

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.



TESINA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

**“ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA, EN PROFESIONALES
QUE TRABAJAN EN MALTRATO INFANTIL”.**

Alumna: Magni, Ximena Belén

Director: Lic. Leandro Casari

Co - Directora: Dra. Gabriela Morelato.

Mendoza, Noviembre de 2013

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal:

• **Presidente:**

• **Vocal:**

• **Vocal:**

• **Profesor Invitado:** Lic. Leandro Casari; Dra. Gabriela Morelato.

• **Nota:**

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecerle a Dios, por lo que soy y lo que tengo, por haberme permitido llegar hasta acá, y poder continuar siempre, creciendo y siendo una buena profesional.

Quiero agradecerle de manera muy especial a mi hermanita Martina, ese ángel que me acompaña a cada paso, me guía desde el cielo. Gracias Marchu, estás viva en mi mente, en mi corazón y en mis recuerdos.

A mis papas, que siempre me acompañaron en cada decisión y me apoyaron en los momentos más difíciles. Gracias al esfuerzo realizado para que yo pudiera estudiar y llegar a ser una profesional digna. Gracias por todo.

A mi directores Leandro y Gabriela, gracias por el tiempo dedicado, por los conocimientos brindados y por el apoyo incondicional que me dieron, en este camino.

A mi novio Silvestre, quien me acompañó en todo momento. Estuviste conmigo a lo largo de toda mi carrera, me animaste a seguir adelante siempre. Tu apoyo y compañía han sido un pilar importantísimo en mi vida.

A mis hermanas, porque han sido parte de este hermoso camino y cada una desde su lugar me acompañó.

A mis amigas de la facultad, porque este camino no hubiese sido el mismo sin ellas, porque juntas crecimos como personas y como futuras psicólogas.

A todos aquellos que me acompañaron y apoyaron en esta hermosa etapa vivida. ¡¡¡MUCHAS GRACIAS!!!

RESUMEN.

La presente investigación tuvo como propósito conocer el Estilo Personal del Terapeuta que realiza tratamiento e interviene en casos de maltrato infantil; y las particularidades del abordaje que dichos profesionales llevan a cabo. Más específicamente: Se pretendió comparar el Estilo Personal de los Psicólogos anteriormente mencionados y aquellos que se dedican a la Clínica Psicológica a nivel general.

La muestra de este estudio estuvo conformada por 64 (sesenta y cuatro) Licenciados en Psicología. Se llevó a cabo un diseño metodológico de carácter mixto con prevalencia cuantitativa. Los instrumentos utilizados en dicho estudio fueron el Cuestionario EPT-C (Fernández – Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003) y una entrevista ad hoc con la finalidad de profundizar los datos obtenidos.

De acuerdo a los resultados, se pudo concluir que los psicólogos del PPMI poseen mayor distancia emocional y desvinculación con los pacientes debido a la carga afectiva que experimentan, a pesar que dicha distancia no sea óptima. A su vez poseen atención mayormente focalizada y tienen flexibilidad y espontaneidad a la hora de llevar adelante el tratamiento, aspectos que en su mayoría difieren del ámbito clínico.

Palabras Claves: Estilo Personal del Terapeuta, Maltrato Infantil, Psicología.

ABSTRACT.

The present study was aimed to know the therapist's Personal style who treats and intervenes in cases of child abuse, and the particularities of the approach that these professionals carry out. More specifically, it was intended to compare the personal style of the psychologists mentioned above and those who are engaged in clinical psychology at a general level.

The study sample consisted of 64 (sixty four) Graduate Psychologists. They conducted a methodological design of mixed character with quantitative prevalence. The instruments used in this study were the EPT - C Questionnaire (Fernández - Alvarez,García, Lo Bianco and Corbella,2003) and an ad hoc interview in order to deepen the data.

According to the results, it was concluded that the PPMI psychologists have greater emotional distance and detachment from patients because of the emotional burden they experience, although this distance is not optimal. In turn, they have mostly focused attention and have flexibility and spontaneity when carrying out the treatment, aspects that differ mainly in the clinical area.

Keywords:therapist's personal style, Child Abuse, Psychology.

INDICE.

Título de Tesina.....	2
Hoja de Evaluación.....	3
Agradecimientos.....	4
1. Resumen.....	6
2. Introducción.....	11
3. Marco Teórico.....	22
Capítulo 3.1: Violencia.....	23
3.1.1: ¿Qué es la Violencia?.....	24
3.1.2: El hombre violento.....	30
Capítulo 3.2: Maltrato Infantil.....	33
3.2.1: Antecedentes Históricos.....	34
3.2.1.1 Modelos Explicativos acerca del Maltrato Infantil.....	41
3.2.2: Maltrato en la Infancia.....	46
3.2.2.1 Modalidades de Maltrato Infantil.....	52
1.1 Maltrato Físico.....	53
1.2 Abuso Sexual.....	53
1.3 Maltrato Emocional.....	54
1.4 Negligencia física y emocional.....	55
1.5 Explotación laboral o mendicidad.....	55
1.6 Corrupción.....	56
1.7 Síndrome de Münchausen.....	56
1.8 Incapacidad parental de control de la conducta del niño.....	57

1.9 Maltrato prenatal.....	57
1.10 Secuestro y sustitución de la Identidad.....	57
3.2.2.2 Consecuencias del Maltrato en la Infancia.....	58
2.1 Consecuencias Físicas.....	58
2.1.1 Ciclo de la Violencia.....	61
2.2 Consecuencias Psicológicas y/o emocionales.....	62
3.2.3: Intervención Psicológica en M.I. Abordajes Multidisciplinarios.....	66
3.1 La práctica de la Psicología y su incidencia en este ámbito.....	68
Capítulo 3: Estilo Personal del Terapeuta Y EPT-C.....	91
3.3.1 ¿Qué es el Estilo Personal del Terapeuta?.....	92
3.3.2 Cuestionario EPT-C.....	97
3.3.3 Investigaciones de EPT en poblaciones específicas.....	102
4. Objetivos y Preguntas de Investigación.....	107
5. Marco Metodológico.....	108
5.1 Tipo de estudio y diseño.....	109
5.2 Descripción de la Muestra.....	110
5.3 Instrumento.....	112
5.3.1 Confiabilidad del Instrumento EPT-C.....	113
5.3.2 Entrevista ad hoc.....	115
5.4 Procedimiento.....	115
6. Presentación de Resultados.....	118
7. Discusión de Resultados	123
8. Conclusiones.....	144
10. Bibliografía.....	153

11. Apéndice.....	162
11.1 Cuestionario EPT-C.....	163
11.2 Entrevista.....	167

Índice de Tablas y Gráficos.

Tabla 1.....	16
Tabla 2.....	105
Tabla 3.....	113
Gráfico 1.....	115
Tabla 4.....	116
Tabla 5.....	117
Gráfico 2.....	118
Gráfico 3.....	119
Gráfico 4.....	120

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2012 se desarrolló un proyecto financiado por el C.I.U.D.A.; (Consejo de Investigaciones de la Universidad del Aconcagua) cuyos objetivos generales fueron, explorar los criterios de alta clínica adoptados por los profesionales que intervienen en la atención de casos de maltrato infantil en el ámbito de la atención pública y conceptualizar un criterio de alta clínica sobre la base de las exploraciones realizadas y en acuerdo con los criterios teóricos y empíricos aportados por los profesionales especialistas en casos de riesgo por maltrato infantil.

El proyecto fue titulado: “PS06 -Criterios de alta clínica en la atención de casos de maltrato infantil en el ámbito público: un enfoque exploratorio”, la cual se realizó en el Marco del Programa Provincial de Maltrato Infantil (en adelante PPMI). La misma estuvo dirigida por la Dra. Morelato Gabriela, junto con un conjunto de profesionales. (Morelato et al., 2012).

En dicha Investigación se trabajó con distintos profesionales de la salud pertenecientes al PPMI, la muestra estuvo constituida por 51 profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales y otras disciplinas afines) especialistas en la temática del Maltrato Infantil que intervienen en el abordaje de casos a través de equipos interdisciplinarios o Unidades Especializadas Departamentales. Allí se indagaron aspectos relacionados con el hecho de dar el alta y sus dificultades a los pacientes atendidos, en su mayoría niños.

En dicho proyecto se pudo observar que ciertas dificultades ligadas a los criterios de alta se relacionaban con aspectos propios del quehacer profesional. Es decir, algunos profesionales referían temor por dar el alta, esto se debe a que no existen protocolos de abordaje estructurado que guíen al profesional en sus intervenciones, dejando que aparezca la subjetividad en las intervenciones y produciendo la duda acerca de la eficacia en lo que se está haciendo. Es por ello, que ante la presencia de profesionales que lidian cotidianamente con una problemática compleja, y donde reflejan dificultades para establecer una distancia terapéutica óptima, surgió la idea de investigar el Estilo Personal del Terapeuta (en adelante EPT) de aquellos profesionales psicólogos que se desempeñan en atención, tratamiento y seguimiento de menores y familias vinculadas a la violencia y maltrato, ya que la misma es una temática poco investigada.

En relación al Tratamiento del Maltrato Infantil, Velázquez (2012), asevera que es muy importante tener en cuenta la relación existente entre el trabajo que se realiza y la salud de quienes tienen a su cargo esta tarea.

La autora hace referencia que para trabajar en violencia resulta óptimo, la constitución de equipos de trabajo, que funcionen como un intercambio teórico – práctico, con una metodología que esté orientada a la atención y prevención. Dentro de la mayoría de estos equipos se llevan a cabo un trabajo

interdisciplinario que ofrecen, asistencia a familias, mujeres, niños y adolescentes, de forma individual o grupal.

La autora señala que:

Enfrentarse en el trabajo cotidiano con relatos de acontecimientos violentos, con los daños físicos que ocasionan, con los sentimientos penosos que manifiesta una víctima produce efectos en la subjetividad de quienes prestan asistencia. La atención de los miembros de una familia que padece violencia, de mujeres que son golpeadas, y violentadas en forma física, emocional, sexual y económica, también de niños, niñas y adolescentes que son maltratados, golpeados y/o abusados sexualmente expone al grupo profesional a enfrentarse a las narraciones y los daños físicos y psíquicos provocados por estos hechos violentos. (pp. 132)

Siguiendo la idea, agrega que el encuentro con estas situaciones de violencia puede generar en el profesional, angustia, temores y ansiedades y como consecuencia de esto desarrollar mecanismos defensivos para evitar o neutralizar los efectos en sí mismos. Ya que como agrega Santana (2007), trabajar con diferentes manifestaciones de violencia, puede llevar a un desgaste profesional, aun cuando el abordaje de la problemática sea en equipo y éste constituya un soporte para los profesionales en términos individuales.

Por otro lado existen investigaciones que se propusieron trabajar con profesionales que intervienen en situaciones de Maltrato, indagando aspectos relacionados al Síndrome de Burnout.

Santana, (2007), realizó una investigación llamada “Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil”.

Para la autora trabajar con diferentes manifestaciones de violencia, puede llevar a un desgaste profesional, aun cuando el abordaje de la problemática sea en equipo y éste constituya un soporte para los profesionales en términos individuales. La autora señala distintas estrategias de autocuidado, en el ámbito personal, grupal e institucional, dependiendo también el ámbito profesional del que surgen.

Las estrategias generales para abordar el problema del burnout, las cuales se sustentarían en la conceptualización de apoyo social y su operativización a través de las redes de apoyo social, concretamente laborales (Gil Monte & Peiró, 1997 citado en Tonon, 2003) serían las siguientes: revisar las modalidades de trabajo cotidiano, rediseñar las tareas, distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral, contar con momentos de descanso en el trabajo, fijarse objetivos de trabajo reales y posibles de alcanzar y finalmente aumentar la competencia profesional a partir del desarrollo de la capacitación.

Así mismo Quintana, (2005), realizó una investigación, con profesionales, que trabajan con la problemática del Maltrato Infantil, acerca de la percepción del Síndrome de Burnout en equipos de trabajo en maltrato infantil grave y su relación con aspectos propios de la temática, con los factores personales, grupales, organizacionales y del contexto socio-legal, e identifica y describe los factores protectores.

Como conclusión la autora señala, en primera instancia que el niño en el sistema judicial no es considerado un sujeto, sino un objeto de derecho, esto a su vez se debe a la falta de políticas que impacten a todas las áreas relacionadas con el niño y su integridad, así mismo la falta de centros especializados en maltrato infantil, como la falta de capacitación del personal de tribunales de justicia en conocimientos de psicología y familia. Todos estos factores hacen que aumente la desesperanza, frustración, tanto en los profesionales psicólogos como en los niños, y esto va generando una merma progresiva en el estado emocional de los operadores, los que, al no tener espacios de autocuidado, van acumulando estrés que finalmente pueden generarles el desgaste profesional.

El constructo con la que se va a recabar la información, será el cuestionario (EPT-C) "Estilo Personal del terapeuta". (Fernández – Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella, 2003).

En relación al problema planteado anteriormente, el Estilo Personal del terapeuta, es:

“... el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea. Se refiere a las características habituales que cada terapeuta impone como resultado de su particular manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y los requerimientos específicos que le exija la intervención”. (Vega, 2006, pp. 87).

“Se traduce concretamente en los diferentes modos de comunicación a los que el terapeuta apela para influir sobre el paciente, con el objeto de promover determinados procesos de cambio. Esta influencia varía según el tipo de paciente, la patología y el contexto de aplicación específico. (Vega 2006, p. 89).

Dicho constructo, contiene distintas funciones que evalúan determinadas dimensiones. A continuación se hará un resumen de las mismas. (Ver tabla 1).

Tabla N° 1: Funciones del Estilo Personal del Terapeuta Fernández – Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella (2003, citado en Vega 2006).

FUNCIONES	DESCRIPCION	FUNCIONES
<u>Instruccional</u>	Se refiere a conductas de instalación y ajuste del dispositivo terapéutico.	Flexibilidad – Rigidez.
<u>Expresiva</u>	Acciones llevadas a cabo por parte del terapeuta, para relacionarse afectivamente con el paciente y sostener la comunicación.	Distancia – Cercanía.
<u>Involucración</u>	Conductas explícitas e implícitas que el terapeuta realiza manifestando el compromiso que experimenta frente a su tarea.	Baja carga – Alta carga.
<u>Atencional</u>	Es la selección de elementos necesarios para avanzar en el trabajo terapéutico, escuchar y preguntar, estrategias de razonamiento, actitudes y motivación del terapeuta.	Apertura – Focalización.
<u>Operativa</u>	Acciones vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas.	Espontanea – Sujeta a la pauta.

Es importante señalar que hasta el momento existen tres investigaciones que se propusieron indagar el Estilo Personal Del Terapeutaa profesionales que asisten a una población específica de pacientes.

Vega, (2006), investigó el estilo personal del terapeuta neonatal. Su objetivo consistió en describir el perfil del psicólogo que se desempeña satisfactoriamente como terapeuta en unidades de cuidados intensivos neonatales. La conclusión a la que llegó dicha autora es que los terapeutas que trabajan en este campo (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales) presentan una mayor flexibilidad en la función Instruccional, la cual se refiere a conductas de instalación y ajuste al dispositivo terapéutico; horarios, honorarios, forma de negociación de los cambios entre otras cosas. Fernández-Álvarez; García, Lo Bianco y Corbella (2003, citado en Vega, 2006).

Por su parte Rial, Castañeiras, García, Gómez y Fernández-Álvarez, (2006), realizaron un estudio comparativo entre terapeutas de distintas orientaciones teóricas que asisten a pacientes severamente perturbados, con el objetivo de evaluar las características del estilo personal consideradas óptimas. Las conclusiones a las que llegaron, es que los terapeutas de pacientes severos se consideraron significativamente más distantes en la comunicación emocional con sus pacientes, con una menor involucración, y más pautados operativamente, que aquellos terapeutas que asisten a pacientes considerados no severos.

Casari, Albanesi y Maristany, (2012), investigaron el Estilo Personal del Terapeuta entre dos tipos de profesionales; uno dedicado a la atención de pacientes con problemas de adicción y otros que se dedican a la clínica psicológica general. A la conclusión que se llegó es que existen diferencias significativas en la función Expresiva, la cual está relacionada con la comunicación emocional como aspecto nuclear de la empatía, siendo menor en el grupo en estudio.

Síntesis

Este proyecto se enfoca hacia el conocimiento de las particularidades del abordaje y de los profesionales (psicólogos), especialistas en la atención del maltrato infantil, investigando puntos en común entre ellos, principalmente en la manera de enfrentarse a la violencia de la que son testigos, la forma de abordaje de los casos que se atienden a diario, la distancia emocional que utiliza el terapeuta para su propio bienestar psicológico, aportando así, herramientas que puedan servir al futuro entrenamiento y/o capacitación de los antes mencionados.

Finalmente este trabajo se desarrollará en dos partes; la primera de ellas consiste en el Marco Teórico, referido a la temática de Violencia y Maltrato en la Infancia en su generalidad, para continuar con los Profesionales de la Psicología que intervienen en dicha problemática, referenciando el Estilo Personal del

Terapeuta, y EPT-C, que se utilizará para llevar adelante la metodología de trabajo.

El segundo apartado tendrá que ver con el Marco Metodológico, los participantes de la investigación, el instrumento utilizado, el procedimiento que se llevará a cabo, los resultados a los que se llegaron, junto con la discusión y las conclusiones de dicha Tesina.

MARCO TEÓRICO.

CAPITULO I: VIOLENCIA.

1.1 ¿Qué es la Violencia?

Por violencia se entiende cualquier acción u omisión intencional que daña o puede dañar a un individuo y que, en último extremo, perturba o restringe su capacidad para diseñar la vida en libertad (Sanmartín Esplugues, 2008). Según dicho autor, cuando el receptor de dicho daño, es lo que vulgarmente se le llama “cosa” dicha acción debería considerarse “vandalismo”, así pues, cuando el receptor es un ser vivo, pero no un ser humano, un animal en este caso, podría recibir el nombre de crueldad, no así cuando se trata de seres humanos, donde el término es estrictamente el de Violencia. El agente de la violencia dota a sus actos (u omisiones) de intencionalidad.

Así pues Sanmartín hace referencia a que existen distintas clasificaciones de violencia, que por cierto, más allá de dichas clasificaciones la violencia es la misma, lo que cambiaría son las circunstancias en que esa violencia se expresa.

Haciendo referencia a Sanmartín (2007), existen distintos tipos de violencia. Los mismos pueden resumirse en:

- Activa o pasiva: existe la violencia por acción, es decir, infringir daño directamente; o también por omisión, dejando intencionalmente de hacer algo que es necesario para preservar la integridad física o psíquica del otro.

