias en el niño o la niña siguen un proceso en el que pueden detectarse las siguientes fases:

- Reacción inicial frente a la situación.
- Primera reacción de acomodación a la situación de violencia.
- Elaboración y acomodación secundaria, cuando la situación se prolonga.

El proceso de acomodación se da por la necesidad del psiquismo de:

- Darle un sentido a la experiencia.
- Proteger a las figuras afectivamente significativas.
- Protegerse del dolor psíquico.

Este proceso de acomodación a la experiencia de violencia se compone de:

- Alteraciones cognitivas: la percepción se adecua para poder aceptar la violencia como algo que la víctima misma provoca y/o como un recurso al que el agresor tiene derecho.
- Alteraciones de la vida emocional: básicamente con disminución de la autoestima, sentimientos de ineficacia personal y desesperanza.
- Alteraciones de la conducta de relación: inhibición, aislamiento.

El mantenimiento de esta situación conduce a la formación de síntomas y cuadros psicopatológicos de mayor complejidad. Asimismo, el proceso mencionado se expresa en una incapacidad para romper o hacer frente a la relación abusiva o violenta, precisamente por las alteraciones que se producen en los niveles señalados.

La situación de violencia llega entonces a percibirse como normal o inevitable y a constituir un elemento fundamental en la dinámica del funcionamiento familiar.

Como ejemplo de estas reacciones de acomodación podemos citar: el síndrome de Estocolmo (ampliamente documentado para mujeres víctimas de violencia doméstica) y el síndrome de acomodación al abuso sexual (Roland C. Summit).

La consideración y el conocimiento de estos fenómenos psíquicos resultan de especial importancia para la adecuación de los procedimientos de atención.

Por otro lado, hablaremos de reacciones inmediatas y de reacciones más duraderas en el tiempo.

Algunas reacciones inmediatas las conocemos como indicadores. No nos detendremos aquí en su descripción, ya que existe numeroso material recientemente publicado y textos de consulta que las incluyen en detalle.¹¹

Los daños o las reacciones más duraderas en el tiempo son los que habitualmente llamamos secuelas. Nos vamos a detener en las secuelas, ya que es útil recordarlas a la hora de diseñar las estrategias de intervención.

Secuelas o consecuencias

Las secuelas pueden ir desde rasgos de personalidad, alteraciones en sentimientos y autoimagen o trastornos relacionales, hasta cuadros psicopatológicos graves y bien determinados.

Los más significativos, por su frecuencia e importancia, son:

- 1) Depresión: se manifiesta en el niño o la niña mediante ansiedad y miedo.
- 2) Distorsiones cognitivas: distorsión de la autoimagen y de la visión del mundo (esto se va conformando a partir de los sentimientos provocados por la experiencia de abuso).
 - El niño o la niña se sienten y se ven a sí mismos como víctimas.
 - No controlan los acontecimientos.
 - Hipertrofian su responsabilidad por los demás.
 - Disminuyen su capacidad de reacción, de defensa ante los abusos, sienten impotencia.

¹¹ Recomendamos la lectura de *Intervención terapéutica. Manual de reflexión y procedimientos, atención en casos de maltrato y abuso sexual infantil* de M. E. Iglesias, cesip, Perú, 2001.

- No se sienten capaces, no saben.
 - Se ven malos, fallados, sucios.
 - Disminuyen su capacidad de empatía.
 - Perciben el mundo como un lugar peligroso y hostil, y esto les pro-voca un estado de hipervigilancia: están siempre a la defensiva.
- 3) Evitación de la memoria del abuso: disociación, negación, amnesia.
- 4) Sentimientos y emociones: surgen a partir de la experiencia de abuso y se van haciendo más o menos permanentes e internalizándose en el niño o la niña como propios.
- Sentimientos de inferioridad, inadecuación (se sienten malos, sucios, no queridos). Autoestima disminuida.
 - Confusión en el mundo afectivo.
 - Desconfianza (afectos, emociones).
 - Culpa.
 - Vergüenza.
 - Impotencia.
 - Anestesia en las emociones, emociones cambiadas.
 - Disociación emocional.
- 5) Trastornos en la relación: con el (los) adulto(s) significativo(s). El niño o la niña reproducen las relaciones paradójales («te quiero y te cuido y, al mismo tiempo, te lastimo y te daño»). Rechazan o evitan toda intimidad psicológica (dificultad para comprometerse en una relación).
- 6) Violencia: el niño o la niña repiten la relación abusiva, ya sea como vícti-ma o como agresor.