Según el daño causado pueden ser:

- Física, incluyendo cualquier acción u omisión que proporcione daño físico en el otro.
- Emocional: no hace referencia a las secuelas psicológicas causadas por algún tipo de violencia, sino más bien cualquier acción o negligencia intencional, que cause daño psicológico en el otro.
- Sexual: cualquier acción que se lleve a cabo sin el consentimiento de la otra persona, obteniendo el agresor estimulación o gratificación de índole sexual. Puede a su vez contener violencia física y emocional.
- Maltrato económico, utilizando de manera ilegal, o por la fuerza de bienes materiales y/o económicos de otra persona en contra de su voluntad.

Los tipos de Violencia según la víctima de la misma pueden ser:

- Violencia de género: todo acto de violencia, basado en la pertenencia de la persona agredida al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento física, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (España, Ley sobre Violencia de Género, 2004, pp.49, citado en Álvarez 2006).

- Violencia Infantil la violencia que se perpetra contra la integridad (física, psíquica o sexual) de un niño (Sanmartín 2007).
- Violencia contra personas mayores: se define como cualquier acción intencional que daña o pueda dañar a una persona mayor de 64 años, o cualquier negligencia que la prive de la atención necesaria para su bienestar.

La Violencia es un hecho que está presente a lo largo de todo el mundo y de toda la historia. Estamos viviendo una época donde la violencia es innegable, muy a nuestro pesar. Lamentablemente la violencia no discrimina a nadie, sus víctimas pueden ser cualquier persona sin discriminar género, raza ni edad.

No solo la violencia se manifiesta en el ámbito familiar, sino que se puede observar en diferentes ámbitos de la vida, como el social, laboral, educacional, política, entre otros.

Sanmartín (2001, citado en Almeida y Patiño, 2005), asegura que: La biología hace al hombre agresivo, pero es la cultura la que nos hace pacíficos o violentos. Es decir el hombre es agresivo por naturaleza, aunque no por el hecho de que la violencia sea humana, se debe justificarla y aceptarla como inevitable.

A su vez, Almeida (2005) hace referencia a que la agresión es un comportamiento social, pero no necesariamente tiene que estar presente en

todas las relaciones humanas o sociales, en el siglo XXI se pueden crear mecanismos para evitarla o prevenirla y en última instancia paliarla.

Esta agresividad y violencia puede adquirir muchas formas tales como la física, sexual, emocional, verbal, representacional y cognitiva. Incluyendo además la violencia de hombres contra mujeres y los niños, violencia entre los hombres, y entre mujeres, violencia de mujeres contra los niños entre muchas otras.

Tanto psicólogos como educadores se muestran preocupados con estas situaciones de violencia, donde la programación televisiva destinada a niños y adolescentes, entre ellos dibujos infantiles o filmes cinematográficos parecen incitar la aparición y expresión de la violencia, aunque no son los únicos generadores de ella.

A sí mismo la autora refiere que es muy cierto el viejo refrán que dice; dos no riñen si uno no quiere, ya que si una de las personas involucradas en la pelea, desiste de ella, terminaría. Pero más allá de la certeza que este refrán puede tener, con los niños y adolescentes no sucede lo mismo, en la mayoría de las ocasiones los mismos son blanco de una violencia y de múltiples ataques que no pueden evitar por ellos mismos, ni mucho menos terminar con la situación violenta, ya que en la mayor de las veces se trata de una persona desigual, tanto en fuerza, como en inteligencia, y en este sentido, el más débil nada puede hacer.

La autora a su vez señala que hablar hoy de violencia significa la necesidad de hablar de daños, de pruebas físicas y materiales que demuestren su existencia. La violencia se mide y cuantifica de acuerdo a los daños físicos provocados en las víctimas, pero; ¿cómo se miden los daños psicológicos?, ¿cómo se mide aquello que no se puede ver a simple vista? Los daños psíquicos son infinitamente más peligrosos y más dolorosos que los físicos. Para curar una herida o golpe físico, quizá unos días sean suficientes, dependiendo también del daño, pero, ¿Cuánto tiempo es necesario para reparar un daño psicológico?, o lo que es peor; ¿se pueden reparar totalmente?

Al respecto la autora señala que:

“Las situaciones de violencia y maltrato psicológico socavan el sistema de normas y principios que dan sentido a la vida de los individuos, y destruyen sus niveles de confianza más elementales, la autoestima y las premisas fundamentales de la estabilidad del mundo y el orden de su existencia”
(Almeida, 2005 pp. 33).

Velázquez (2012) afirma que se puede considerar violencia en una familia cuando uno de sus miembros comete actos de abuso u omisión contra otra persona. Estos actos pueden tener características crónicas y mantenerse a lo largo del tiempo, o de forma periódica donde esta violencia no es solamente las

acciones como el maltrato físico, abuso sexual, emocional, y económico, sino también todas las conductas que se relacionan con la negligencia, el abandono y descuidos.

Siguiendo a Gerard Imbert (1992, citado Almeida y Gómez Patiño, 2005; 89), hay tantas formas de violencia como formas de interacción social.

El autor señala algunas formas de violencia; que serían la “violencia real; la representada, y la violencia formal”.

- 1) La violencia real, puede ser física o simbólica, de índole política, social, económica, ecológica, comportamental y ambiental; dentro de las cuales podemos encontrar la violencia corporal (puede o no acarrear en muerte), la violencia sexual (violación física, así como también la violación del pudor y honor), la violencia mortal (homicidios voluntarios). También se pueden distinguir la violencia criminal contra terceros y la violencia contra uno mismo, la violencia accidental (debida al azar o error humano), entre otras.
- 2) La violencia representada, es la violencia tal y como la representan los medios de comunicación en sus discursos, tanto referenciales (la información), como creativos (obras de ficción, cine, televisión, publicidad, etc.)

- 3) La violencia formal; tiene valor simbólico, (su poder representar la realidad, ver y hacer ver), y que puede producir efectos perversos no totalmente controlados por el emisor.

La violencia, constituye una de las tres fuentes principales del poder humano, las otras dos son el conocimiento y el dinero. Estas fuerzas acompañan a la persona desde que nace hasta que muere. La violencia cruel es la forma más inferior, y primitiva de poder, utilizada para castigar o infringir daño en los demás. Dicha crueldad, ha marcado la faz de la humanidad, los malos tratos en la intimidad del hogar, la esclavitud de los celos, la ruina de la violación sexual, el terror del crimen violento, el sadismo gratuito, la furia de la venganza, y la autodestrucción desesperada, a través de los siglos, niños, mujeres, ancianos, enfermos mentales, esclavos, grupos étnicos minoritarios, homosexuales, prisioneros de guerra, han sido objeto de ultraje, explotación y de tormento (Almeida y Gómez Patiño, 2005).

El Hombre Violento.

Medina (1996, citado en Almeida y Gómez Patiño, 2005), hace referencia a que el hombre violento es una persona de valores tradicionales que ha internalizado un ideal de hombre como modelo incuestionable a seguir. Fortaleza, autosuficiencia, racionalidad, y control del entorno que los rodea, son claramente características masculinas en contraposición de las cualidades

femeninas. Justamente la violencia supone, un intento desesperado por recuperar un control perdido en el único ámbito donde realmente puede demostrar el hombre su superioridad: en su propio hogar.

No se puede justificar la presencia de la violencia en el hombre, ni por un determinismo ambiental, o por un determinismo genético, ninguno de los dos son suficientes, sino tal vez parcialmente necesarios, dado que hay una serie infinita de mecanismos psicológicos que intervienen directamente en la configuración, tanto de la personalidad, como de la forma de conducta humana.

Velázquez (2012) hace mención principalmente a la violencia que se vive dentro de la familia, cuando uno o más de sus integrantes, vivan o no bajo el mismo techo, cometen actos de abuso u omisión contra otro de sus integrantes, estos actos pueden ser de tipo crónico o periódico, repitiéndose en momentos o situaciones puntuales.

Así mismo agrega que:

La violencia no es solo conductas de acción como el maltrato físico, el abuso sexual, emocional o económico, sino también aquellas conductas que están relacionadas con la omisión, como lo es el abandono, negligencia, y descuidos (pp. 83).

La autora señala que en las familias donde se viven situaciones violentas, se observa que sus vínculos son rígidos, intensificándose la ausencia de acuerdos donde la posición de cada miembro deviene en jerárquica e inflexible.

Los actos de abuso físico, emocional, sexual y económico crean un clima familiar violento, caracterizado por el exceso de afectos como los son la intolerancia, la hostilidad, el odio, el resentimiento entre otros. Esta violencia además inhibe la circulación de afectos como el amor, la ternura, la confianza, que es lo que se esperaría dentro de una familia.

CAPITULO II: MALTRATO INFANTIL.

2.1 Antecedentes Históricos.

El maltrato infantil, es un hecho que lamentable que ocurre en todo el mundo, y cada vez son más los niños/as y adolescentes que mueren por maltratos y/o abusos ocasionados por adultos ya sean los mismos integrantes de su familia o no.

Este es un problema de suma gravedad, cuyas consecuencias pueden permanecer toda la vida en una persona, donde las marcas físicas pueden desaparecer al cabo de un tiempo, pero las secuelas emocionales y psicológicas pueden perdurar mucho tiempo después.

Sandra Wheeler (2013), realiza una publicación en el diario ABC.es y señala que arqueólogos de la Universidad de Florida Central (EE.UU.) han descubierto el que parece ser el primer caso de maltrato infantil documentado de la historia. Se trataría de un pequeño de 2 o 3 años aproximadamente, del período Cristiano Romano descubierto en un cementerio del oasis Dakhleh en Egipto. El esqueleto del niño, que vivió hace unos 2.000 años, muestra, según los investigadores, señales claras de abusos, como fuertes fracturas en los brazos y en la clavícula, el húmero, las costillas, la pelvis o la espalda. Los brazos estaban rotos, lo que tuvo que haber sido practicado con gran fuerza, según explica la responsable del estudio.

Fernández (2002), hace referencia a la historia del maltrato en la infancia, citando uno de los ejemplos más antiguos de la humanidad, relatado en la Biblia, y es el de Herodes y la orden del mismo de matar a todos los niños primogénitos de la ciudad; así mismo en la Biblia aparecen relatos en que se insinúa y se refiere el sacrificio de un hijo por parte de su propio padre, en homenaje a un Dios que exigía así una demostración de obediencia y temor hacia él.

A su vez relata como en la Antigua Roma, el padre de familia revestía una autoridad absoluta, respecto de los miembros de su familia, y sobre todo de sus hijos y ejercía su potestad sobre aquel a modo de un derecho de propiedad.

Otro ejemplo, es el de los pueblos nómades de la Polinesia, África oriental y América del Sur entre otros, donde era rutinario que se matara a los niños al nacer, porque los mismos dificultaban y eran un obstáculo frente a las movilizaciones de la tribu.

El autor refiere que durante largos periodos de la historia fueron práctica habitual, justificada y aceptada por distintas ciudades y sociedades; el infanticidio, el abandono, la esclavitud, la explotación laboral, la mutilación de los niños para dar pena y así recibir limosnas, la venta de los mismos, entre otros. Entre las prácticas aceptadas se encontraban el maltrato físico, manipulación y torturas de su cuerpo y mente, tratos negligentes en cuanto a

cuidados y nutrición, abusos y violaciones sexuales, entre muchas otras prácticas que revelaban el horror y padecimiento que sufrían los niños.

El Maltrato Infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. Al respecto De Bonis (1998) afirma que:

La historia del maltrato a menores ocurre desde que el ser humano se encuentra sobre la faz de la tierra. Por lo tanto éste es tan antiguo como la humanidad misma. Aristóteles señalaba: un hijo o un esclavo son propiedad... (pp.1).

La autora hace referencia a distintas situaciones pasadas donde los niños fueron víctimas de atroces maltratos, por diferentes causas. Entre las más relevantes se encuentran, que en algunas civilizaciones el infanticidio era un medio para deshacerse de los niños con defectos físicos por ejemplo; en la historia de las sociedades precolombinas se destacan los sacrificios de los adolescentes y niños que llevaban a cabo los Aztecas para calmar a sus deidades. En la India eran considerados instrumentos del diablo, por ello eran destrozados. Martín Lutero ordenó que los niños con retraso mental fueran ahogados.

Más recientemente Hitler, en su afán de obtener una raza pura, realizó atrocidades asesinando millares de niños. Con la revolución Industrial los niños comenzaron a trabajar muchas horas seguidas, donde además de la explotación laboral eran sometidos a injurias y malos tratos.

La autora hace un recorrido a través de distintos años, donde muestra investigaciones y artículos que detallaban hallazgos macabros de niños muertos.

El primer artículo fue escrito por Ambroise Tardieu en Francia, en 1860 el cual está basado en hallazgos de necropsias, lesiones encontradas en niños; muchos de los cuales fueron quemados y asfixiados.

En 1946, publicaron los hallazgos de fracturas múltiples y hematomas subdurales en 6 niños; donde se inició la descripción de lo que hoy se conoce como "Síndrome de Maltrato Infantil".

En 1953, Silverman describió lo que llamó "Traumatismos Esqueléticos no reconocidos" donde el autor sugirió que muy posiblemente los padres de los niños eran los autores de dichas atrocidades.

Kempe y Silverman, (citados en De Bonis 1998), introdujeron el término de "Síndrome del Niño Golpeado" relacionando las lesiones, generalmente con los padres o algún adulto que cuidaba al menor. En estos niños se observaba una serie de alteraciones emocionales, carencia nutricional, negligencia en su atención general, etc., por falta de atención del adulto. Este fenómeno puede o no ir acompañado de abuso sexual y maltrato físico.

Este breve recorrido histórico, nos puede llevar a una sola conclusión, y es que en los siglos pasados existió muy poca o casi nula preocupación por el bienestar

infantil, no reconociéndose de modo alguno sus derechos, el razonamiento de las antiguas culturas y tribus señaladas, sería impensable e iría totalmente en contra de las leyes que rigen en la actualidad. El conocer lo que pasó por décadas con el maltrato infantil en las antiguas civilizaciones nos lleva a reflexionar *¿Cuándo fue entonces que comenzó a considerarse el Maltrato Infantil como una problemática social y a percibirse tal cual lo concebimos hoy en día?*

Álvarez Lira (2011) narra un caso de Maltrato infantil, que es un ejemplo gráfico que ilustra un momento en que se produce un giro, un cambio en el sistema de protección legal como también institucional de los niños/as maltratados.

Expone el caso de Mary Ellen Wilson, una niña ilegítima de nueve años proveniente de la Ciudad de Nueva York, en el Siglo XIX, mas particularmente en el año 1866, que su madre abandonó luego de que el padre muriera en la Guerra Civil. Mary Ellen quedó al cuidado de la esposa legítima de su padre y la pareja de esta, ninguno de los dos tenía lazo sanguíneo con ella. La niña era víctima de severos maltratos tanto físicos como negligentes, era continuamente golpeada, cortada con objetos punzantes, atada a una cama, y sufría además una severa desnutrición.

El caso de esta niña fue conocido por una trabajadora de la caridad, la cual trató de intervenir en defensa de Mary, acudiendo a agencias de protección, a la policía, y al departamento de caridad de la Ciudad de Nueva York. Puesto que

no existían en ese momento leyes que velaran por el bienestar de los niños, ni nadie que regulara y penara situaciones de maltrato infantil, y menos proporcionado por sus padres y cuidadores, todos los estamentos rehusaron emprender cualquier acción que proporcionara algún tipo de ayuda para Mary. Todos los intentos de intervención a favor de Mary eran fallidos, hasta que esta mujer en su desesperación acude a la Sociedad Americana para la Prevención de la crueldad hacia los animales, ya que los mismos se encontraban legalmente protegidos contra situaciones de maltrato, la mujer alegó que Mary pertenecía y era parte del reino animal, y debía ser posible que esta sociedad para la protección de los animales interviniera ante los tribunales en defensa de esta niña.

El argumento que se empleó en el proceso judicial era que Mary Ellen merecía, al menos, tanta protección como un perro común. Sobre esa base, se ganaba en 1874 el primer proceso judicial en Estados Unidos que defendía a un menor de los malos tratos físicos y la negligencia, reconociéndose oficialmente por primera vez el maltrato infantil.

Este conmocionante caso dio como resultado que los norteamericanos comenzarán a investigar y a legislar sobre el tema.

Pero no sólo en Estados Unidos ocurrían este tipo de casos, en Europa en el año 1890 aproximadamente, Sigmund Freud, oyó a muchas de sus pacientes adultas relatar memorias de abusos sexuales de infancia y adolescencia,

generalmente perpetrados por miembros de la familia o familiares cercanos. Freud inicialmente planteó que estos abusos y experiencias sexuales eran la fuente de la psicopatología femenina que se trataba en esa época, pero esas ideas habrían causado tal controversia entre sus colegas, que posteriormente comenzó a describir esos reportes como falsas memorias de las mujeres en sus experiencias reales (Nelson, 1984; Lazoritz, 1990 citados en Pinto, 2009).

Por lo expuesto, podemos decir que si bien progresivamente se fue comprendiendo la naturaleza del problema del maltrato infantil, aún faltaba un marco legal para los derechos de la infancia. En 1924, aparece un indicio de reglamentación cuando la Declaración de Ginebra enunciaba la necesidad de proporcionar una protección integral al niño. Pero, recién el 20 de noviembre de 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño. Posteriormente en 1989, la misma entidad aprobó la Convención de los Derechos del Niño, en la cual se enuncia claramente que el niño por su inmadurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales. También, se expresaba la necesidad de la debida protección legal antes como después del nacimiento. Una “novedad” de la Convención es el reconocimiento del niño como sujeto de derechos y no como objeto, dando real importancia a la consideración de su interés superior. La Convención fue ratificada por la Argentina e incorporada en la ley 23.849 en 1990. En la provincia de Mendoza la ley 6354 adhiere a estas políticas de niñez de la cual se

desprende la ley 6551 que crea un programa de atención y prevención al maltrato infantil (Morelato, 2009).

Modelos Explicativos acerca del Maltrato Infantil.

Bringiotti (1999), expone modelos explicativos acerca de la etiología del Maltrato Infantil. De este modo, plantea que existen los llamados modelos unicausales, en el mismo entrarían factores psicológicos, psiquiátricos, sociológicos, culturales y centrados en las características del niño:

- El modelo psicopatológico expone que las causas del maltrato podrían deberse a las características de personalidad y desordenes psicopatológicos de los padres de los niños, sin embargo estudios posteriores, mostraron que solo un 10% de los padres maltratadores sufrían desórdenes mentales o psicopatologías graves.
- El modelo sociocultural, es contrario al modelo anterior donde refiere que los malos tratos son una consecuencia de lo social. Así como los factores de estrés y la naturaleza violenta de nuestra sociedad, con sus valores y prácticas que alientan las situaciones de maltrato y violencia infantil. A su vez agrega que los padres son víctimas de este sistema social, víctimas del desempleo, del aislamiento y de factores socioeconómicos.