En síntesis, hay procesos presentes en toda forma de maltrato que afectan el psiquismo del niño, su desarrollo y sus relaciones.

Estos son:

- Conducta de apego alterada.
- Formación del vínculo afectivo alterado.
- Abandono.

Estos procesos condicionarán las vivencias, los sentimientos, las relaciones y la autoimagen durante la experiencia de maltrato o abuso, y también pueden perdurar en el futuro e instalarse en forma permanente (reacciones internalizadas).

Más allá de considerar los complejos procesos psicopatológicos, en general, al estar frente a un niño o una niña en situación de maltrato, es útil recordar que ellos:

- Crecen dudando de su capacidad para interpretar la realidad.
- Se vuelven muy inseguros de sí mismos y de sus capacidades.
- Perciben el mundo como un lugar peligroso.
- Se altera su capacidad de confianza básica.

Esto será determinante y teñirá la relación que entablemos con ellos. Debemos estar atentos y ofrecerles un contexto relacional capaz de modificar esos sentimientos y recuperar la confianza en sí mismos y en los demás.

¿Cómo se expresan estas características en la conducta de las víctimas durante la intervención? Algunas de las conductas esperables por parte de los niños, las niñas y los adolescentes están caracterizadas por:

- Retracción: negar lo que se dijo anteriormente.
- Negación: desconocimiento de los hechos.
- Falta de colaboración: negativismo, negarse a hablar.
- Defensa del agresor.
- Protección de la dinámica de funcionamiento familiar.

Impactos en la familia

- Confusión y borramiento de límites intergeneracionales.
- Jerarquías incongruentes y disfuncionales.
- Naturalización de los abusos.
- Aislamiento entre los miembros.
- Naturalización del secreto y del silencio.
- Poder del abusador, impotencia de la madre.

En síntesis, la familia ve alterada su propiedad fundamental, que es servir de marco y sostén para los procesos de crecimiento y desarrollo psicosocial de los niños y las niñas. Al estar alterada la estructura relacional, esta distorsión afecta y alcanza a todos los miembros, incluido el propio abusador. El sufrimiento es de todos.

Impactos en los operadores psicosociales

- A menudo no los ven.
- A menudo no los escuchan.
- Minimizan o naturalizan señales: anestesia.
- Provoca fuertes sentimientos, a veces, contradictorios.
- Impotencia u omnipotencia.
- Clivajes y coaliciones con los diferentes miembros de la familia.
- Parálisis, o impulsividad y actuaciones.
- Delegaciones emocionales y de responsabilidades.

Algunas dinámicas que se extienden a los equipos:

- Secreto, aislamiento.
- Anestesia de emociones, indiferencia.
- No registro de los abusos.
- Impotencia.

Principales conclusiones para el proceso de intervención:

- Necesidad de la intervención de un tercero: esto es indispensable, dada la imposibilidad de romper el círculo de violencia establecido por los directamente implicados.
- Necesidad de incorporar estos elementos de comprensión en las intervenciones.
- Importancia de identificar expresiones o indicadores de los procesos señalados en la conducta de quienes son víctimas y en todos los miembros de la familia.
- Necesidad de registrar lo que nos pasa a los operadores psicosociales, así como reflexionar y tomar distancia.

Intervención y modelos de intervención

A qué llamamos intervención

Cuando hablamos de intervención, nos referiremos, de un modo general, a cualquier acción que realizamos o mensaje que transmitimos dirigidos a una persona, familia o grupo comunitario, ya sea con fines preventivos, educativos o terapéuticos. Esto abarca la amplia gama de acciones psicosociales en los diferentes campos o disciplinas: educativos, sociales, de salud, judiciales.

En general, nos hemos familiarizado con esta denominación de intervención para todas las acciones. En particular, diferenciamos en *prevención*: todas aquellas acciones destinadas a impedir o frenar la aparición del problema; y *atención, primera atención y seguimiento*: a las intervenciones terapéuticas, educativas, sociales, que apuntan a resolver el problema o reducir sus secuelas y reparar el daño.

En efecto, para modificar un problema y sus consecuencias, las intervenciones pueden apuntar a:

- disminuir su incidencia (impedir que aparezca, actuando sobre los factores de riesgo o sobre los factores protectores),
- reducir la prevalencia del mismo, o sea actuar sobre la(s) persona(s) que lo padezca, para que recupere cuanto antes el bienestar que tenía antes de su aparición y/o
- reducir las secuelas, o sea la rehabilitación (reparación del daño).

Clásicamente estos tres niveles han sido definidos por G. Caplan como: prevención primaria, secundaria y terciaria, respectivamente, y tienen una estrecha relación entre sí, por lo cual es necesaria una estrategia de intervención que contemple estos tres niveles. En efecto, si por ejemplo realizamos acciones de prevención primarias que sensibilizan al tema, el problema se hace más visible y seguramente —en un primer momento— aumentará la detección de casos y las demandas de tratamiento. Por otro lado, si realizamos tratamientos o rehabilitación que efectivamente reparen las secuelas, podremos así interrumpir el ciclo transgeneracional de la violencia y contribuiremos a la prevención del fenómeno. Por esta razón y sobre todo en el tema de la violencia, no sería muy responsable plantearse acciones a un solo nivel.¹²

Factores de riesgo. Factores de protección

Hay factores o contextos que disminuyen la capacidad de cuidarse y aumentan la vulnerabilidad de las personas. A su vez, hay factores protectores, los cuales pueden desarrollarse en los individuos y en las redes primarias.¹³ Desarrollar esta protección es uno de los objetivos fundamentales de la prevención.

Desde la perspectiva teórica planteada aquí, en cualquiera de los niveles de acción, priorizamos los factores de protección y/o los recursos existentes en las co-munidades, en las familias y en los individuos en el diseño de las estrategias para la intervención.

Por ello, si bien es un matiz, queremos señalar la importancia de plantear las prácticas con este enfoque: más que buscar y mitigar los factores de riesgo intentaremos fortalecer los factores protectores.

Objetivos de la intervención

Antes de detenernos en los modelos de intervención elegidos y el diseño de la estrategia, debemos tener bien claro hacia dónde vamos.

¿Para qué intervenimos?

- 1) Para detener la violencia (= protección).
- 2) Para cambiar la estructura relacional que la perpetúa (= cambio).
- 3) Para reparar daños o disminuir secuelas (= rehabilitación).

12 Peroni, 2005: 29.

13 Cronológicamente, en la vida del niño son las primeras redes de relaciones significativas: familia, vecinos y entorno cercano.

Modelos de intervención

Si somos coherentes con la concepción teórica planteada, para enfrentar el maltrato infantil y adolescente debemos encontrar modelos de intervención que:

- Favorezcan y potencien factores de protección en individuos y grupos en todos los niveles (individual, familiar y comunitario).
- No reproduzcan el estilo abusivo de relaciones.
- No refuercen las mismas dinámicas que el circuito de abuso (impotencia, incapacidad, falta de control de los hechos, abuso de poder, dominación, etcétera).
- Contengan acciones que abarquen a todos los niveles sistémicos y ofrezcan soluciones integrales, interdisciplinarias e intersectoriales.
- En lo microsistémico, incluyan los tres polos o actores involucrados.
- Fomenten la responsabilidad de la sociedad en su conjunto.
- Promuevan una postura ética y capacidad de diálogo en los operadores y profesionales.

Los modelos que nos han servido de sustento y guía en la intervención son:

- El modelo de las competencias en salud mental.
- El modelo de redes.
- La teoría de las resiliencias.
- El modelo de autocuidado de los equipos.