- El modelo cultural; que junto con sus valores, prácticas y actitudes avalan y aprueban el uso del castigo corporal, y la agresión verbal, como prácticas disciplinarias de los niños, y que los niños son propiedad de los padres y pueden manejarlos a libre elección.
- Por último está el modelo centrado en las características de los niños, basado principalmente en la vulnerabilidad de los mismos, donde sus características físicas, o sus conductas en relación con la habilidad y competencia parental, más el estrés que pueda sufrir la familia en un momento determinado, precipitan las situaciones de maltrato.

A su vez existe el Modelo ecológico – ecosistémico; el cual demostró que ninguno de los modelos anteriores tiene suficiente poder explicativo, y que en cualquier episodio o situación de maltrato infantil pueden influir múltiples factores que actúan simultáneamente. Así surge el modelo ecológico cuyos representantes son Garbarino (1977) y Belsky (1980) que se apoyan en el modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner.

Este modelo ecológico tiene tres propuestas principales:

- El maltrato infantil está determinado por una multiplicidad de fuerzas que actúan tanto en el individuo, como en la familia y en la comunidad, y principalmente en la cultura en la cual estén inmersos.
- Son factores anclados unos en los otros y actúan de manera consecutiva.

- Gran parte de los conflictos centrados en Maltrato Infantil, que han obstaculizado y frenado las investigaciones referidas a la temática, son aparentes más que reales.

De este modo, el modelo ecológico contempla el desarrollo humano como un proceso dinámico, bidireccional y recíproco donde el niño reestructura de modo activo su ambiente y recibe el influjo de ellos. El modelo está compuesto por cuatro núcleos que están interrelacionados y se denominan: persona, proceso, contexto y tiempo. El primer núcleo es la persona, vista con sus características innatas, biológicas, emocionales y con aquellas constituidas por el contacto con el ambiente. Esto forma parte del llamado ontosistema. El proceso o segundo núcleo es la forma en que la persona interactúa con el contexto, sus características particulares, la forma como vive sus experiencias, el rol que desempeña en su vida (Bronfenbrenner, 1996 citado en Casoll y De Antoni, 2006).

Se proponen distintos niveles de análisis; propuestos por Bronfenbrenner 1979 (citado Morelato 2011); los cuales son: Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema.

Microsistema, está relacionado con las actividades y roles del niño en su medio inmediato. Hace referencia a aquellas actividades y relaciones interpersonales vivenciadas en su entorno específico y a través del contacto directo. Ejemplo de

ello serían a los aspectos cotidianos de la casa, la escuela, el trabajo y las relaciones directas con los padres, hermanos etc.

El Mesosistema consiste en el entrecruzamiento de los microsistemas que rodean a una persona, es decir, vínculos entre ellos, que pueden irse ampliando o modificando en el transcurso del desarrollo.

El Exosistema, incluye todos aquellos aspectos en los cuales la persona no participa de manera directa, pero que influyen en ella. A su vez conforma las estructuras sociales, formales como informales. Servicios sociales, vecindario, el trabajo, entre otros (Bringiotti, 1999). Dicho nivel se torna protector cuando la red social está nutrida por la capacitación de profesionales de la salud, agentes comunitarios, docentes, funcionarios públicos y personas formadas en los temas de maltrato y violencia.

Macrosistema, está compuesto por los patrones culturales vigentes tales como creencias, ideologías, valores, sistemas políticos y económicos, organización de instituciones sociales y comunitarias. Dentro de los factores protectores resulta imprescindible que exista una buena comunicación entre las redes formales e informales, (escuela, hospital, municipalidad, ámbito judicial, etc.) a fin de incidir en procesos que garanticen un buen desarrollo de la infancia (Morelato, 2011).

2.2 Maltrato en la Infancia

La niñez es una etapa fundamental en la vida de una persona, es allí donde se aprenden los principios y valores fundamentales para la vida, los 5 primeros años, son de vital importancia para un sano desarrollo posterior.

El niño que atraviesa por distintos tipos de maltrato, cualquiera sea la modalidad, lleva esa marca imborrable con él, para toda su vida, por eso es de

suma importancia el trabajo terapéutico con estos niños; y su familia, para que puedan sobrellevarlo de la mejor manera posible.

El Maltrato Infantil es un hecho lamentablemente muy presente en nuestra sociedad, las estadísticas acerca del maltrato físico, psicológico, sexual, entre otros; que reciben cientos de niños son alarmantes. Se estima que cada año miles de niños reciben abuso y maltrato a manos de sus padres o parientes. Muchos mueren. Los que sobreviven el abuso, viven marcados por el trauma emocional que perdura mucho después de que los moretones físicos hayan desaparecido (Castillo, 2006).

La Psicología considera de importancia radical que estas “heridas emocionales ocultas” puedan ser tratadas. El reconocer y dar tratamiento a tiempo es importante para minimizar los efectos a largo plazo causados por el abuso o maltrato físico, psicoemocional, entre otros.

La violencia a los niños se ha manifestado de diversas formas, siendo el maltrato físico, el infanticidio, solo una de ellas, donde además existe el maltrato emocional, la negligencia, abandono, explotación laboral, abuso sexual, entre otros. Por esto resulta muy necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos, con el objetivo de, identificarlo, poder prevenirlo e iniciar su abordaje terapéutico temprano, evitando de esta forma las terribles consecuencias y efectos tan intensos que tiene sobre las personas, y su huella imborrable y perdurable (Casado, Díaz, y Martínez 1997).

Según Casado, Díaz, y Martínez, señalan que el Maltrato Infantil podría definirse de la siguiente manera:

“La definición de maltrato infantil que proponemos incluye tanto lo que se hace (acción) como lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solo daño físico, psicológico – emocional, y social, sino que considerándole persona – objeto de derecho incluye sus derechos y su bienestar y cuyos autores pueden ser personas (familiares o no) y las instituciones – administraciones (maltrato institucional)” (Casado, Díaz, y Martínez, 1997, pp10).

Newberger (1982, citado en Cerezo, 1995) afirma que en la primera infancia, dentro de los 5 primeros años de vida, es una etapa donde el maltrato y sus consecuencias revisten una gravedad debido a la fragilidad y vulnerabilidad del niños. Y es en niños menores de 2 años donde se registra el mayor número de muerte y la mitad de estos casos con daños permanentes.

Baumrind, (1994, citado en López- Torrecilla, 2009), asevera que desafortunadamente no existe una definición única de maltrato infantil, ni una delimitación clara y precisa de sus expresiones. A pesar de esta dificultad para elaborar el concepto, su concepción depende de factores culturales, étnicos, religiosos, sociales, educativos, es decir existen múltiples y diversas

conceptualizaciones, dependiendo el autor o del marco investigativo donde se encuentre.

Bringiotti (1999), señala que las dificultades para conceptualizar el maltrato infantil es tema de varios autores. Según Díaz Huerta y García Baquero (1995, citados en Bringiotti 1999,) señalan que existen ciertos factores que influyen en tal dificultad. Los mismos son:

1. El concepto de Infancia y sus derechos.
2. El valor que la sociedad le da a la infancia.
3. Las diferencias en valores culturales y sociales.
4. La diversidad de actuaciones maltratantes.
5. La percepción de la víctima del hecho abusivo
6. El grado de intencionalidad del agresor.
7. La disciplina y el ámbito profesional que considere la definición
8. La utilización posterior de la definición para la acción legal, social, etc.
9. El estado de evolución y desarrollo del niño
10. La frecuencia con que se producen los hechos.

La autora cita la Child Welfare League of America, la cual define el Maltrato Infantil como: “La negación de experiencias normales que

producen sentimientos de ser amado, querido, de seguridad y de valía, y la exposición a circunstancias desagradables y desmoralizantes” Martínez Roig y De Paul (1993, citado en Bringiotti 1999)

LaRose y Wolfe, 1987; Trickett y Susman, 1988; Rogosch, Cicchetti, Shields y Toth, (1995, citados en Gracia, 2002). Señalan que:

Desde la perspectiva de la socialización, el maltrato infantil se considera no como un fenómeno social aislado o como el resultado de desórdenes psicológicos de los padres, sino, más bien, como el producto de prácticas de socialización que aprueban el uso de la violencia y de técnicas de poder asertivo con los hijos (pp. 274)

Wolfe, (1987 citado en Gracia, 2002) asevera que la conducta parental competente y motivadora es positiva para interactuar con los hijos, siendo esto un fenómeno natural y universal. Pero aquellos padres que no poseen dichas habilidades y pueden ser, abusivos o negligentes, deben etiquetarse como anormales o desviantes.

En 1989, en la conferencia desarrollada por el National Institute of Child Health and Human Development, se recomendó que el maltrato se pudiera definir “como el comportamiento que se dirige hacia una persona, el cual (a) está fuera de las normas de la conducta y (b) incluye unos riesgos sustanciales que causan daño físico y emocional” Chirtoffel et al. (1992, citado en Ramírez,

2006) afirma que los comportamientos incluidos consisten en acciones u omisiones algunos de las cuales son intencionales y otras no. De hecho, el término maltrato infantil, se refiere a una gran cantidad de comportamientos que implican riesgo para el niño. En esta conferencia se consideraron distintas categorías de maltrato infantil que son ahora reconocidas: (1) abuso físico, (2) abuso sexual, (3) negligencia, (4) maltrato emocional. (entre otras). Cada una de estas incluye, a su vez, un espectro amplio de comportamientos.

Existen otras categorías contempladas como son el abandono, la explotación sexual de niños y niñas y el Síndrome Munchausenby Proxy.

Si nos abocamos al ámbito provincial, la ley del Niño y el Adolescente de la Provincia de Mendoza, Nº 6354/95, tiene por objetivo la protección integral del Niño y del Adolescente, como sujeto principal de derecho, quedando comprendidas todas las personas que no hayan alcanzado la mayoría de edad. El Estado garantizará e interés superior en los mismos, así como en el ámbito familiar, y de la sociedad, brindando oportunidades y facilidades para su desarrollo físico, psíquico y social.

A nivel Nacional, encontramos la Ley 26061/05 “Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes”, en su artículo 9º hace referencia:

“ARTICULO 9° - DERECHO A LA DIGNIDAD Y A LA INTEGRIDAD PERSONAL.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de personas en desarrollo; a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante, intimidatorio; a no ser sometidos a ninguna forma de explotación económica, torturas, abusos o negligencias, explotación sexual, secuestros o tráfico para cualquier fin o en cualquier forma o condición cruel o degradante.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a su integridad física, sexual, psíquica y moral.

Los Organismos del Estado deben garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral niñas, niños y adolescentes.” (párr. 9)

Modalidades de Maltrato Infantil.

Se podría considerar que existen en la actualidad distintas maneras y formas de practicar violencia contra niños, niñas y adolescentes, tanto dentro del ámbito familiar como por fuera de él. La violencia es un síntoma crónico de nuestra sociedad, manifestándose en distintas áreas de la misma, y con una frecuencia y aceptación cada vez mayor.

Existen varias clasificaciones y tipos de lo que puede entenderse como Maltrato Infantil, según su forma, quienes y desde que lugar se ejerce.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) El maltrato infantil se define como:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. (párr. 6)

× **Maltrato Físico:**

Gizalán (1993 citado en Bringiotti 1999, 43) señala: “el maltrato físico es cualquier acción no accidental por parte de padres y cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad en el niño, o lo coloque en grave riesgo de padecerlo”.

Este se aplica para causar dolor y castigo con el propósito de modificar una conducta inapropiada por parte del niño y que se considera indeseada para la persona que se encarga de cuidar y disciplinarlo. Es un comportamiento violento que puede adoptar distintas maneras y se realiza con frecuencia en los

niños. Se le considera intencional cuando existe premeditación y pleno conocimiento de causa y hecho por parte del que lo ejecuta, y no intencional cuando el daño o lesión es producido por una conducta descuidada y negligente del adulto. (Castillo, 2006).

× **Abuso Sexual.**

Gizalán (1993 citado en Bringiotti 1999) define al abuso sexual como “cualquier contacto sexual en un niño menor de 18 años, por parte de un familiar o tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño” (PP. 44)

Casió, et al.:(2001) Define al abuso sexual como: "Cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre el niño". (pp. 25)

Almeida y Gómez Patiño, (2005) hacen referencia, que dentro del Maltrato Infantil de índole sexual se encuentra la conocida Pedofilia, la violencia psicológica que conlleva y las consecuencias que acarrea, necesitan una atención especial.

Con los términos “paidofilia, pedofilia o pederastia”, la psiquiatría define conductas anormales llevadas a cabo por adultos consientes en la satisfacción de sus fantasías o deseos sexuales, donde el blanco es un niño, y las mismas son catalogadas como “trastornos sexuales”. Lo que es realmente preocupante es el daño psicológico causado, prácticamente irreversible, produciendo secuelas

para toda la vida. Por su propia vulnerabilidad, los niños deberían gozar de una protección especial, no solo contra el autor del hecho, sino con aquellos cómplices también

× **Maltrato Emocional:**

Gizalán (1993 citado en Bringiotti 1999) señala que: “el maltrato emocional es la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles – desde la evitación hasta el encierro- por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar” (pp. 43).

× **Negligencia física y emocional:**

Gizalán (1993 citado en Bringiotti 1999) refiere como:

Abandono Físico: “aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas y/o cuidados médicos) no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño”.

Abandono Emocional: “La falta persistente de respuestas a las señales (llanto, sonrisas), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable” (pp. 43)

× **Explotación Laboral o Mendicidad.**

Gizalán (1993 citado en Bringiotti 1999) expone que en este tipo de maltrato:

Los padres o tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos – domésticos o no – que exceden los límites de lo habitual, deberían ser realizados por adultos, interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares de los niños y, por ultimo son asignadas con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar (pp.44)

× **Corrupción:**

El autor señala como corrupción: “Conductas que impiden la normal integración del niño y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas (especialmente en las áreas de agresividad, sexualidad, drogas o alcohol)” (pp. 44).

× **Síndrome de Münchausen:**

Gizalán (1993 citado en Bringiotti 1999) señala que: “simulación por parte del padre, madre o tutor de síntomas físicos patológicos, mediante la administración de sustancias, o manipulación de excreciones, o sugerencia de sintomatología, difíciles de demostrar, llevando a internaciones o estudios complementarios innecesarios”. (pp. 44)

Maida, Molina y Erazo (2001) definen dicho Síndrome como:

“El síndrome de Münchausen se caracteriza por la fabricación de síntomas y signos de una enfermedad con el propósito de obtener atención médica. El síndrome de Münchausen by proxy consiste en la inducción de este fenómeno a un tercero, por lo general a un niño, que se encuentra al cuidado de la persona que provoca la enfermedad (párr. 1).

Este síndrome constituye un caso muy grave de maltrato infantil y corresponde a una de las formas más bizarras en que puede manifestarse, lo cual suele generar muchas dificultades en el equipo de salud. (párr. 2).

× **Incapacidad parental de control de la conducta del niño:**

Gizalán (1993 citado en Bringiotti 1999) señala que: “los padres o tutores manifiestan o demuestran claramente su total incapacidad para controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de su/s hijo/s” (pp. 44)

× **Maltrato prenatal:**

Gizalán (1993 citado en Bringiotti 1999) señala que el maltrato prenatal consiste en: “consumo de drogas durante el embarazo que provoque que el niño nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anormales o con síntomas de dependencia física a las drogas” (pp. 44)

En la Argentina, luego del golpe Militar, llevaron a incluir una nueva forma de maltrato infantil, la misma sería:

× **Secuestro y sustitución de la Identidad:**

El cual consiste en: “todos aquellos casos en los que el menor era separado de su madre ni bien nacía, para ser entregado a personal policial o personas relacionadas con los secuestradores, negando su identidad y la posibilidad de vuelta a su familia de origen. A si mismo incluye a los menores secuestrados con sus padres y entregados a otros sujetos no familiares Finkelhor (1988, citado en Bringiotti, 1999).

Consecuencias del Maltrato en la Infancia.

El Maltrato en la Infancia, sea, cual sea el tipo de violencia al cual un niño sea sometido, deja graves consecuencias en su vida, en su presente y en la mayoría de ellos, en un futuro también. De hecho, las marcas o secuelas físicas que queden tras un golpe, tras una paliza, pueden ir mermando día a día, hasta quizá desaparecer, en algunos casos, en otros puede dejar una huella, o recuerdo a lo que podemos llamarle cicatriz, o graves problemas de salud, entre ellos, un importante deterioro neurológico.

Hay distintos tipos de cicatrices, las del cuerpo, las de la mente y el corazón. Las heridas emocionales, son las que están, pero no se ven, permanecen dentro de

uno, y quizá salgan a la luz disfrazadas, a través de llantos, conductas desadaptativas, o cualquier tipo de síntoma, entre otras cosas.

✓ **Consecuencias físicas:**

Mesa-Gresa, y Moya-Albiol (2011) señala que a grandes rasgos, el maltrato infantil provoca, entre otros efectos, una alta mortalidad y morbilidad, ya que se calcula que más de un 10% de los casos de niños que padecen retraso mental o parálisis cerebral se debe al maltrato que han recibido. Dichos niños pueden presentar déficits cognitivos o del lenguaje, trastornos del aprendizaje, dificultades académicas, problemas emocionales y comportamientos autodestructivos.

Por tanto, se ha observado que los malos tratos durante la infancia reducen la calidad de vida relacionada con la salud física y mental.

El abandono puede ocasionar desnutrición grave que, al menos durante los primeros seis meses de vida, se asocia con secuelas neurológicas permanentes y estas a su vez pueden verse perjudicadas por situaciones de maltrato; siendo los niños menores de 5 años los más vulnerables a sus consecuencias.

Aunque no todos los niños maltratados desarrollan conductas desadaptativas, toda situación de maltrato podría generar consecuencias, a corto o largo plazo.

Los trastornos de mayor prevalencia que aparecen son la depresión, los problemas de conducta y la delincuencia, los trastornos de conducta antisocial y oposicionista, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Además, el maltrato infantil también está relacionado con trastornos de personalidad, esquizofrenia, consumo de drogas, conductas autolesivas y suicidas, somatización, ansiedad y disociación. La alta comorbilidad y variedad de trastornos sitúan el maltrato infantil como uno de los más relevantes factores de riesgo de padecer una psicopatología.

Desde el punto de vista neurobiológico, el maltrato infantil se asocia con importantes alteraciones del sistema nervioso central (SNC), del sistema nervioso autónomo (SNA), del sistema endocrino y del sistema inmune.

Según los autores, los datos aquí analizados se basan en los resultados obtenidos por estudios de tipo clínico realizados en niños y adultos que han sufrido malos tratos a una edad temprana.

Mesa-Gresa y Moya-Albiol señalan:

Según todo lo expuesto, se podría afirmar que el maltrato durante la infancia supone en la mayoría de los casos una grave interrupción del desarrollo normal del niño, ya que, además de los daños y lesiones que puede sufrir debido al maltrato de tipo físico, éste se encuentra sometido a

altos niveles de estrés crónico que provocarán importantes secuelas anatómicas, estructurales y funcionales en su cerebro (pp. 490).