Modelo de las competencias en salud mental

Los modelos llamados de las competencias o de bienestar psicosocial proponen como eje de la salud mental el desarrollo de las propias potencialidades (individuo, familia), en una relación de equidad con su ecosistema social (A. M. Arón, 2001; G. Ausloos, 1995). Son modelos que promueven la equidad.¹⁴

Estos modelos de salud mental se centran en las competencias más que en los déficits. Para lo preventivo esto supone poner el énfasis en el desarrollo de los factores protectores más que disminuir los factores de riesgo. Para lo terapéutico o la rehabilitación, centrarse en las fortalezas psicológicas o competencias.

Los modelos de las competencias en salud mental implican cambios en las estrategias y en los objetivos de la intervención.

14 Peroni, 2005: 30.

Los más importantes son:

- 1) En la visión teórica: cambio de una orientación centrada en los déficits a una orientación centrada en las competencias. La intervención tiene el objetivo de promover condiciones que faciliten el desarrollo de los propios recursos y de las potencialidades del individuo y sus redes, para la solución de problemas relacionados con el bienestar psicosocial.
- 2) En los sistemas de intervención: el foco de atención incluye, además del individuo y la familia, los niveles organizacionales y comunitarios.
- 3) En el momento de la intervención: se prioriza la orientación preventiva. Esto supone que las intervenciones se desarrollen tempranamente y pongan especial atención en intervenir sobre los factores ambientales, mediante la promoción de aquellos que favorezcan el bienestar psicosocial y el freno o la disminución de las condiciones que lo vulneran.

Como veremos más adelante, al sustentarse en una orientación centrada en las fortalezas psicológicas o competencias, este modelo también puede ser entendido como el desarrollo de las resiliencias. Esto es:

La capacidad de los individuos, las familias y los grupos para recuperarse luego de que han sido sometidos a situaciones adversas. En este sentido se pondría el énfasis también en el desarrollo de los factores protectores.¹⁵

Para alcanzar los cambios mencionados en las estrategias y objetivos de la intervención resulta fundamental transitar una formación que integre en su metodología ejercicios y dinámicas que ayuden a producirlos. A poder ver y escuchar las potencialidades, los recursos, los aspectos bien tratantes de los vínculos, aquello que sí la familia ha podido cuidar, intentando un movimiento que descentre la mirada del golpe o del insulto, que interroge la calidad de los vínculos en otros escenarios cotidianos, que abandone la dicotomía víctima-victimario y bucee en las relaciones entre ellos e individualmente, como sujetos que transitan y despliegan sus *selves*¹⁶ en distintos espacios sociales.

Como bien lo resume Ana María Arón:

Resulta muy útil familiarizarse con este rico enfoque teórico y los instrumentos desarrollados a partir del mismo. Ello implica, por ejemplo, hacer el diagnóstico poniendo el énfasis en los recursos de cada uno y en especial en los recursos relacionales, las cualidades de los vínculos de las familias o el entorno cercano.

15 Arón, 2001.

16 Refiere a *yoes* o *egos*.

El supuesto básico es el de la confianza en los recursos del individuo, de los grupos y de la comunidad para resolver sus propios problemas.

Esto supone también una redefinición del rol de los expertos: el papel del especialista sería el de ayudar a las personas a descubrir sus propios recursos y a recobrar la confianza en ellas. Como operadores psicosociales esto implica redefinir nuestro rol de ayuda como una participación activa y autorreflexiva, pero no como protagonistas del cambio, sino como catalizadores: actuamos para promover, facilitar, posibilitar los contextos favorables al cambio.¹⁷

Este modelo implica, también, que las instituciones y los profesionales especializados promuevan el trabajo y la colaboración interdisciplinaria: ninguna profesión tiene el monopolio sobre el bienestar psicosocial de la comunidad, sino que este es tarea de todos.

Teoría de las resiliencias

El concepto de resiliencia aporta una modalidad y un lenguaje para la comprensión de ciertos fenómenos, como señalamos antes, y también para la intervención sobre estos.

La teoría de las resiliencias ha significado (junto a otras) un cambio sustancial en la manera de explicar y pensar la conducta humana. Corrió el foco de nuestra atención de los déficits hacia los recursos, las potencialidades y los aspectos protectores. Puso en primer plano la calidad de las relaciones.