“Por tanto, el maltrato, los abusos y el abandono durante la etapa de la niñez pueden considerarse como proceso que interrumpe el normal desarrollo cerebral del niño, y dependiendo de la edad de inicio y de la duración de los mismos, pueden incluso llegar a producir alteraciones importantes a nivel cerebral” (Mesa-Gresa, Moya-Albiol 2011, pp. 491).

En relación con lo señalado, la vulnerabilidad individual de los niños víctimas de maltrato, estaría modulada por la resiliencia, entendida como una adaptación positiva, y consecución de un desarrollo óptimo, a pesar de la exposición a situaciones altamente traumáticas durante edades tempranas. No obstante, también podría relacionarse con características de personalidad, que actuarían como protectoras frente al maltrato recibido.

La resiliencia puede depender de factores tales como variables personales, el contexto social de desarrollo y las variables demográficas y a pesar de que las personas pueden poseer algunas de estas características, sólo podríamos hablar de “sujetos resilientes” si atendemos al nivel de adaptación de éstos ante un suceso traumático.

“El Ciclo de la Violencia”.

Mesa-Gresa, Moya-Albiol (2011) lo define:

Los menores que han sufrido malos tratos durante la infancia muestran un mayor riesgo de presentar conductas antisociales y violentas durante la adultez, fenómeno que se ha denominado “ciclo de la violencia (pp. 499)

En la base del desarrollo de conductas agresivas interactúan distintos factores que pueden ser ambientales como biológicos (genéticos, los neuroquímicos, los hormonales, los neurológicos, los inmunológicos), los sociales, los familiares, la experiencia previa y las diferencias individuales.

Los autores hacen una relación entre alteraciones cerebrales producidas gracias al Maltrato Infantil, y la posibilidad de repetir estas conductas en edad adultas, y tener episodios de agresividad.

Una de las alteraciones que se produce es, en el lóbulo temporal la disminución del volumen del hipocampo y de la amígdala en niños víctimas lo cual podría contribuir al desarrollo de la violencia en sujetos adultos. De este modo, estudios de neuroimagen realizados en adultos violentos han mostrado la existencia de una pérdida unilateral de tejido en la amígdala y el hipocampo del lóbulo temporal, y se ha llegado incluso a establecer una correlación positiva entre la reducción del tamaño bilateral del hipocampo y altas puntuaciones en escalas de psicopatía.

Otra alteración ya explicada en niños maltratados es la de la ‘irritabilidad límbica’ también observada en adultos que presentan comportamientos

violentos, en los que se muestra una irritabilidad extrema manifestada por un aumento en la conducta agresiva, hipersexualidad y ataques irracionales, entre otros.

✓ **Consecuencias psicológicas y/o emocionales del maltrato en la infancia:**

Gómez de Terreros Guardiola (2006) hace referencia que cuando un niño padece maltrato psicológico, como única forma de maltrato, puede que padezca un efecto muchas más adverso en su funcionamiento psicológico actual y posteriormente en su edad adulta, peor que el que puede acarrear con un maltrato físico, en lo que respecta a problemas de depresión, autoestima, agresividad, delincuencia y problemas interpersonales, entre otros.

La autora afirma que con seguridad el niño tendrá múltiples consecuencias, principalmente a largo plazo y que las mismas pueden variar en función de la edad que el niño tenga, ya que un patrón cronificado de maltratos y abusos destruye el sentido de y la seguridad en uno mismo. Esto conlleva las siguientes consecuencias:

- 1) A nivel del pensamiento, se pueden hallar sentimientos de baja autoestima (incluyendo las conductas asociadas al mismo), una visión negativa de la vida, síntomas de ansiedad y depresión, y además ideas de suicidio.

2) En lo que respecta a la salud emocional, podemos encontrar en los niños inestabilidad emocional, personalidad borderline o límite, falta de respuestas emocionales apropiadas, problemas de control del impulso, ira, conductas autolesivas, trastornos de la alimentación y abuso de sustancias.

3) Con respecto a las habilidades sociales, podemos detectar conductas antisociales, problemas de vinculación afectiva, competencia social limitada, falta de simpatía y empatía, aislamiento social, dificultad para ajustarse a las normas, mala adaptación sexual, dependencia, agresividad y violencia y delincuencia o criminalidad.

4) Sobre el aprendizaje, bajo rendimiento escolar, dificultades de aprendizaje y dificultades en el desarrollo moral.

5) Y por último, con respecto a la salud física del niño, fallos en el crecimiento, quejas somáticas, un estado pobre de salud y alta mortalidad, entre muchos otros trastornos, ya mencionados con anterioridad.

Simón Rueda, López Taboada, Linaza Iglesias, (2000, citados en Guardiola, 2006), hacen referencia a distintos indicadores de maltrato emocional en los niños.

Los mismos son:

- ☆ Dificultades en su desarrollo evolutivo, como lo son el lenguaje, la inteligencia, psicomotricidad, socialización, entre otros.
- ☆ Muestras de recelo, permisividad, ansiedad, depresión, baja autoestima y preocupación.
- ☆ Trastornos emocionales con movimientos rítmicos, ausencia de comunicación.
- ☆ Trastornos conductuales, como retraimiento, pasividad, conductas antisociales o agresividad extrema, fugas de casa, psicopatías, etc.
- ☆ Excesiva rigidez y conformismo.
- ☆ Preocupación por complacer a las figuras de autoridad.
- ☆ Conductas adultas inapropiadas, o un infantilismo excesivo.
- ☆ Trastorno en el control de esfínteres, como así también trastornos del sueño.

2.3 Intervención Psicológica en Maltrato Infantil. Abordajes multidisciplinares.

Actualmente en la provincia de Mendoza, se está instrumentando el Programa Provincial de Atención y Prevención al Maltrato de la Niñez Adolescencia y Familia, (PPMI), el mismo cuenta con distintos efectores (equipos interdisciplinarios de salud dedicados y abocados a la atención dicha problemática), los cuales se encuentran en distintos departamentos de la Provincia de Mendoza.

En Los Andes, 2013; se expone que la realidad muestra que el maltrato infantil, en sus diferentes variables, va en aumento. Así lo reconocen autoridades del PPMI y lo confirman las estadísticas. Si en 2011 el programa atendió a 5.906

niños y adolescentes menores de 19 años, en 2012 fueron 6.406 los casos (en el año en curso aún no se ha relevado toda la información).

Se señaló que se trata de resolver localmente las situaciones que se presentan en las Unidades Especializadas departamentales que funcionan en centros de salud y hospitales públicos, mientras que los casos que requieren un abordaje más complejo son derivados al hospital Notti, donde hay un mayor nivel de especialización.

En los últimos años también se registraron cambios en cuanto al tipo de violencia hacia los menores. Si bien en 2011 la mayoría de los casos correspondían a agresiones físicas, el año pasado el maltrato psicológico fue el más común, triplicando la cantidad de hechos respecto del relevamiento anterior.

Sin embargo, el maltrato físico no atenuó su presencia sino que se mantuvo prácticamente igual. Así, este último en 2011 abarcó el 33% de los casos y el 28% en 2012, mientras que el psicológico subió de 12.8% a 31% en el mismo período.

El programa terminó 2012 con 11.865 personas incorporadas para el abordaje de su situación, que requiere la participación de toda la familia.

El PPMI, está fundamentado en la Ley 6551/97, denominada "Creación del Programa de prevención y atención integral del maltrato a la niñez y

adolescencia en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social y Salud, dentro del marco de la ley 6354", de la provincia de Mendoza.

Los principales objetivos de la siguiente ley, se podrían sintetizar en que cada efector, hospital o centro comunitario debe recibir las denuncias realizadas, e intervenir realizando tratamiento y rehabilitación del menor, a su vez realizando un seguimiento del caso, en conjunto con otros profesionales, es decir, interdisciplinariamente, entre otros.

Así mismo, como se mencionó con anterioridad, la Ley 6551, está basada en la Ley Provincial 6354/95 cuyo objeto general es la protección integral del niño y el adolescente, como sujeto principal de los derechos establecidos en la misma y el ordenamiento legal vigente. A tal efecto, quedan comprendidas todas las personas que no hubieran alcanzado la mayoría de edad.

La práctica de la Psicología y su incidencia en este ámbito.

El psicólogo poco a poco se ha ido ubicando dentro de la red de servicios sociales, desempeñándose como consultante o receptor de derivaciones, a su vez también participando en los programas, de diversa índole, especialmente todos aquellos destinados al bienestar de la infancia, dentro de los cuales participa en equipos interdisciplinarios, que básicamente diagnostican e intervienen, sobre la problemática de los niños que se encuentran en riesgo

social, mas especialmente aquellos que han sido víctimas de abusos y/o malos tratos.

A nivel teórico la psicología ofrece una explicación de porqué se producen y se mantienen los malos tratos a la infancia, y en base a esto se puede diseñar diferentes técnicas y procedimientos de intervención, en las familias en las cuales se produce el maltrato así como el tratamiento a los niños/as maltratados.

En síntesis, se puede decir que el Psicólogo y su práctica profesional han tomado un papel imprescindible en el abordaje de la problemática de Maltrato infantil.

Los profesionales que trabajan en el ámbito de la protección del menor se encuentran, sin duda, en una posición de extrema responsabilidad, ya que es una problemática muy compleja y que lleva consigo mismo un fuerte componente emocional, ya que en sus manos, esta y depende, la seguridad y el bienestar actual y futuro del menor, donde en muchas oportunidades el psicólogo es quien participa de manera muy activa, si el menor debe permanecer en su hogar, realizando un tratamiento e intervención que apunten a modificar la dinámica de la familia, o por el contrario, la decisión de apartar al niño del seno familiar, de manera temporal o definitiva. A partir de lo expuesto, un trabajador social que interviene en este tipo de situaciones debería tener en

cuenta; su gran responsabilidad, ya que puede cambiar el futuro del niño al separarlo de su familia y que a su vez tiende a identificarse con el niño, por lo tanto, deberá controlar su conducta, usándose a sí mismo como motor de cambio (Idelfonso Perojo Pérez, 1993; Escartín Caparrós 1997).

Estos son claros ejemplos de las exigencias y responsabilidades asociadas a este rol profesional, que exige que dichos profesionales cuenten con una serie de conocimientos y habilidades para llevar a cabo de la mejor manera esta tarea.

La Intervención Psicosocial en el ámbito de protección de menor tiene como objetivo, realizar tratamiento como así también la prevención de los malos tratos en la infancia, donde este objetivo tiene en cuenta los factores, condiciones o circunstancias particulares de cada caso, ya que cada niño maltratado requiere de un tratamiento particular. Otro de los objetivos importantes en este tipo de intervención, más concretos, sería cómo intervenir para modificar la dinámica familiar, que crea y mantiene las situaciones de violencia, restaurar la unidad familiar, si por dicha causa, sufrió una separación, y asegurar el cuidado adecuado y el bienestar de los niños cuando la separación del seno familiar, no tiene vuelta atrás.

Enrique Gracia Fuste (1993), señala que existen tres tipos de Prevención en situaciones de malos tratos y/o abusos en la infancia. Distingue:

1. La prevención Terciaria: cuyo objetivo es la interrupción de las situaciones actuales de los malos tratos, así como proporcionar asistencia, y tratamiento que apunten a modificar las circunstancias y dinámicas familiares que crean y mantienen dichas situaciones violentas, creando estrategias de tratamiento para dirigirse y ser sensibles a las necesidades y problemas únicos de una familia en particular. Dicha intervención puede centrarse en tres niveles: individual, familiar y social.

2. Prevención Secundaria: tiene como objetivo identificar y proporcionar asistencia, a padres y familias cuyas características las sitúan en condición de alto riesgo, con el objetivo de prevenir maltratos futuros.

Madres solteras, padres con antecedentes de malos tratos a menores o violencia conyugal, entre otras son situaciones de alto riesgo, identificándose tres estrategias fundamentales de prevención, las cuales son: a) educación a los padres, b) desarrollo de apoyo informal entre los miembros de la familia y amigos y c) la vinculación de los padres con servicios sociales.

En síntesis la prevención tanto terciaria como secundaria apuntan a la atención de familias que presentan conflictos, con situaciones de crisis e intento de solución de las deficiencias.

3. Prevención Primaria: su objetivo no es la solución de situaciones de crisis o la reducción de los riesgos de un individuo en su familia. Sino su objetivo es mucho más general, y se basa en la reducción de la incidencia global, de los malos tratos, reduciendo el nivel de riesgo en el conjunto de la población lo que lleva asociado un bienestar infantil y familiar.

Pueden distinguirse dos estrategias: a) Programas de mejora de la competencia parental, dirigida a amplios sectores sociales y en distintos contextos, y b) programas cuyo objetivo es incrementar la comprensión y sensibilidad publica hacia el tema de los malos tratos.

Perrone y Nannini, (1997), mencionan que es muy necesario establecer un protocolo de intervención, que deben seguir terapeutas y asistentes sociales que se enfrenten con situaciones de violencia intrafamiliar.

En primera instancia hay que llevar a cabo un diagnóstico del tipo de violencia, donde el relato de la víctima, de los hechos, de su posición existencial entre otros, son elementos claves para poder diagnosticar.

Como refieren Perrone y Nannini, la violencia puede adoptar dos formas interactivas esenciales:

La violencia agresión, que se manifiesta entre dos personas que participan en una relación simétrica.

La violencia castigo, que surge entre dos personas que participan en una relación complementaria.

En esta segunda forma, la violencia configura una sanción infringida por uno de los actores, que desde el punto de vista fenomenológico adopta la posición superior con respecto al otro, definido como inferior.

Un terapeuta debe tener en claro la relación con la ley, ya que ninguna intervención terapéutica puede llevarse a cabo por fuera ésta. Se trabaja en su mayoría con familias que han construido sus propias leyes y excluyen la ley general; donde el operador debe introducir esta dimensión negada.

El terapeuta debe introducir la función del “relais” como un mediador estable de la relación, lo que denota el compromiso de la familia en el proceso terapéutico y abre la posibilidad de introducir recursos inmediatos para controlar la violencia.

Por “relais” se entiende:

1. Un lugar o una persona intermediaria entre otras dos.
2. Un aparato destinado a producir determinadas modificaciones en un circuito cuando en ese mismo circuito se dan ciertas condiciones.
3. Un dispositivo que retransmite la señal que recibe, amplificándola.

4. Un dispositivo que controla la intensidad de la corriente en el circuito. (Perrone y Nannini, 1997, pp. 57)

Los autores mencionados, refieren el término “Hechizo”; como una forma extrema de la relación no igualitaria, la influencia que una persona ejerce sobre la otra, sin que ésta lo sepa; este aspecto es esencial y específico.

En otros casos, la persona sometida vive una experiencia de injusticia, a la que se somete porque no encuentra la salida a la situación. Quien controla la relación es el otro, una suerte de invasión de territorio, una negación de la existencia, del deseo; “extranjeridad” de la víctima.

Los autores; por estos motivos, mencionan que las “Intervenciones Terapéuticas” deben organizarse en tres áreas según las secuelas de distintos tipos de violencia:

- 1) Efracción: tiene que ver con una vulneración o penetración de un espacio que el sujeto deseaba mantener privado, es decir un abuso de confianza, por parte del adulto hacia el menor. La intervención psicológica sobre las secuelas de este tipo de violencia apunta a restaurar el espacio personal del sujeto. En este caso, la colaboración de la familia es de suma importancia. También se trata de restaurar la confianza y sentimiento de pertenencia al grupo de pares.

2) Captación: se apunta a apropiarse del otro, en el sentido de captar su confianza, atraerlo, retener su atención y privarlo de su libertad. La captación se lleva a cabo a través de tres vías: la mirada, el tacto, y la palabra. Dado que los niños se encuentran en la fase de aprendizaje y de adquisición de las capacidades críticas, son más fácilmente objeto de las estrategias de captación.

El trabajo sobre la captación apunta a que el paciente pueda salirse de la situación de hechizo, poniendo de manifiesto aquellas estrategias que el abusador utilizó para manipularlo. El objetivo es que sepa distinguir y pueda liberarse de la trampa y recuperar su libertad.

3) La Programación: en todo aprendizaje existen dos niveles: contenido y contexto. El aprendizaje, es decir el hecho de adquirir un conocimiento o una costumbre, implica apropiarse del objeto enseñado en un contexto interactivo. Cuantas menos contradicciones e incongruencias haya entre el contexto y el contenido, más fácil resultará el aprendizaje. La intervención psicológica sobre la programación tiende a anular aquellos aprendizajes vinculados al hechizo, y abrir el acceso a metaaprendizajes, examinando todas aquellas instrucciones que condicionaban de alguna manera el comportamiento de la víctima. El terapeuta se interesa en el razonamiento del sujeto tratando de disminuir los sentimientos de culpa, vergüenza y fatalidad.

Rosa- Alcázar; Sánchez- Meca y López- Soler (2010) exponen que las consecuencias del maltrato y de la negligencia son variadas, y que a pesar de la dificultad que conlleva existe una base de estudios que pretende determinar qué tratamientos psicológicos son más eficaces para paliar los efectos negativos del maltrato en aquellos menores que lo sufren. Hasta hace un tiempo atrás las intervenciones estaban dirigidas especialmente a los padres, considerando que son los responsables de los malos tratos y que trabajando con ellos la calidad de vida del menor mejoraría notablemente. Tiempo después comenzaron a establecerse las intervenciones centradas en la víctima dirigidas entre otras cosas, a mejorar la relación y estilo de apego entre el menor y el adulto (Fantuzzo et al., 1996)

Las aproximaciones terapéuticas utilizadas para tratar este problema en el grupo familiar, o bien en los padres pero con cierta implicación con los hijos, provienen sobre todo del modelo conductual (Chaffin et al., 2004) combinado en ocasiones con el modelo sistémico (Meezan y O'Keefe, 1998). Las técnicas más utilizadas tanto con padres como con niños son las de autocontrol, manejo de contingencias, resolución de problemas y habilidades sociales.

Los autores llevan a cabo una comparación entre tratamientos conductuales, no conductuales y combinados; teniendo en cuenta el tipo de tratamiento, el foco

del mismo, su homogeneidad, si es grupal o individual, la duración de los mismos entre otros.

A su vez Rojas Rodríguez (2007) llevó a cabo una investigación que pretende mostrar como una intervención grupal breve con enfoque psicoanalítico disminuye el sufrimiento psíquico de niños.

Los autores llegaron a la conclusión que no existen diferencias tangibles en la eficacia, no obstante en lo que respecta a la disminución de los problemas de conducta del niño, obtienen mejores resultados los tratamientos conductuales, así como también la psicoterapia de grupo, ya que la misma, es la que de forma más eficiente y efectiva promueve las capacidades sociales de interacción y de intimidad en los niños, ya que se puede dar atención a más niños en menos tiempo, le da el espacio para que puedan compartir con pares sus preocupaciones, disminuyendo así el sentimiento de aislamiento y estigmatización (Shcechtman, 2002; Cantón 2002, citados en Rojas, 2007).

Además, gracias a la intervención grupal, se logró fomentar el surgimiento de procesos curativos en los niños, el desarrollo de mecanismos de defensa menos extremos, teniendo así más capacidades para manejar la angustia y la posibilidad de establecer buenas relaciones con los pares y terapeutas, donde los mismos sentían el grupo como un espacio seguro y confiable, en el cual se

podían expresar sin miedo a ser castigados, aumentando así la capacidad de decir con palabras sus sentimientos.

Santana, (2007) llevó a cabo una investigación, referida especialmente a aquellos profesionales que trabajan diariamente con situaciones de violencia, específicamente vinculado al Maltrato Infantil. La autora abordó la temática de: “Estrategias de autocuidado en Equipos de Profesionales que trabajan en Maltrato Infantil”. Santana señala que trabajar profesionalmente en Maltrato Infantil, implica asumir múltiples impactos, asociados con dicha temática y organización de las tareas, lo cual ha llevado a desarrollar distintas estrategias de Autocuidado, a nivel individual laboral y extra-laboral, en equipo, y recreativas como para poder enfrentar la situación.

Asumiendo que el Maltrato Infantil es una expresión de violencia tanto intra – familiar, como de muchos otros ámbitos sociales, es importante señalar que la intervención en situaciones de maltrato infantil, así como también en otros contextos donde se manifiesta claramente la violencia, trae consigo misma una alta carga emocional.

Pues trabajar en violencia implica en quienes interactúen con los implicados, ya sea la víctima o victimario, un desgaste profesional, aun cuando la intervención sea en equipo y este resulte de soporte para los profesionales a nivel individual,

dadas las temáticas abordadas y la dinámica que se genera. El Trabajo en este área, puede describirse como una profesión de alto riesgo, lo cual implica la exposición en mayor grado a un desgaste y agotamiento profesional, por lo que es muy importante tomar las precauciones necesarias, lo que se puede denominar factores protectores para el trabajo con violencia, ya que no es común que se lleve a cabo lo antes mencionado, en dicho ámbito (Morales y Lira, 1996 citado en Santana, 2007; Aron y Llanos, 2004).

De hecho, quienes trabajan con víctimas de cualquier tipo de violencia están expuestos a un nivel de desgaste profesional, los cuales podrían padecer el Síndrome de Burn – out y ser la causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión, o del abandono del campo de trabajo. Estas tendencias impactan en los grupos de trabajo, erosionándolos con graves consecuencias, para su supervivencia como equipo, para sus integrantes y para quienes consultan (Arón, 2001 citado en Santana 2007).

Maslach (1982 citado en Santana 2007) señala que:

“Éste es entendido como un cansancio físico y emocional, que involucra el desarrollo de una desvalorización del autoconcepto y el surgimiento de actitudes negativas hacia el trabajo, así como también pérdida de preocupación o emoción en el trato con las personas a quienes beneficia a través del trabajo. Esta condición se presenta, fundamentalmente en

personas que trabajan en áreas de ayuda y que viven en contacto directo y continuo con personas necesitadas de apoyo” (pp.79)

Siguiendo la temática del Autocuidado en los profesionales, Aron y Llanos (2004), han desarrollado el concepto de riesgo, como el primer paso para el autocuidado: reconocerse como profesionales y como equipos en riesgo y dedicar recursos al desarrollo de estrategias que permitan amortiguar el efecto nocivo y contaminante que tiene el trabajo en estos temas.

Se podría sintetizar dichas estrategias desde:

Individual: el autocuidado individual implica poder hacerse responsable de uno mismo, y tener en cuenta el cuidado personal, visualizando los malestares propios. La sociedad, lleva a que el profesional mire para otro lado, siga adelante a pesar de todo, acumule tensiones y malestar que en un tiempo futuro, desembocan en posibles enfermedades. Recuperar la capacidad de registrar los malestares, tanto los físicos como los psicológicos es uno de los requisitos fundamentales del autocuidado.

Otro de los aspectos del autocuidado radica en el hecho de poder vaciar de uno mismo todos aquellos contenidos tóxicos, que se reciben diariamente. Dichos contenidos hace referencia al hecho de trabajar de forma permanente con violencia, donde el profesional no solo lo recibe, si no en ocasiones puede retenerlo consigo. Se trata simplemente de compartir la pesada carga

emocional del impacto que provocan contenidos muy fuertes en el operador que los escucha, con colegas o personas que estén capacitadas en dicha temática, no así por ejemplo, la pareja, hijos o amigos que no estén preparados para escuchar dichos temas. En ese sentido, el vaciamiento tiene un efecto de descompresión, que es necesaria para poder seguir trabajando

Otra estrategia consiste en tener espacios para uno mismo, fuera de ese ámbito de violencia, nutrirse, en actividades absolutamente alejadas de las temáticas de trabajo, y tratar de no traerlas fuera de contexto laboral, evitando auto inculparse ni tampoco culpabilizar a los demás.

También es importante el hecho de poder continuar capacitándose como profesional, con distintos modelos teóricos aporten destrezas instrumentales para llevar a cabo dicha tarea.

Cuidado de los equipos: El cuidado de los equipos es responsabilidad de los niveles directivos y de las instituciones, se refiere a crear y asegurar condiciones de trabajo que transmitan un mensaje de preocupación y cuidado de la institución por sus equipos de trabajo y los operadores sociales.

Asegurar a los profesionales las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en el trabajo. Especialmente cuando el trabajo se desempeña en comunidades de alto riesgo social y con usuarios que pueden ser peligrosos.

Por otro lado facilitar espacios de vaciamiento y descompresión cotidianos en relación a los casos y las problemáticas recibidas, así como también la posibilidad de compartir la responsabilidad de las decisiones y/o acciones riesgosas que debe tomar cada miembro del equipo, y que puedan llegar a ser riesgosas para ellos.

Otro aspecto muy importante es que entre los miembros exista confianza, liderazgos democráticos, espacios de supervisión, que resulten protectores y fortalecedores de los propios recursos, entre otros.

Por ultimo están las estrategias a nivel de la Red Profesional:

Entre las principales estrategias debería estar la activación y fortalecimiento de las redes de apoyo profesional. Las redes profesionales han sido descritas como una de las fuentes de apoyo más importante para los equipos que trabajan con violencia. Especialmente porque la intensidad emocional del tema hace muy difícil abordarlo en forma aislada: saber que hay otros sectores profesionales que están ocupados de los mismos temas es un alivio para los equipos. Las acciones de activación de redes y de formación de redes profesionales son un recurso importante de cuidado de los equipos (Barudy, 1999; Dabas, 1994, citados en Aron y Llanos, 2004).

Otra de las estrategias consiste en el establecimiento de vínculos con otros operadores de la red permiten una derivación vincular y vinculante, es decir,

referir a la persona que no puede ser atendida o que requiere de otro tipo de ayuda, a otro profesional con el cual se tiene un vínculo personal, de tal modo que el consultante no tenga la sensación de estar siendo rechazado, generando a su vez instancias de descompresión y retroalimentación, organizando equipos recíprocos, de intervención en crisis para los profesionales de la red.

Velázquez (2012), hace un aporte muy importante a los profesionales que son testigos y trabajan diariamente con situaciones de violencia, haciendo referencia que pese a los avances realizados en la detección de las diferentes formas de violencia, y en la atención de víctimas, no se ha tenido en cuenta las verdaderas dimensiones de la relación existente entre el trabajo que se realiza y la salud de quienes llevan adelante esta tarea, ya que enfrentarse en el trabajo cotidiano con acontecimientos violentos, con los daños físicos que ocasionan, con los sentimientos penosos que manifiesta una víctima produce efectos en la subjetividad de quien presta asistencia. En otras palabras son testigos de hechos con alto impacto emocional.

Ser testigo de escenas violentas, no significa el hecho de haber estado presente mientras las mismas ocurrieron, sino que cuando una víctima decide salir del silencio, pedir ayuda, protegerse y denunciar, son cuatro momentos que abren paso al sostén de un profesional que asiste. Allí se entrecruzan además de

palabras, miradas, gestos, posturas, donde el profesional de a poco va convirtiéndose en testigo.

Es importante preguntarse sobre el impacto de lo expresado en las narraciones de violencia sobre el psiquismo de la persona que escucha, ya que el hecho de escuchar dichas situaciones de manera reiterada, sobre todo, aquellos de alto impacto emocional, posiblemente promueva el surgimiento de angustia, en el profesional.

Según la autora, para poder escuchar y trabajar es muy importante establecer una distancia emocional óptima con el paciente.

Distingue tres tipos de respuesta de un profesional frente a los relatos de violencia:

- 1) La primera puede resumirse en actitudes de negación, evitación, rechazo o indiferencia como mecanismos defensivos, con los cuales la persona que es asistida puede sentirse desprotegida o desamparada.
- 2) Otra respuesta se basa en un mecanismo de sobre identificación, es decir un exceso de identificación con el desvalimiento y vulnerabilidad de la víctima; lo que puede llevar al profesional a pensar y sentir como la víctima, lo cual no resultaría óptimo.
- 3) Por último, puede ocurrir también que el profesional mantenga una ilusión omnipotente, con el solo pensar que a través del tratamiento la

víctima podrá salir adelante. Esto no resulta adecuado ya que se minimizan otros recursos, como pueden ser personales y sociales.

En conclusión mientras mayor resulta el involucramiento personal, más difícil resulta el tratamiento, el hecho de pensar y actuar con una víctima, dado que resulta necesario, que cada profesional se respalde en su encuadre interno, no solo en sus conocimientos y su experiencia, sino también mantenga una distancia adecuada que le permita comprender al paciente, y conservando una distancia afectiva para no quedar en la misma posición de víctima.

Resulta importante aclarar que las condiciones de trabajo deben garantizarle a los profesionales una buena calidad de vida en lo laboral, es decir un adecuado equilibrio entre el ambiente laboral y la salud física y mental de quienes trabajan.

Cuando esto no sucede, las situaciones laborales complicadas superan la capacidad de tolerancia del individuo, para responder de manera adecuada, y poder controlar sus efectos.

En este tipo de trabajo existen distintos indicadores de riesgo, que deberán ser evaluados con la finalidad de neutralizar o evitar las consecuencias a veces nocivas de la tarea que se realiza.

Existen por un lado los indicadores predisponentes, los cuales permiten identificar y anticipar la aparición de situaciones de riesgo laboral, que pueden

afectar tanto a los profesionales como al desarrollo de su tarea. Dentro de dichos indicadores se puede considerar; a nivel individual; la personalidad del profesional, la falta de formación e información acerca del modo de realizar la tarea, lo cual también aumenta el riesgo de ser afectado.

A nivel institucional, los factores predisponentes se destacan las condiciones y medio en el que se trabaja, las emergencias, la falta de seguridad y carencia de recursos institucionales para poder resolver distintas situaciones que se presentan.

Existe otro grupo de indicadores que son muy importantes y son aquellos que pueden provocar o desencadenar situaciones que propician el desgaste profesional. Se denominan indicadores desencadenantes, y dentro de ellos existen las numerosas demandas de atención, climas de urgencia, críticas a la atención que se presta, amenazas por parte del agresor al equipo profesional. Entre otros aspectos, podemos encontrar un clima conflictivo dentro del equipo de trabajo, la alta exigencia en relación a la tarea, la escasa remuneración que se recibe, y poco reconocimiento al trabajo que se realiza diariamente. Estos factores, desmotivan y dificultan la tarea del profesional, y muchas veces hace que el mismo se sienta desmotivado, sin esperanza de cambio y agobiado.

Finalmente Velázquez (2012), propone algunas recomendaciones de alcance preventivo para cuidar a cuidadoras y cuidadores.

Tomar conciencia de los riesgos involucrados en dicha práctica, y promover el autocuidado, detectar tensiones que puedan generarse en el trabajo, como malestar físico, emocional o ciertas dificultades al estar en contacto con la víctima, respetar los tiempos necesarios y propios de dicho trabajo, aceptar los límites personales que se tengan, según la experiencia, capacitación o entrenamiento, realizar entrevistas con más profesionales de distintas disciplinas. Esto puede funcionar como un espacio que brinde seguridad psicológica para compartir efectos que puedan surgir de determinadas entrevistas, pedir ayuda en caso de que aparezcan conflictos personales o laborales y procurar tener momentos placenteros fuera del ámbito laboral.

El Psicólogo que trabaja en este ámbito nota la falta de motivación e interés para someterse y colaborar con el diagnóstico y tratamiento, ya que la familia que es obligada a someterse a terapia, a diferencia del ámbito clínico, el cual está caracterizado por la espontaneidad de la demanda, por la conciencia de la situación desagradable, y por la voluntad de cura.

Las intervenciones que un trabajador social puede hacer en el campo de Maltrato Infantil, deben ser muy cuidadosas, ya que se trabaja en un contexto sumamente difícil y riesgoso.

En ausencia de una petición espontánea de ayuda, los profesionales tienen que tratar de recrear las condiciones para permitir la instauración de una relación de confianza, y de colaboración. El silencio, la reticencia, la cómplice negación, la no responsabilidad frente a los hechos, por parte de familia, ante cualquier situación de maltrato, representa una grave dificultad para el profesional, ya que el mismo intenta lograr que se tome conciencia de lo que está sucediendo, y se comprenda la gravedad del asunto.

A su vez el mismo trabaja sobre un problema que la familia no considera como propio. De aquí el intento de estimular la confianza y espontaneidad, para obtener alianza y disponibilidad de la familia frente a sus propios conflictos, tratando al mismo tiempo de evitar asumir un rol inquisidor y policial para que los actos violentos y de maltratos sean asumidos por la familia, esto llevaría a acentuar justamente los modelos disfuncionales que mantienen a la crisis como originaria de la violencia.

Los profesionales suelen manifestar comportamientos equivocados; a veces, adoptan en su relación con estas familias la «norma del optimismo» con la esperanza no realista de que las circunstancias familiares mejoren desaparezcán los malos tratos, ya que se sienten inseguros. Dichos profesionales son mencionados por Dale y colegas (1983), como Profesionales Peligrosos, adoptan un papel de salvadores, culpando a los padres, con el riesgo de perderlos para el tratamiento y abandonando la neutralidad terapéutica. La clave es no

interesarse demasiado por el niño para no intensificar la rivalidad y hostilidad de los padres, aceptando que el rechazo y enojo por parte de los mismos, es constante. Carpenter y Treacher (1994, citados en Escartín Caparros, 1997).

Se debe a su vez trabajar con dichos padres, para que puedan canalizar su agresividad, y fomentar un clima de afectividad y confianza para con sus hijos, ayudándoles a experimentar el dolor por la situación de malos tratos de la cual sus hijos han sido víctimas.

Los autores llegan a la conclusión de que no es justamente la imposición la que cura los problemas relacionados con violencia, pero si el hecho de que la familia, pueda ponerse en contacto con expertos, que comprendan las vicisitudes por las cuales atraviesan. Y es solamente con el conocimiento de las específicas modalidades con las cuales la familia afronta este tipo de problemas, y no a través de una actitud inquisidora o juzgadora. (Escartín Caparrós 1997; Cirillo y Di Blasio, 1991)

Es importante destacar aquí la investigación que se llevó a cabo en el C.I.U.D.A (Consejo de Investigaciones de la Universidad del Aconcagua) llamado "PS06 - Criterios de alta clínica en la atención de casos de maltrato infantil en el ámbito público: un enfoque exploratorio", la cual se realizó con los Profesionales Psicólogos del Programa. (PPMI) en el año 2012.

Algunas de las conclusiones preliminares alcanzadas en este trabajo se relacionaron con la dificultad que experimentan los profesionales que trabajan en este ámbito para otorgar altas debido a diferentes razones. Algunas de ellas son los temores a que la red familiar, social o institucional no sea la adecuada, aspecto recurrente en sus experiencias, y que pone en riesgo no sólo al niño sino también pone en jaque la eficacia de la labor profesional. Otro aspecto son las dificultades ligadas a la falta de criterios comunes por falta de protocolos de abordaje estructurado que guíen al profesional en sus intervenciones. Todo esto señala que el abordaje del maltrato infantil supone la exposición a un importante nivel de estrés laboral y profesional que debe observarse y cuidarse desde lo legal e institucional.

CAPITULO III: ESTILO PERSONAL DEL
TERAPEUTA Y EPT-C.

¿Qué es el Estilo Personal del Terapeuta?

En los últimos 50 años, la investigación empírica ha puesto sistemáticamente en evidencia la importancia central de las características del terapeuta en la determinación de los procesos y resultados de la psicoterapia Garfield, (1997 citado en García y Fernández-Álvarez 2007).

Es así que, en la tradición de la investigación en psicoterapia, se ha avanzado progresivamente hacia la determinación de cuáles son los terapeutas más adecuados para qué pacientes y en qué condiciones específicas (Corbella-Santomá, 2002; Rial, Castañeiras, García, Gómez & Fernández-Álvarez, 2006). Ya que se ha encontrado que de acuerdo a un determinado estilo de terapeuta, se utilizará intervenciones específicas y esto beneficiaría más a un tipo de

pacientes particulares, influyendo en el resultado de la psicoterapia (Malik, 2002; Castañeiras, Ledesma, Gracia, y Fernández Alvarez, H. 2008)

En la revisión realizada por Beutler, Machado y AllstetterNeufeldt (1994 citado en García y Fernández-Álvarez 2007) se hace referencia que las variables que más han sido investigadas, serían: aspectos demográficos, patrones de personalidad, bienestar emocional del terapeuta, factores cognitivo-afectivos, valores, actitudes y creencias, atributos de influencia social, factores socio-profesionales y estilo terapéutico, pero no existirían estudios empíricos que se centraran específicamente en el estilo personal del terapeuta y su participación en los procesos de cambio y recuperación de los pacientes específicos.

Para estos autores, el estilo del terapeuta constituye un estado objetivo específico de la terapia y, pese a que no se cuenta todavía con datos empíricos suficientes sobre el modo en que opera, se trata de un factor que presenta marcada estabilidad temporal, y que interviene en el modo específico de aplicar cualquier procedimiento o técnica psicoterapéutica.

La investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) y su participación en el proceso y los resultados de la psicoterapia, constituye el principal programa de investigación de la Fundación Aiglé en Buenos Aires, Argentina. Fernández-Álvarez y García, (1998 citados en Castañeiras, Ledesma, García y Fernández-Álvarez 2008).

Dichos autores caracterizan el EPT como:

El EPT se conceptualiza como un constructo multidimensional que está presente en todo proceso terapéutico, y describe un conjunto de funciones integradas que en la práctica expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en juego en su ejercicio profesional. Fernández-Álvarez & García, 1998; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco & Corbella-Santomá, 2003 (citados en Castañeiras, Ledesma, García y Fernández-Álvarez 2008).

El EPT condiciona por lo tanto, los alcances del modelo teórico empleado por el psicoterapeuta y las técnicas específicas que aplica en cada tratamiento.