Como lo plantea Ravazzola (en Melillo y Suárez, 2003), durante mucho tiempo en el campo de la salud mental, en la psicología, la medicina y la psiquiatría, «los déficits, lo negativo, la enfermedad, las fallas, los problemas y los fracasos, nos han sesgado la mirada y hasta nos han hecho considerar, sin darnos cuenta, a las personas y otras entidades en sus aspectos más reducidos. Los modelos de déficit se han instaurado en el centro de los paradigmas médico-psiquiátrico, psicológico y social y nos inducen a pensar pronósticos reductores y negativos, que inhiben a los sujetos a tomar iniciativas para resolver sus dilemas y de asociarse con pares para ganar y enriquecer sus capacidades. Esto ha ubicado a aquellos que viven situaciones de mayor adversidad en un lugar pasivo, receptores de soluciones que otros entienden pertinentes o a la espera de un destino que parece estar determinado por el barrio donde se nació o la forma de la familia que acompañó la primera infancia».

El enfoque de resiliencia permite un cambio en la mirada de los problemas y en las posibles alternativas de intervención. Genera la necesidad de reconocer el

17 Arón, 1995.

problema, pero también de visualizar las capacidades y potencialidades del sujeto, la familia, la institución o la comunidad.

¿Qué es la resiliencia? El término se toma de la física (de *resilio*: volver al estado original, recuperar la forma originaria) y se refiere a la capacidad de algunos materiales de volver a su forma cuando son forzados a deformarse.

Esta propiedad se ha tomado como metáfora para describir los procesos de aquellas personas que viven situaciones de mucha adversidad y logran sobreponerse y tener un desarrollo saludable y satisfactorio en su vida. Luego se ha extendido el concepto a la familia y a otros grupos humanos.

¿Cómo explicarlo?, ¿qué pasa en la vida de estas personas o grupos que les permite sobreponerse a situaciones que en otros genera daños irreparables?

Desde hace unos años varios autores han estudiado y profundizado alrededor de este tema. No nos detendremos en detallar esta evolución, sino solo algunos conceptos generales y su utilidad para el tema del maltrato infantil.

Según Rutter (1998), psiquiatra e investigador inglés:

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e in-trapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño/a y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con el que niños/as nacen, ni que los niños/as adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo, entre estos y su medio.

Vemos que se destaca aquí el carácter dinámico del concepto y la interacción recíproca entre factores individuales y ambientales.

En cuanto a lo dinámico, la resiliencia, por un lado, es un proceso y, por otro, no es absoluta ni estable, sino que se va construyendo y debemos cultivarla.

La resiliencia es un concepto relacional y no algo innato, sino que se construye (o no) según la naturaleza de las relaciones que ha tenido el niño: relación afectiva incondicional, continuidad, relaciones nutricias.

Por lo tanto, solo podremos favorecer a la resiliencia en los niños y las niñas si construimos formas de relación recíprocas, respetuosas, nutricias, entre adultos y adultos y niños: lo fundamental es la calidad de la relación.

Este concepto también es útil como instrumento y modelo para generar formas alternativas de relación adulto-niño, ya sea en la familia o en otros ámbitos (escuela, otros profesionales, etc.)

¿Cómo y de qué forma se genera esa posibilidad? ¿Qué es lo que hace que algunas personas, en determinadas circunstancias, respondan resilientemente y en otras no?

Parece evidente que la resiliencia se construye en un proceso de interrelaciones, a lo largo de la vida. Hay momentos en que las personas son más resilientes y momentos en que son menos. Ese dinamismo lo da la interacción con el entorno.

Hay una serie de factores y procesos descritos por autores como Cyrulnik, Vanistendael y Walsh, que dan cuenta de la importancia del entorno y de las relaciones significativas para ir generando resiliencia.

Al inicio se describieron los rasgos o las características que aparecen en las personas que han vivido procesos resilientes,¹⁸ pero al examinar de cerca esos factores se vio su esencia relacional. Al estudiar las características de las personas que vivieron procesos de resiliencia, lo que antes era planteado solamente como rasgos individuales, fue luego descrito en las familias capaces de superar problemas graves. Es así que el enfoque de la resiliencia se ha extendido de lo individual a los ámbitos familiares y comunitarios.