Según Barón & Kenny, (1986, citados en Castañeiras et al., 2008), el EPT puede considerarse como una variable moderadora de los procesos, ya que puede incidir sobre los resultados de las acciones terapéuticas, en distintos grados, siempre dependiendo de las características de los pacientes, la patología específica que tengan los mismos, y el contexto de aplicación.

Las características del estilo comunicativo del terapeuta van estructurando su perfil personal de operar en la terapia, incluyendo su manera de relacionarse con el paciente. El conjunto de esas características constituye el estilo personal del psicoterapeuta (Fernández Álvarez, 1998; Fernández-Álvarez, García y

Scherb, 1998; Fernández-Álvarez y García, 1998; Corbella y Botella, 2004; citados en Corbella-Santomá, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella & García, 2009).

El EPT no es rígido sino que va modificándose con el tiempo por distintas razones: el entrenamiento recibido, modificaciones en las condiciones de trabajo, y por factores relacionados a la vida personal del terapeuta, como cambios de tipo evolutivo o circunstancias vitales del terapeuta (Fernández-Álvarez et al., 2003; García & Fernández-Álvarez, 2007). Otra variable que ha recibido mucho estudio anteriormente es la orientación teórico-técnica de los terapeutas (Castañeiras, García, Lo Bianco & Fernández-Álvarez, 2006; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco & Corbella-Santomá, 2000).

De esta manera, debería esperarse que el conjunto de rasgos personales se manifiesten en las distintas funciones terapéuticas, y las mismas tengan un impacto sobre el proceso terapéutico en sí, influyendo así sobre el resultado del tratamiento.

El EPT en su globalidad no sería un predictor de la calidad de la alianza terapéutica sino que lo sería la interacción o compatibilidad entre el EPT y las características del paciente, como la resistencia por ejemplo (Corbella-Santomá et al. 2009).

El estilo del terapeuta es dinámico, multidimensional y refleja las predilecciones comportamentales que el terapeuta usa para comunicarse con otra persona (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994 citado en Corbella-Santomá et al., 2009). Las intervenciones del terapeuta son las diferentes técnicas y procedimientos proporcionados por las distintas orientaciones psicoterapéuticas. De este modo el estilo del terapeuta se diferenciaría de las intervenciones por el aspecto más global y vinculado a los principios comunicativos del terapeuta, sin limitarse a las técnicas concretas empleadas.

Se considera que tres variables contribuyen principalmente a la formación del estilo personal del terapeuta Fernández-Álvarez, (1998 citado en Corbella-Santomá et al., 2009):

- a) La posición socio-profesional.
- b) La situación vital, la personalidad, la actitud y los posicionamientos.
- c) Los modos dominantes de comunicación que utiliza.

Las dos primeras variables aluden a condiciones personales que influyen sobre la actividad terapéutica en su conjunto. Una se refiere a la incidencia que tiene el lugar ocupado por el terapeuta en el contexto socio-profesional donde se desempeña. Otra remite a la síntesis de las circunstancias vitales y de relación con el marco teórico que condicionan el modo de cumplir con su tarea. La tercera variable reúne las modalidades básicas de comunicación que el

terapeuta emplea respondiendo a los diferentes aspectos que conforman el acto terapéutico.

A su vez es una variable dimensional que presenta consistencia transituacional y estabilidad temporal (Castañeiras, Rial, García, Farfallini y Fernández-Álvarez, 2006; García & Fernández-Álvarez, 2007).

El conocimiento del propio estilo personal puede permitir a los terapeutas trabajar sobre ello y/o hacer los ajustes necesarios para optimizar su calidad profesional como instrumento terapéutico formándose en las áreas necesarias, y en definitiva, ofrecer servicios de salud más pertinentes y efectivos (Castañeiras et al., 2008; Grazioso, 2009; Vides-Porras, A.; Grazioso, M. y García de la Cadena, C., 2012). No se trata de detectar cuál es el mejor estilo, sino ayudar a cada terapeuta a conocer su propio estilo en función de sus variables personales (Corbella-Santomá & Botella, 2004). La experiencia clínica muestra que no existen combinaciones ideales de estilo personal, sin embargo, esto no quiere decir que todos los posibles perfiles sean igualmente positivos. Algunos estilos se consideran más adecuados que otros para lidiar con situaciones clínicas específicas (Castañeiras et al., 2008).

Cuestionario "EPT-C".

El equipo de trabajo de la Fundación Aiglé, ha desarrollado un cuestionario para medir el estilo personal del terapeuta, cuyo nombre es "EPT-C". Dicho test ha mostrado una adecuada confiabilidad y validez a través de exhaustivos análisis psicométricos (Fernández-Álvarez y García, 1998; Fernández-Álvarez et al 2003; García y Fernández-Álvarez, 2007; Gómez, García, Castañeiras, Rial & Fernández-Álvarez, 2007), siendo una medida estable y consistente para evaluar las funciones del estilo personal asociadas con la actividad psicoterapéutica (Castañeiras et al, 2008).

A nivel general el EPT puede ser evaluado a través de dos dimensiones hipotéticas básicas: una relacionada con lo predominantemente técnico y otra asociada con la relación terapéutica. La primera dimensión hace referencia a los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de información y a las operaciones terapéuticas. La segunda, está asociada con los aspectos motivacionales, la relación terapéutica o los factores comunes en psicoterapia, como la regulación emocional y el ajuste en el grado de involucración en la relación con el paciente y con la terapia (Castañeiras, Ledesma, García y Fernández-Álvarez, 2008).

A nivel particular, el test evalúa cinco dimensiones dentro del EPT:

- Función Instruccional: Se refiere las conductas que lleva a cabo el terapeuta para establecer y regular el dispositivo de la terapia. Incluye el establecimiento del sistema de normas y reglas, así como la prescripción

de las tareas que deben cumplirse en el curso de las sesiones. Se la define además como el conjunto de acciones que lleva a cabo el terapeuta con el fin de determinar los alcances y límites de la relación terapéutica (Vides-Porras et al., 2012). Como ejemplos pueden citarse: determinación de los horarios, honorarios, ámbito de trabajo y formas de negociar cambios en el dispositivo. Las puntuaciones oscilan en dos rangos: flexibilidad-rigidez. Esta función tiene un papel moderador sobre las demás funciones, de modo que un terapeuta más flexible tendrá más facilidad para adaptar su estilo a las necesidades de cada paciente. Esta dimensión correlaciona positivamente con la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia (Corbella-Santomá, 2003; Corbella-Santomá et al., 2009).

- Función Expresiva: Se refiere a las acciones que emprende el terapeuta para sostener la comunicación emocional con el paciente como aspecto nuclear de la empatía. Se manifiesta en el terapeuta por medio de situaciones como la intensidad del intercambio afectivo que facilita, o el nivel de tolerancia a la exposición frente a sus propios estados o ante las reacciones emocionales del paciente. Es la función sobre la que más se ha insistido en los estudios sobre la incidencia del factor personal del terapeuta (Vides-Porras et al., 2012). Existe un consenso acerca de que la empatía, calidez y autenticidad son variables evaluadas como positivas

en el resultado de la psicoterapia (Baringoltz, 2009). Las puntuaciones en esta dimensión oscilan entre distancia-proximidad emocional.

- Función de Involucración: Alude las conductas explícitas e implícitas vinculadas con el compromiso que está dispuesto a asumir el terapeuta en su actividad y con sus pacientes. Incluye también el lugar que ocupa su trabajo como terapeuta en el contexto de su experiencia vital. También mide la disposición que tiene el terapeuta para ayudar a una persona que padece (Vides-Porras et al., 2012). Las respuestas van desde menor grado de involucración-mayor grado de involucración.
- Función Atencional: Se trata de la búsqueda de información necesaria para operar terapéuticamente. En qué medida cada terapeuta moviliza los mecanismos atencionales y su capacidad receptiva frente a lo que manifiesta el paciente, y a hacerlo de una manera más o menos activa. Escuchar y preguntar son las acciones dominantes, relacionadas con estrategias de razonamiento, actitudes y motivación del terapeuta. Fernández Álvarez, García, Lo Bianco y Corbella (2003, citados en Vega, 2006). Los puntajes se clasifican en las dimensiones de apertura-focalización de la atención.
- Función Operacional: Incluye las acciones directamente vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las técnicas utilizadas. Se expresa a través del grado de influencia o de directividad con que el

terapeuta opera o por la preferencia que muestra para utilizar procedimientos pautados o espontáneos. Los puntajes se clasifican dentro de las categorías: espontaneidad-sujeto a pruebas.

Los autores aclaran que estas 5 funciones son las más significativas que emprende un profesional en todo acto psicoterapéutico, pero no explica la totalidad de acciones que ocurren en un proceso tan complejo, sino que busca ofrecer una visión lo más amplia posible del modo en que un terapeuta le imprime su sello personal a la manera de cumplir con su tarea y propone un criterio útil para delimitar los principales ejes sobre los que se desarrolla el acto psicoterapéutico (Castañeiras et al., 2008; Corbella-Santomá et al., 2008; García & Fernández-Álvarez, 2007).

Actualmente, se está trabajando sobre el desarrollo de dos funciones más del EPT, pero que aún no se incluyen en el cuestionario EPT-C (Corbella et al., 2008; Vides-Porras et al., 2012). Las mismas son:

- Función Evaluativa: Conjunto de operaciones realizadas por el terapeuta para estimar la marcha de cada uno de los movimientos que realizan tanto él como su paciente. Los terapeutas fluctúan entre Estimuladores y Críticos.
- Función Fomentativa: selección sistemática de tratamientos relacionada con la dirección que el terapeuta impone a sus intervenciones. Los

terapeutas pueden optar por intervenciones dirigidas a la acción o al insight.

El cuestionario "EPT-C" fue aplicado en diferentes ámbitos y condiciones. Se han realizado estudios sobre las relaciones entre el EPT y el perfil del paciente (Corbella-Santomá, 2002; Malik et al., 2002) en profesionales que trabajan con poblaciones clínicas tales como terapia intensiva neonatal (Vega, 2006) o pacientes severos (Rial et al., 2006); y pacientes drogodependientes (Casari et al., 2012); relaciones entre el EPT y otras variables de interés como la orientación teórica-técnica y experiencia profesional, como también la procedencia cultural y lingüística de los terapeutas (Castañeiras, 2003; García & Fernández-Álvarez, 2007; Castañeiras et al., 2008).

Investigaciones de EPT en poblaciones específicas.

Actualmente existen tres investigaciones, que han indagado el Estilo Personal del Terapeuta, con poblaciones específicas de pacientes.

Vega, (2006), investigó el estilo personal del terapeuta neonatal. Su objetivo consistió en describir el perfil del psicólogo que se desempeña satisfactoriamente como terapeuta en unidades de cuidados intensivos neonatales.

La muestra con la que se trabajó, estuvo conformada por psicólogos que trabajan en Neonatología, con un total de 30 Profesionales, provenientes de Instituciones privadas y públicas, que tuvieran al menos un año de experiencia en dicho campo, y que fueran seleccionados a través de una evaluación de desempeño llevada a cabo por jueces calificados. Dicha muestra se comparó con otra muestra control constituida por terapeutas, que se desempeñaban en distintas situaciones clínicas, que fueran similares al otro grupo (Neo) en edad y experiencia.

La conclusión a la que llegó dicha autora es que los terapeutas que trabajan en este campo (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales) presentan una mayor flexibilidad en la función Instruccional, la cual se refiere a conductas de instalación y ajuste al dispositivo terapéutico; horarios, honorarios, forma de negociación de los cambios entre otras cosas. (Fernández- Álvarez et al. 2003; citado en Vega, 2006).

Esto se debe a las condiciones de la tarea ya que el contexto institucional condiciona el dispositivo terapéutico (atención fuera del consultorio y en situaciones atípicas). También encontró diferencias al considerar la orientación teórica comparando con los terapeutas del grupo control (terapeutas de distintas orientaciones teóricas, que se desempeñan en situaciones clínicas distintas), en las funciones expresiva, atencional y operativa, ya que los psicoanalistas son más distantes, de atención más abierta y menos pautados

operativamente que los integrativos. En cambio los terapeutas de ambas orientaciones que trabajan en Neo, son similares en todas las dimensiones, menos en la función Instruccional.

Por su parte Rial et al., (2006), realizaron un estudio comparativo entre terapeutas de distintas orientaciones teóricas que asisten a pacientes severamente perturbados, con el objetivo de evaluar las características del estilo personal consideradas óptimas.

La muestra fue intencional, y se obtuvo en centros psiquiátricos públicos y privados de la ciudad de Buenos Aires y de Mar del Plata. Participaron en el estudio un total de 60 terapeutas, 30 dedicados a la clínica de pacientes severamente perturbados y 30 terapeutas que formaron parte de la muestra control.

Los grupos se homologaron en las variables socio-descriptivas de edad, orientación teórico-técnica y años de experiencia que acreditaban como psicoterapeutas.

Las conclusiones a las que llegaron, es que los terapeutas de pacientes severos se consideraron significativamente más distantes en la comunicación emocional con sus pacientes, con una menor involucración, y más pautados operativamente, que aquellos terapeutas que asisten a pacientes considerados no severos. Probablemente porque debido a la mayor demanda de

involucración que exigen los pacientes severos, los terapeutas tiendan a establecer una mayor distancia emocional y un menor grado de involucración como mecanismo compensatorio en la relación, independientemente de la valoración que hacen de lo que consideran adecuado u óptimo en el tratamiento de este tipo de pacientes. No fueron significativas las diferencias en las funciones instruccional y atencional del EPT para las poblaciones clínicas consideradas.

Por último Casari et al., (2012) investigaron el Estilo Personal del Terapeuta entre dos tipos de profesionales; uno dedicado a la atención de pacientes con problemas de adicción y otros que se dedican a la clínica psicológica general.

La muestra quedó conformada por un total de 30 profesionales, provenientes de instituciones públicas y privadas en las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. Además, se constituyó intencionalmente un segundo grupo de terapeutas que no trabajen en la atención de pacientes drogodependientes, con el propósito de homologar las variables sociodemográficas y poder comparar los resultados; es decir, que la muestra total estuvo conformada por 60 psicólogos clínicos.

A la conclusión que se llegó es que existen diferencias significativas en la función Expresiva, la cual está relacionada con la comunicación emocional como aspecto nuclear de la empatía, siendo menor en el grupo en estudio.

Objetivos.

- Conocer el Estilo Personal del Terapeuta que interviene y realiza tratamiento en casos de Maltrato Infantil.
- Indagar si existen diferencias en el Estilo Personal del Terapeuta entre los Psicólogos que trabajan con personas víctimas y victimarios del Maltrato Infantil y aquellos que se dedican a la Clínica Psicológica general.
- Indagar a través de entrevistas particularidades del abordaje psicológico en Maltrato Infantil en aspectos relacionados al encuadre, distancia profesional, vínculo terapéutico en los profesionales, entre otros.

Preguntas de Investigación

- 1) ¿Cuál es el estilo personal del psicólogo que trabaja en la problemática de maltrato infantil?

2) ¿Existen diferencias significativas entre el Estilo Personal del Terapeuta en profesionales que se dedican a intervenir en situaciones de maltrato y aquellos que se especializan en la clínica general?

MARCO METODOLÓGICO.

El presente trabajo está destinado a investigar el Estilo Personal del Terapeuta que interviene en abordajes interdisciplinarios en la problemática del Maltrato Infantil, realizando una comparación, con el estilo personal de aquellos profesionales que se dedican a la Psicología Clínica abocados principalmente al tratamiento de patologías psicosociales.

Tipo de Estudio y Diseño.

El presente trabajo tendrá un Enfoque Mixto, no obstante hay mayor prevalencia de lo cuantitativo.

La presente Tesina posee un diseño de investigación No Experimental, ya que el mismo se llevó a cabo sin manipular deliberadamente variables. Se trata de un estudio donde no se varía de forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Es decir, el objetivo es observar

fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos (Hernández Sampieri; Fernández Collado y Baptista, 2010).

A su vez este estudio es de tipo Descriptivo Transeccional debido a que se recolectan datos en un momento único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Los diseños Transaccionales Descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población (Hernández Sampieri et al., 2010).

Descripción de la Muestra

El grupo de terapeutas que intervienen en el tratamiento de pacientes víctimas y victimarios de Maltrato Infantil quedó conformado por un total de 32 profesionales (en adelante grupo profesionales maltrato infantil, PMI), provenientes del Programa Provincial de Atención y Prevención al Maltrato de la Niñez Adolescencia y Familia (PPMI), Mendoza.

Los profesionales se incluyeron a la muestra considerando los siguientes criterios:

1. Ser Licenciado en Psicología.
2. Trabajar como psicoterapeuta en el PPMI.

Una vez recolectados los datos de los mismos, se constituyó intencionalmente un segundo grupo de terapeutas que se desempeñan en Clínica Psicológica, los cuales trabajan realizando tratamiento de distintas patologías psico-sociales, (en adelante grupo clínico).

Esto se llevó a cabo con el propósito de homologar las variables sociodemográficas y poder comparar los resultados. Las mismas son: género, edad, universidad de egreso, años de experiencia y enfoque teórico.

La muestra total está conformada por 64 psicólogos. En la tabla 2 pueden observarse las principales variables sociodemográficas y profesionales del total de terapeutas.

Tabla 2: Variables sociodemográficas y profesionales del total de terapeutas (N=64)

Grupo PMI Grupo Clínico		
	(N= 32)	(N= 32)
GENERO	Femenino (100%)	Femenino (100%)
EDAD	37,5 ± 8,436,75 ± 8,33	
UNIVERSIDAD DE EGRESO	Univ.del Aconcagua (87 %)	Univ. del Aconcagua (81 %)

AÑOS DE EXP. PROFESIONAL	7,9 ± 4,859,71 ± 8,2
TIPO DE ABORDAJE	Más de uno (44 %) Individual (72 %)
ENFOQUE TEORICO	Integrativo (46,87%) Integrativo (47 %)

Como puede observarse, existe coincidencia en la mayoría de las variables en ambos grupos, únicamente difieren en el tipo de Abordaje, ya que en el ámbito de trabajo con problemáticas de Maltrato Infantil el dispositivo no es solamente individual, sino también familiar y grupal.

Instrumento.

Se administró a los sujetos seleccionados dos Instrumentos, los cuales son:

1. Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) (Fernández-Álvarez et al., 2003). Es un instrumento auto-administrado. La versión original consta de 36 ítems, presentados como afirmaciones a las que cada terapeuta debe responder según su grado de acuerdo con cada una de ella, en una escala tipo Likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo), hasta 7 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones totales de las escalas del EPT se obtienen por sumatoria simple de los ítems que componen cada una de ellas.

Las funciones estudiadas son: Instruccional, Expresiva, Involucración, Atencional y Operativa. (Descriptas en el Cap. 3).

Confiabilidad del Instrumento EPT-C.