Resiliencia familiar

Definición: las propiedades o características de una familia que hacen que, a pesar de las adversidades o experiencias traumáticas vividas, esta tenga las capacidades potenciales para sobrellevarlas sin una mayor desviación del curso de desarrollo y con la comprensión adecuada de las experiencias.

¿Por qué este concepto resulta útil en el tema del maltrato infantil?

A partir de esas características podemos deducir cómo promover o facilitar (factores protectores) y cómo evaluar (diagnóstico). Ambos son instrumentos valiosos para la intervención en los casos de violencia.

Capacidades relacionales o recursos a promover (Walsh):

- Actitudes demostrativas de apoyos emocionales (relaciones de confirmación y confianza en las competencias de los protagonistas).
- Conversaciones en las que se comparten lógicas o acuerdos, como por ejemplo premios y castigos.
- Conversaciones en las que se comparte la construcción de significados acerca de los acontecimientos perjudiciales.

A esto agregaríamos, junto con Barudy (2006):

- Promover y participar en procesos educativos que potencien el derecho del respeto de todas las personas, especialmente de niños y niñas, así como el respeto de la naturaleza.

18 Ver anexo 3.

- Favorecer las experiencias que promuevan la alegría y el humor.
- Favorecer el desarrollo de la creatividad y el arte.

El modelo de redes y de intervención en redes

Las redes

El otro pilar en el que nos apoyamos para la intervención, que está en relación con los modelos de competencias, es el modelo de redes sociales y el de intervención en red.

Entendiendo que las redes sociales siempre existen en toda comunidad, la propuesta desde este enfoque es visibilizarlas, jerarquizarlas y fortalecerlas. Se trata de devolverle a las redes sociales la función que siempre tuvieron, que es la de acoger y apoyar a sus miembros en momentos difíciles, promover en las personas el ayudarse a sí mismas, utilizando sus propios recursos.

El modelo de redes se refiere tanto a la conceptualización de los problemas de salud mental como a las estrategias de intervención, ampliando el foco del individuo hacia unidades sociales más amplias, considerando tanto las redes sociales personales como la red comunitaria.¹⁹

En cuanto conceptualización, este enfoque prioriza, tanto para la lectura o comprensión de un problema como para la metodología de intervención, los aspectos relacionales y las conductas del individuo como parte de un todo (red) más amplio de interacciones. También aquí se plantea la necesidad de asumir, como técnicos, una postura más humilde y de mayor confianza en la capacidad de las personas y los grupos para resolver sus propios problemas y amortiguar sus crisis.

La intervención en red

Esta metodología considera a la red social como un elemento fundamental para la comprensión del sufrimiento de la persona y también como un recurso central en el alivio de ese sufrimiento. Apoyadas en esta concepción es que surgen formas de intervención como las terapias familiares sistémicas y las terapias de red desarrolladas, en primer lugar, por Speck y Attenave (1973) y luego por Elkaim (1987), Dabas (1993), Sluzki (1998).

El modelo de intervención en red se refiere también al concepto de red social más amplio, que incluye al tejido social formado por los distintos grupos e institu-

19 Peroni, 2005: 31.

ciones de la comunidad. Esto significa, entonces, diferentes formas de intervención posibles, en lo microrrelacional y en lo interinstitucional.²⁰

Una definición: es una malla relacional dentro de la cual se soluciona un problema, es una estrategia de relacionamientos, de articulación e intercambios entre instituciones y/o personas con un fin común.

La intervención en red implica, entonces, un relacionamiento entre los diferentes operadores, que va más allá de la mera coordinación.

El funcionamiento en red y las relaciones entre sus integrantes implican:

- La movilización afectiva en las y los operadores.
- Trascender las fronteras disciplinarias e institucionales, con lógicas, roles, tiempos y comprensiones diferentes de la problemática.
- Mostrar las debilidades y las potencialidades de las intervenciones y buscar los puntos de complementariedad.
- Exponer en localidades pequeñas lo que hacemos y cómo lo hacemos.
- Construir espacios de supervisión que necesitan vínculos de confianza personal y profesional.
- Humildad para reconocer que hay cosas que no sabemos o no podemos, y que es posible que otro sí pueda.