El EPT-C presenta condiciones psicométricas satisfactorias con respecto a su confiabilidad tanto para la consistencia interna como para la estabilidad temporal: alpha de Cronbach superior a 0.70 en todas las funciones y correlaciones significativas al nivel de 0.05 en el re-test. El procedimiento de análisis factorial (componentes principales, rotación Viramax y normalización Kaiser) determinó una composición de cuatro factores que sugirió una validez teórica adecuada para las dimensiones propuestas, que explica en su conjunto el 40% de la varianza (Castañeiras et al., 2006; Fernández-Álvarez et al., 2003; Fernández-Álvarez, García, Castañeiras, & Rial, 2005).

Existen cinco correlaciones significativas entre las dimensiones:

- ✘ Instruccional (rígido) correlaciona negativamente con Expresiva (cercana)
- ✘ Instruccional (rígido) correlaciona negativamente con Involucración (alta carga)

- ✘ Atencional (focalizado) correlaciona positivamente con Operativa (pautado)
- ✘ Expresiva (cercana) correlaciona positivamente con Involucración (alta carga)
- ✘ Involucración (alta carga) correlaciona positivamente con Operativa (pautada)

A nivel general el EPT puede ser evaluado a través de dos dimensiones hipotéticas básicas: una relacionada con lo predominantemente técnico y otra asociada con la relación terapéutica. La primera dimensión hace referencia a los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de información y a las operaciones terapéuticas. La segunda, está asociada con los aspectos motivacionales, la relación terapéutica o los factores comunes en psicoterapia, como la regulación emocional y el ajuste en el grado de involucración en la relación con el paciente y con la terapia (Castañeiras et al., 2008).

Los autores aclaran que las 5 funciones antes mencionadas son las más significativas que emprende un profesional en todo acto psicoterapéutico, pero no explica la totalidad de acciones que ocurren en un proceso tan complejo, sino que busca ofrecer una visión lo más amplia posible del modo en que un terapeuta le imprime su sello personal a la manera de cumplir con su tarea (Corbella-Santomá et al, 2008; Castañeiras et al, 2008).

2. Entrevista semi-estructurada Ad Hoc. La misma buscará indagar y profundizar algunos aspectos de las funciones del terapeuta y su estilo personal, ampliando así las variables indagadas en el Cuestionario del Estilo Personal del terapeuta (EPT – C).

Entrevista Ad hoc.

1. ¿Realiza otro trabajo en Psicología Clínica además del que desempeña aquí? ¿Qué diferencias puede observar entre ambos? ¿Qué diferencia siente usted en su rol como profesional? (A nivel de empatía, vínculo terapéutico o recursos técnicos, y establecimiento del encuadre).
2. ¿Qué características de personalidad y recursos técnicos cree que serían necesarios que tenga un psicólogo que se desempeña en esta labor?
3. ¿Siente que le cuesta tomar distancia profesional hacia sus pacientes, durante la sesión como una vez concluida la misma?
4. ¿Considera que hay un enfoque teórico más apropiado para abordar dicha problemática?
5. ¿Se siente motivado y satisfecho a la hora de llevar a cabo esta tarea?

Procedimiento.

En primer lugar, se contactó a la Jefatura y Área Técnica del Programa Provincial de Atención y Prevención al Maltrato de la Niñez Adolescencia y Familia, para solicitar mediante una nota, autorización, para llevar a cabo la tesina en el marco de dicho programa, y trabajar con los Profesionales Psicólogos que se desempeñan laboralmente en el mismo.

Una vez obtenido el permiso, se fue contactando uno a uno a los Profesionales, explicándoles detalladamente en qué consistía la investigación, y solicitando su colaboración, la cual sería voluntaria. Se aclaró, además, que el cuestionario es anónimo y que los datos sólo son conocidos por el investigador, para resguardar de este modo la privacidad de la información.

En cuanto a los profesionales del grupo clínico, fueron contactados a través de la técnica “bola de nieve” (Rodríguez-Gómez, 1996) tal como fue realizado en estudios previos sobre el EPT (Castañeiras et al., 2008; Rial et al., Vega, 2006). Debido a que el objetivo no es lograr una muestra representativa o aleatoria, intencionalmente se determinó por similitud de características sociodemográficas la conformación de este grupo de terapeutas, tal como se expresó en la tabla 1. Del mismo modo que con los profesionales del grupo en estudio, se aclaró el carácter anónimo de la prueba y el estricto resguardo de los datos de identificación del profesional como también de los resultados individuales.

Una vez establecido el contacto con los participantes se les proporcionó el cuestionario EPT-C. Se les indicó que no había respuestas correctas ni incorrectas y se solicitó que respondieran según su modo más frecuente de enfocar y llevar adelante su tarea.

A los profesionales del Grupo Maltrato Infantil se les administró la entrevista ad hoc, en forma oral y por escrito.

Una vez obtenidos los datos, se procedió al análisis de los mismos. En primera instancia se crearon diferentes planillas de Excel para ir tabulando los datos obtenidos en el cuestionario EPT-C de cada uno de los terapeutas; de ambos grupos. Al finalizar la carga de los datos en las planillas, se traspasó la información al programa estadístico SPSS (StatisticalPackageforthe Social Sciences), 17.0. El tratamiento estadístico de los resultados fue realizado por medio del procedimiento de análisis descriptivo de frecuencias y comparación de medias a través de la prueba T de Student y el análisis del tamaño del efecto. Aquí se obtuvieron los porcentajes de cada una de las dimensiones del cuestionario y de esta manera se pudo establecer la comparación.

Una vez concluida esa etapa, se procedió a analizar los datos arrojados por la Entrevista, la cual se aplicó únicamente a los profesionales del grupo PMI. Seguido a esto se armaron categorías a través del análisis de contenido.

PRESENTACION DE RESULTADOS

En función de los primeros dos objetivos se realizó una prueba T de Student para indagar la existencia de diferencias significativas entre los grupos de terapeutas en estudio. Los resultados se exponen en la tabla N° 3.

Tabla 3. Prueba de diferencia de medias en el EPT-C, entre el Grupo de Profesionales especialistas en Maltrato Infantil y del Grupo Clínico.

Funciones EPT	Grupo	N	M	DE	t	p	d
Atencional	PMI	32	25,78	6,52			
	Clínico	32	28,12	5,72	-1,527	,132	-0.543
Expresiva	PMI	32	32,40	7,81			
	Clínico	32	37,25	7,84	-2,474	,016	-0.714
Instruccional	PMI	32	29,65	7,42			
	Clínico	32	30,59	6,99	-,520	,605	-0.153
Involucración	PMI	32	22,28	5,46			
	Clínico	32	24,71	5,71	-1,744	,086	-0.400
Operativa	PMI	32	22,62	5,48			
	Clínico	32	22,00	5,28	,464	,644	0.000

Siguiendo los resultados obtenidos, se puede observar que se halló una diferencia significativa en la función Expresiva ($t = -2.47$; $p = .016$) siendo mayor la media del grupo Clínico ($M = 37,25$; y $DE = 7,84$) sobre el grupo PMI ($M = 32,40$; $DE = 7,81$).

Seguidamente se analizó el tamaño del efecto para discriminar la magnitud de las diferencias encontradas. En el análisis se detectaron 3 valores significativos. El primero de ellos corresponde a una d pequeña en la función de Involucración ($d = -0.40$); mientras que las restantes se corresponden a una d moderada en las funciones Atencional ($d = -0.54$) y Expresiva ($d = -0.71$) (Cohen, 1988).

En función del tercer objetivo, se realizó un análisis cualitativo construyendo categorías de análisis, para cada una de las preguntas realizadas únicamente a los profesionales del grupo PMI (Profesionales Maltrato Infantil).

En primer lugar puede observarse que el 72% de los profesionales del grupo PMI sí realiza otro trabajo en Psicología Clínica además de su labor dentro del Programa Provincial. A continuación ver gráfico 1.

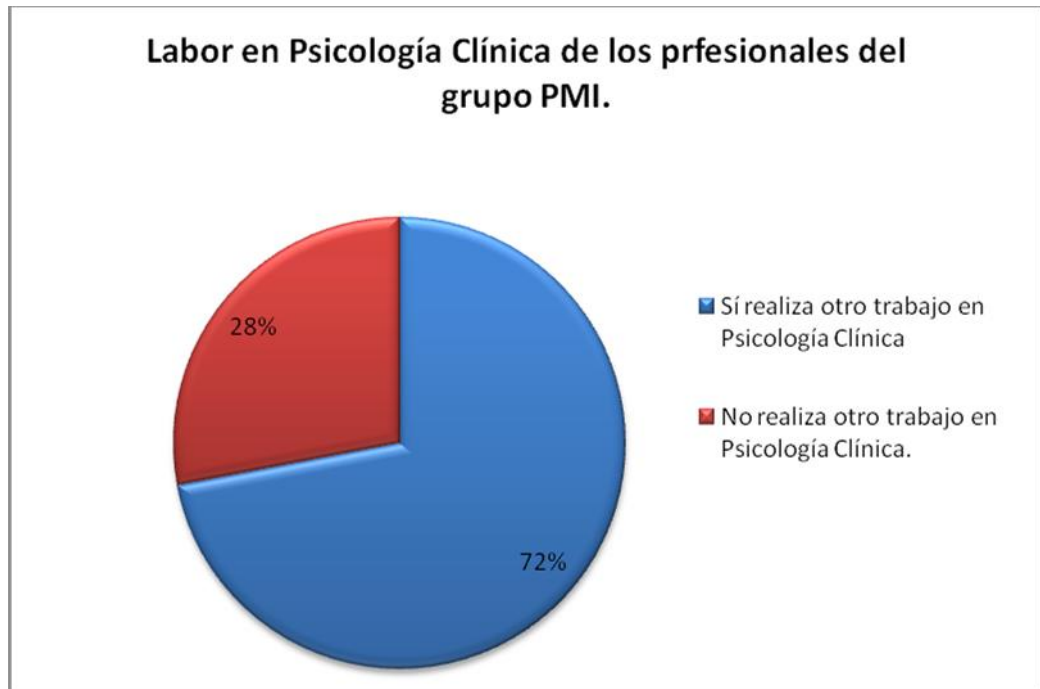


Figura 1: Labor en Psicología Clínica llevada a cabo por los profesionales del grupo PMI.

A su vez se indagó también aquellas diferencias que consideraban significativas entre ambos trabajos, específicamente en el rol que deben cumplir en cada uno de ellos. En esta línea el 46,9% de los profesionales coincidió que la mayor diferencia entre ambos trabajos radica en el encuadre y recursos técnicos, seguida de la adherencia al tratamiento con un 34,4% y el hecho de trabajar dentro de un equipo interdisciplinario con el 31,25%. Las demás diferencias tienen que ver con la periodicidad de seguimiento que se tiene de las personas que asisten y en que en el ámbito del PPMI se trabaja en una temática focalizada como lo es el maltrato y violencia que vivencian las familias. Para finalizar un 25% de los profesionales no encontraron diferencia alguna. (Ver tabla N°4)

Tabla Nº 4: Categorías aportadas por los terapeutas del grupo PMI con respecto a las diferencias entre el trabajo en el PPMI y el ámbito Clínico.

Diferencias	Frecuencia	Porcentaje
Encuadre y recursos técnicos	15	46,9
Adherencia al tratamiento	11	34,4
Trabajo interdisciplinario	10	31,25
No aporta diferencias	8	25,0
Temática focalizada en un problema	6	18,7
Periodicidad de seguimiento de pacientes	5	15,6

En relación a las características de personalidad, y recursos técnicos la mayoría de los profesionales se inclinó a considerar que no existe una única característica que defina el hecho de desempeñarse como terapeuta en situaciones de maltrato infantil.

A continuación se detallan los porcentajes asignados a cada categoría. (Ver Tabla Nº 5)

Tabla N° 5. Características de personalidad, y recursos técnicos aportados por los profesionales del grupo PMI.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Tolerancia a la frustración	10	31%
Trabajo en equipo, flexibilidad.	15	47%
Conocimientos y capacitación en la temática de trabajo.	20	63%
Terapia personal, estabilidad emocional.	6	19%
Disociación Instrumental y Objetividad.	9	28%
Calidez, empatía y comprensión.	14	44%
Escucha activa y receptiva	4	12%
Responsabilidad y Metas y objetivos claros.	4	12%
Vocación de servicio y respeto hacia el otro.	3	9%

El gráfico 2 muestra las respuestas de los profesionales respecto de la pregunta acerca de la distancia que debe emplear el terapeuta tanto durante la sesión como una vez concluida la misma.

Con respecto a lo mencionado se puede comentar que al 9% de los profesionales argumenta que sí le cuesta tomar distancia emocional frente a los casos que atiende, mientras que el 62% de los mismos puede tomar una distancia afectiva adecuada, sin involucrarse emocionalmente con los pacientes; finalizando, el 28%; argumentó que depende de la gravedad del caso, o situación familiar que vivan los pacientes, es si les cuesta tomar distancia afectiva. A continuación ver gráfico 2.



Figura 2: Dificultad en la toma de distancia afectiva por parte de los terapeutas.

A continuación se indagó si los terapeutas (gr. PMI) consideraban que existe un enfoque teórico más apropiado para abordar la temática del Maltrato Infantil, y sus consecuencias. La mayoría de los profesionales argumentó que no existe un

enfoque teórico que sea más apropiado para abordar dicha temática, sino que depende del caso, de su gravedad, o sus características particulares, y que lo más adecuado sería un enfoque que integrativo. Dichos profesionales representan el 75% del total.

El resto de los profesionales, se dividieron entre la terapia psicoanalítica focalizada, el psicoanálisis, la teoría sistémica, y en un grado menor un enfoque socio comunitario. Ver gráfico 3.

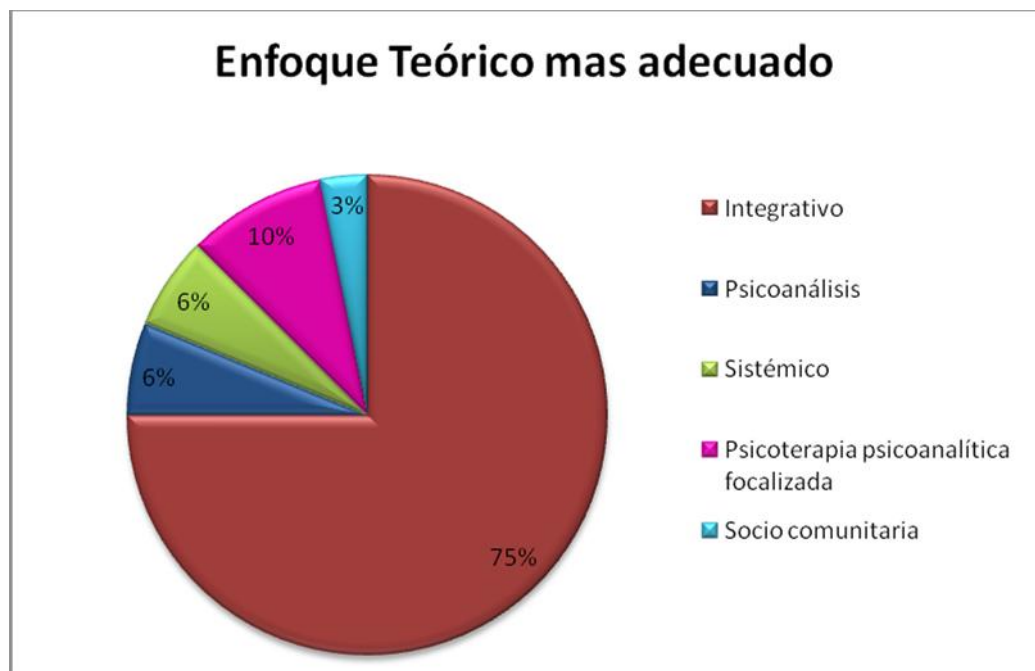


Figura 3: Elección de Enfoque Teórico más apropiado para abordar casos de Maltrato Infantil.

Finalmente se indagó si los profesionales se sienten satisfechos y motivados en la tarea que llevan a cabo dentro del Programa, atendiendo casos donde la violencia y el maltrato infantil son aspectos siempre presentes.

El 53% de los Profesionales se encuentran motivados y satisfechos, frente a la tarea que enfrentan día a día. EL 19% de ellos se encuentran insatisfechos frente a su labor. El 16% de los mismos argumenta que depende de la situación que enfrenten será su satisfacción y motivación, y en menor porcentaje, existen profesionales que se encuentran motivados, pero no satisfechos con su trabajo. Ver gráfico 4.



Figura 4: Motivación y Satisfacción de los Profesionales.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

La presente investigación se basó específicamente en conocer el Estilo Personal del Terapeuta que realiza intervenciones en casos de violencia y maltrato en la infancia, realizando a su vez una comparación cuantitativa, con aquellos profesionales Psicólogos que intervienen y realizan clínica psicológica a modo general, atendiendo patologías psicosociales.

Esta comparación se llevó a cabo a través de dos Instrumentos, el test EPT-C y una Entrevista ad hoc, a fin de conocer las particularidades del abordaje psicológico en Maltrato Infantil en temas referidos a encuadre, recursos técnicos, vínculo terapéutico y distancia profesional, comparando ciertos aspectos con los antes mencionados.

La muestra de dicho estudio se conformó, con 64 Licenciados en Psicología de los cuales 32 (treinta y dos) conforman el grupo PMI (Profesionales de Maltrato Infantil) y los 32 restantes conforman el grupo Clínico, igualados en condiciones sociodemográficas.

Se pudieron llevar a cabo la totalidad de los objetivos propuestos al comenzar la investigación.

De los resultados de esta investigación se destaca el hallazgo de una diferencia significativa en la Función Expresiva ($t = -2,474$; $p = .016$) entre ambos grupos de profesionales. Dicha función hace referencia particularmente a la distancia – cercanía emocional que los terapeutas vivencian con sus pacientes,

así como los intercambios emocionales (empatía), la intensidad de los mismos, y la tolerancia a la exposición afectiva tanto del paciente como la propia del terapeuta (Vega, 2006).

En el grupo Clínico, el valor de la función expresiva es mayor que en el grupo de PMI, lo que hace referencia a que los Psicólogos del grupo clínico tengan mayor proximidad emocional, que aquellos que trabajan con violencia (Rial et al., 2006). Esta diferencia podría vincularse al hecho de que el terapeuta clínico tiene la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico bastante más cercano que el terapeuta que trabaja en el ámbito público. Esto probablemente se deba a que la formación de un buen vínculo está asociada a la confianza que se establece, al deseo de asistir a tratamiento por parte del paciente, la corta frecuencia de los encuentros, entre otras cosas, aspectos que difieren de la realidad del PPMI, ya que en el ámbito público la excesiva demanda, la dificultad en la disponibilidad de los turnos, entre otros aspectos, dificultan el establecimiento del vínculo entre el profesional y el paciente.

Aunque debe reconocerse que los profesionales que trabajan en violencia no establecen una distancia profesional óptima.