El trabajo en red resulta pertinente para el tema del maltrato y abuso sexual infantil, porque:

- Permite un intercambio más igualitario y evita que los conocimientos coloquen al experto en un lugar de poder, con la posibilidad de deslizarse a relaciones autoritarias que reproduzcan el sistema de relación de abuso de poder.
- Facilita el diseño de un abordaje integral y de estrategias complejas (to-dos los niveles sistémicos).
- Evita el aislamiento, ya que favorece el funcionamiento y la construcción conjunta (coconstrucción) entre personas, grupos e instituciones.
- Fortalece a los equipos y previene la parálisis e impotencia que caracterizan el abordaje de estas situaciones.
- Promueve interacciones cooperativas e incentiva la creatividad y la solidaridad.
- Promueve la coordinación de recursos familiares, comunitarios e institucionales, articula una protección más efectiva y evita la superposición de recursos.

20 Peroni, 2005: 31.

Modelo de autocuidado de los equipos

El otro modelo en el que nos apoyamos es el modelo de autocuidado de los equipos.

Intervenir en familias donde se han producido situaciones de violencia, abuso sexual, malos tratos, implica desafíos importantes para los operadores, como perso-nas, y para los equipos.

En primer lugar, estas situaciones despiertan fuertes sentimientos y emociones encontradas, muchas veces contradictorias, y provocan frecuentemente reacciones intensas en los operadores, que condicionan su accionar. También pueden producir un desgaste profesional (conocido como *burnout*) y un impacto al interior del equipo, generando una real interferencia (contaminación) y vulnerabilidad, personal y grupal.

Varios autores (Masson y otros) han descrito que este síndrome genera sínto-mas como: agotamiento, desgaste, desánimo y que aparecen en las personas y/o los equipos que se enfrentan a temas difíciles y complejos, donde el grado de impotencia y frustración es grande a la hora de resolverlos.

Es el caso de las situaciones de maltrato infantil y abuso sexual, donde es nece-sario actuar en múltiples niveles. A menudo las propias instituciones o personas man-tienen los circuitos de abuso inadvertidamente y, muchas veces, el estilo de relación abusiva contamina a los equipos.

El desgaste profesional y la contaminación del tema hacen que los equipos que trabajan con violencia estén en una situación de vulnerabilidad. No es raro que apa-rezcan conductas agresivas o abusos, enfermedades físicas o fuga de recursos huma-nos, disociación de los equipos.

Por lo tanto, la inclusión de estrategias para el autocuidado de los equipos (pre-venición del *burnout*) resulta tan importante como el diseño de las acciones específicas para trabajar con la comunidad o con las personas abusadas. ²¹

Las estrategias de formación, en este sentido, deben incluir y jerarquizar ins-tancias que promuevan el autocuidado de los operadores y les proporcionen instru-mentos concretos.

Se apostará a una formación donde las y los operadores se entrenen en la ad-quisición y el desarrollo de destrezas y habilidades para:

- Desarrollar y promover factores protectores (en los consultantes y en no-sotros mismos).
- Interrumpir y no participar de circuitos de abuso.
- Entablar una relación diferente. Por ejemplo, no dejar que los consultan-tes abusen o destraten al profesional o técnico.

21 Peroni, 2005:33.

Para ser capaces de ello es necesario experimentarlo consigo mismo, es decir, cuidar nuestra propia salud mental. Este es un aspecto prioritario para asegurar el buen desarrollo de la tarea. Una de las formas de lograrlo es el trabajo con nuestro propio *self*; la visualización y potenciación de nuestros recursos personales y grupales aparece como una condición primordial en nuestro accionar. ¿Cómo podríamos, si no, trabajar con niños y niñas para fomentar en ellos ese aspecto? ¿Cómo podríamos promover factores protectores y ofrecer alternativas a sus tragedias, si no lo experimentamos nosotros mismos, y entre nosotros?²²

22 Peroni, 2005: 33.