Así mismo este resultado puede coincidir con lo que expone Velázquez, (2012) referido a que los profesionales que trabajan e intervienen diariamente en situaciones de violencia, pueden verse afectados en su propia subjetividad y

dichas situaciones puede provocarles un alto impacto emocional en su psiquismo, lo que posiblemente promueva el surgimiento de angustia y desesperación en el profesional, de ahí la necesidad de establecer mayor distancia con el paciente. Es por ello que resulta muy importante poder establecer una distancia profesional óptima, evitando una desvinculación total con el caso, una sobre identificación con el desvalimiento de la víctima, y corriéndose además de una actitud omnipotente y salvadora. A la conclusión que se llega es que mientras mayor resulta el involucramiento personal, más difícil resulta el tratamiento. A su vez, Santana (2007), coincide con lo antes expuesto, argumentando que la alta carga emocional que tiene el hecho de trabajar con violencia, puede llevar a los profesionales a sufrir un desgaste, agotamiento y padecer el Síndrome de Burn – out.

Finalmente la diferencia hallada entre ambos grupos en la función expresiva, coincide con estudios antes realizados con terapeutas que atienden poblaciones específicas. Entre los mencionados Casari trabajó con terapeutas que realizan tratamiento con pacientes drogodependientes, y Rial trabajó con terapeutas que intervienen en casos de pacientes severos. La diferencia entre los grupos de dichas investigaciones es similar, donde se expone que los terapeutas mantienen cierta distancia emocional con sus pacientes, como un mecanismo compensatorio en la relación, una adaptación que se realiza para el

establecimiento y mantenimiento del vínculo terapéutico. (Casari et al., 2012; Rial et al., 2006).

Otra variable que se analizó es la Función Atencional, la misma expresa la selección de elementos necesarios para avanzar en psicoterapia, donde la escucha y el preguntar son acciones dominantes, junto con el razonamiento, actitudes y motivación del terapeuta (Vega, 2006).

Sobre la función mencionada, se pudo inferir que la diferencia no es significativa entre ambos grupos en estudio. No obstante es importante plantear a modo de hipótesis que, considerando el tamaño del efecto, si la muestra hubiese sido más grande, esta diferencia podría haberse vuelto significativa. Por ello, es necesario replicar estudios a los fines de aportar resultados a esta idea.

De este modo aunque los resultados no fueron significativos puede observarse que el puntaje obtenido por el grupo de profesionales especialistas en maltrato infantil fue mayor que el de los profesionales que trabajan en atención clínica. En este sentido, se podría inferir que la diferencia que se obtuvo, estaría relacionada con el hecho que los terapeutas que trabajan exclusivamente con violencia tienen la atención más centrada y focalizada en ese tipo de problemática, no solo por el caso en tratamiento, sino por la gran responsabilidad que acarrea el hecho trabajar con niños y familias víctimas. En

coherencia con esto, se puede señalar que en la entrevista se pudo observar que una de las diferencias entre ambos trabajos radicaba en la focalización de la temática y el hecho de mantener una escucha activa, a diferencia del otro grupo que deben tener una escucha más abierta para poder relacionar distintas problemáticas que el paciente trae a consulta.

Con respecto a la Función de Involucración, la misma refleja el compromiso que el terapeuta experimenta frente a su tarea, tanto en el grado en el que se involucra con sus pacientes como el lugar que ocupa su trabajo en el resto de su vida (Vega, 2006). En esta variable, si bien la diferencia entre ambos grupos no resultó significativa, los terapeutas que diariamente trabajan con violencia, presentan un grado de involucración menor que los del grupo clínico. Este resultado puede ser esperable en relación a que éstos profesionales podrían verse más afectados por la gran carga emocional que su trabajo implica (Santana, 2007). Sin embargo, los terapeutas mencionados posiblemente a modo compensatorio, logran desvincularse de los casos y problemáticas que atienden, habiendo hecho especial hincapié en su propia terapia personal. Esto afirma lo que Santana expresa como una de las estrategias de autocuidado, específicamente aquella que radica en el hecho de poder vaciar los contenidos tóxicos que reciben a diario, compartiendo la alta carga emocional ya sea con colegas, o con personas capacitadas como así también dándose la posibilidad de

compartir la responsabilidad de las decisiones y/o acciones riesgosas, en su equipo de trabajo.

Podría decirse que los terapeutas del grupo clínico, tienen mayor compromiso con el caso, porque más allá del vínculo establecido con el paciente, hay un encuadre más riguroso que respetar, y el terapeuta es quien debe procurar mantener a sus pacientes.

En las restantes funciones (Operativa e Instruccional) los puntajes resultaron similares.

Con respecto a la Entrevista que se llevó a cabo con los profesionales del grupo PMI, se hallaron diferencias importantes, aportadas por los terapeutas, en relación al trabajo dentro del Programa (PPMI) y al trabajo en el área Clínica.

Una de las principales diferencias fue con respecto al Encuadre, que podría relacionarse con la función Instruccional del cuestionario (sistema de normas y reglas que regirán el proceso terapéutico (Vega, 2006). Si bien en dicha función los grupos obtuvieron mínima diferencia, al expresarse verbalmente se notaron importantes variaciones entre ambos trabajos.

Con respecto a esto los profesionales señalaron que en su consultorio particular, los pacientes concurren de manera voluntaria, se puede cobrar honorarios y el encuadre resulta un poco más estricto con respecto a los horarios y frecuencia de sesiones.

Siguiendo lo expresado los profesionales entrevistados se podría inferir que en el ámbito clínico el establecimiento del encuadre es más estricto, se respeta con mucha más especificidad debido a que se dan las condiciones para ello.

Este resultado coincide con la investigación que llevó a cabo Vega (2006), la cual llegó a la conclusión que los terapeutas de población específica, (en su caso de cuidados intensivos neonatales) presentan mayor flexibilidad en cuanto a las conductas de instalación y ajuste al dispositivo terapéutico, en lo que refiere a horarios, honorarios, forma de negociación de cambios, entre otras cosas, de manera similar a lo que ocurre con los profesionales del grupo PMI de la presente investigación.

Otra de las diferencias planteadas fue la Adherencia al Tratamiento por parte de los pacientes. En cuanto al programa provincial y al ámbito clínico privado, esta discrepancia es verdaderamente llamativa, ya que los profesionales del grupo PMI, se les hace muy difícil poder establecer un vínculo terapéutico con sus pacientes, lo cual genera un desgaste profesional serio, ya que los mismos no van motivados, sino obligados por la justicia. Esto no sucede en el ámbito clínico, porque el paciente asiste con voluntad, motivación, conciencia de enfermedad (en la mayoría de los casos) y en busca de una solución.

Los profesionales comentan que las diferencias a nivel de la demanda es algo muy importante, ya que los pacientes del consultorio particular asisten por voluntad propia, argumentando a su vez que en el programa, vienen derivados con una problemática socialmente penalizada, de allí que la voluntad de asistir no existe y es el terapeuta quien debe preocuparse por crear el vínculo.

Lo expresado coincide con lo expuesto por Cirillo y Di Blasio (1991), porque hace referencia a que el Psicólogo que trabaja en este ámbito nota la falta de motivación e interés por parte de la familia para someterse y colaborar con el diagnóstico y tratamiento, ya que son obligados a asistir. De aquí el intento de estimular la confianza y espontaneidad, para obtener alianza y disponibilidad de la familia frente a sus propios conflictos; a diferencia del ámbito clínico, el cual está caracterizado por la espontaneidad de la demanda, por la conciencia de la situación desagradable, y por la voluntad de cura.

Una de las diferencias mencionadas en forma recurrente, es el hecho de que en el PPMI se trabaja siempre de manera interdisciplinaria, en equipo y las decisiones son tomadas con colegas y otros profesionales, no siendo así en la mayoría de los casos del ámbito clínico privado donde los profesionales trabajan de manera autónoma e individual. Este resultado coincide con otros estudios en los cuales se ha observado que en los equipos interdisciplinarios los objetivos y decisiones son co-construidos en equipo y los sujetos (Morelato et al., 2012).

La diferencia previamente expresada coincide con lo que expone Santana (2007), en cuanto a las estrategias de autocuidado, ya que una de ellas se refiere específicamente a Redes de Profesionales como una de las fuentes de apoyo más importante para los equipos que trabajan con violencia, ya que la exposición a una carga emocional intensa puede afectar a los profesionales de manera individual y podría llegar a afectarlos como equipo. A su vez la autora destaca el establecimiento de vínculos con otros operadores de la red donde se permite una derivación de los pacientes, en caso de no poder atenderlos por alguna razón determinada, ello resulta fundamental.

Por otra parte, en la siguiente pregunta se indagaron las principales características de personalidad y recursos técnicos, que se necesitan para trabajar en situaciones de violencia, y/o maltrato infantil. En base a lo analizado, se puede decir que no se halló una característica que surgiera en forma recurrente y pudiera ser representativa de una diferencia entre los grupos analizados. No obstante, se comentarán aquellas más relevantes.

En la línea de lo indagado, la categoría Conocimientos y capacitación en la temática de trabajo, fue considerada por los terapeutas del programa, como un aspecto muy importante. Este resultado podría relacionarse con el trabajo que se llevó a cabo en el CIUDA (Morelato et al.; 2012), en el cual se trabajó con profesionales dedicados a la atención de casos de maltrato infantil. En ese estudio, se llegó a la conclusión de que la capacitación de los equipos es un

aspecto protector favorecedor en la medida que aumenta las capacidades de efectuar intervenciones efectivas, sistematizadas y planificadas.

Queda abierto el interrogante qué tipo de capacitación específica es a la que los terapeutas se refieren, si corresponde a una formación de posgrado, talleres, entre otros.

Otra de las características destacadas fue el Trabajo en Equipo (mencionado con anterioridad). Esta cualidad vuelve a estar presente en los terapeutas que trabajan en el PPMI, la cual ha sido muy destacada y reconocida, ya que los profesionales se sienten muy a gusto con esta modalidad de trabajo, contenidos y sobre todo seguros ante el hecho de no tomar las decisiones de manera individual.

Calidez, empatía y comprensión son elementos básicos a la hora de llevar adelante un tratamiento con pacientes, ya que para poder crear un buen vínculo terapéutico estas cualidades no deberían faltar. Si bien en investigaciones anteriores no ha sido analizado con profundidad, los terapeutas del PPMI, las destacaron haciendo referencia a que sin ellas, el trabajo sería mucho más dificultoso y agobiante. Si bien los terapeutas que trabajan con violencia pueden tener una distancia afectiva mayor que aquellos que trabajan con patologías generales, esto podría deberse al desgaste y agotamiento que les genera no solo el hecho de la violencia en sí, sino también factores

institucionales poco profundizados. Así mismo queda abierto el interrogante sobre la empatía específica que se debe tener en casos de violencia, y más aún en maltrato infantil.

Para finalizar los terapeutas mencionados destacan la Tolerancia a la Frustración, debido a que sin ella también sería muy difícil enfrentarse a situaciones difíciles y dolorosas, como las que los profesionales se enfrentan diariamente. La percepción realista del rol del terapeuta es el reconocimiento de las limitaciones personales, es decir, disminuir los niveles de omnipotencia personal y poder tomar la distancia necesaria, pero sin desconectarse emocionalmente, para trabajar eficazmente y con grados altos de tolerancia a la frustración que permitan al operador sobrellevar las vicisitudes propias de la temática abordada (Quintana, 2005).

En la siguiente pregunta se indagó la distancia profesional lo cual resultó llamativo porque el 55% de los profesionales argumentó que según el caso, o la gravedad del mismo, es si les cuesta tomar distancia afectiva, el 40% dijo que no le cuesta y el 5% dijo que efectivamente sí le cuesta.

Esto es un dato a ser considerado, ya que refleja que a muchos de los profesionales sí les cuesta tomar distancia óptima, y esta situación resulta negativa para las intervenciones y tratamientos que se deben de llevar a cabo.

Velázquez (2012) al respecto afirma que es muy importante establecer una distancia emocional óptima con el paciente, para no quedar en la misma posición de víctima. Esto último puede relacionarse además con las estrategias de autocuidado que Santana (2007) menciona, principalmente a nivel individual, realizando una terapia personal, y a nivel de equipo de trabajo.

Comparando con investigaciones realizadas anteriormente, (Morelato et al., 2012) se hace hincapié en que uno de los límites en la intervención con casos de maltrato es en relación a la omnipotencia asumida y a la redefinición de criterios, ya que muchos profesionales no dan el alta por temor a que la situación de maltrato se siga repitiendo y porque no se pueden despegar de los casos, por lo cual resultaría muy importante redefinir con qué criterios se le da el alta a una familia.

Se concluye entonces que los profesionales del PPMI tienen dificultades para la toma de distancia, aspecto fundamental a revisar a nivel subjetivo y particular.

La pregunta siguiente investigó si los profesionales consideraban que existe un Enfoque Teórico más adecuado para abordar la problemática del maltrato infantil y sus consecuencias. El 75% de los mismos argumentaron que no existe un enfoque único que sea apropiado para abordar dicha problemática, sino más bien es conveniente un enfoque Integrativo, siempre teniendo en

cuenta el caso a tratar, y la gravedad del mismo. El resto de los profesionales consideraron distintos enfoques teóricos como más adecuados, pero en un porcentaje menor.

Esto podría reflejar cierta flexibilidad a la hora de trabajar, no teniendo una única orientación, sino entendiendo las necesidades del paciente y de la situación en sí misma. Este resultado podría vincularse con la función Operativa del Cuestionario EPT – C. La función se refiere básicamente a la facilidad o dificultad para pre- programar el formato de una psicoterapia, a la predictibilidad del modelo, a la simpleza del dispositivo, entre otras. Los terapeutas pueden fluctuar entre espontáneos o sujetos a pauta (Vega, 2006). Si bien en dicha técnica la diferencia entre los dos grupos no fue significativa, en la entrevista se resaltó la espontaneidad a la hora de llevar adelante el tratamiento, dándose a entender la importancia del abordaje caso por caso, y no una estructuración fijada de antemano; no así los terapeutas del ámbito clínico que responden a una orientación teórica más específica.

Este resultado coincide con el trabajo de Morelato et al., (2012) donde la mayoría de los profesionales admitieron no basarse en una orientación teórica determinada para abordar dicha temática, quedando abierto el interrogante sobre qué orientación trabajan de manera individual.

Se halló una contradicción con el trabajo que llevaron a cabo Rosa- Alcázar et al., (2010) y Rojas (2007). Estos autores concluyeron que para el tratamiento psicológico de niños y adolescentes víctimas de maltrato físico y negligencia obtienen mejores resultados los tratamientos conductuales, siendo más efectivos aquellos de mayor duración, así como también la psicoterapia de grupo, promoviendo las capacidades sociales y de interacción, otorgando a su vez el espacio para que puedan compartir con pares sus preocupaciones, disminuyendo el sentimiento de aislamiento y estigmatización.

Finalmente se analizó la motivación y satisfacción de los terapeutas a nivel individual, con su tarea, con sus responsabilidades y con lo que tienen que lidiar día a día. De los profesionales encuestados el 53% dijo que se encuentra motivado y satisfecho a la hora de llevar a cabo su tarea, un 19% no lo está, el 16% no siempre, argumentando que depende la situación personal que atraviese en ese momento y el 12% se siente motivado por la tarea pero no satisfecho, por cuestiones que exceden a la misma.

Este es un dato importante, ya que el hecho que la mayoría de los terapeutas se sientan motivados a la hora de llevar adelante esta tarea, ya que los incentiva a capacitarse aún más, a realizar terapia personal para poder dar lo mejor de sí mismo, y así lograr una efectiva y positiva intervención. Así mismo hubo profesionales que argumentaron que no se sentían motivados y/o satisfechos, o que dependía de la situación, por el duro trabajo que realizan, las

excesivas demandas, el tiempo que resulta muy escaso, escasa remuneración, las críticas al desempeño, entre otros aspectos. Lo expuesto coincide con lo planteado por Velázquez (2012).

De igual manera sería muy interesante indagar su conformidad con respecto al respaldo institucional que reciben, si se sienten a gusto con el equipo de trabajo, o con cuestiones laborales que vayan más allá de la tarea.

Velázquez (2012) menciona que existe un grupo de indicadores que pueden provocar desgaste profesional, dentro de ellos existen las numerosas demandas de atención, climas de urgencia, críticas a la atención que se presta, amenazas por parte del agresor al equipo profesional. Entre otros aspectos, podemos encontrar un clima conflictivo dentro del equipo de trabajo, la alta exigencia en relación a la tarea, la escasa remuneración que se recibe, y poco reconocimiento al trabajo que se realiza diariamente. Estos factores, desmotivan y dificultan la tarea del profesional, y muchas veces hace que el mismo se sienta desmotivado, sin esperanza de cambio y agobiado.

Quintana (2005), hace referencia a que los terapeutas que trabajan en dicho ámbito son vulnerables a padecer el Síndrome de Burn – out, ya que se enfrentan con muchas dificultades y problemas los cuales hacen que aumente la desesperanza, frustración, tanto en los profesionales psicólogos como en los niños, y esto va generando una merma progresiva en el estado emocional de los

operadores, los que, al no tener espacios de autocuidado, van acumulando estrés que finalmente pueden generarles el desgaste profesional.

CONCLUSIONES.

Como se estableció al inicio de este trabajo, nuestro objetivo fue investigar y comparar el Estilo del Terapeuta entre dos grupos: uno que trabaja e interviene en la problemática del Maltrato Infantil (PMI) y otro que se dedica a la clínica psicológica a nivel general, a través del Cuestionario EPT-C. Asimismo, se administró a los participantes del grupo de PMI una entrevista ad-hoc, a los fines de profundizar en aspectos relacionados al encuadre, a la distancia profesional y al vínculo terapéutico en los profesionales, entre otros.

La muestra de mencionado estudio estuvo compuesta por 64 Licenciados en Psicología de los cuales 32 (treinta y dos) conformaron el grupo PMI (Profesionales de Maltrato Infantil) y los 32 restantes conformaron el grupo Clínico.

Con respecto a los resultados que se obtuvieron en el cuestionario EPT – C se puede concluir siguiendo los resultados obtenidos que los profesionales que trabajan en maltrato infantil analizados en este trabajo, establecen mayor distancia afectiva con sus pacientes. Esto probablemente se deba a que su trabajo los expone a una alta carga emocional, donde los mismos pueden verse afectados en su singularidad, lo que produce muchas veces el surgimiento de angustia vinculado a su quehacer profesional.

En esta línea, es llamativa la dificultad que poseen los profesionales para poder establecer un vínculo terapéutico. Esta dificultad parece relacionarse en primera instancia con la complejidad de la temática, la desmotivación y desinterés del paciente, ya que éste asiste generalmente por medio de una dinámica donde la demanda casi nunca es propia, la poca frecuencia de los encuentros por razones institucionales, la excesiva demanda de atención, entre otros aspectos. Por otra parte en el grupo Clínico ocurre lo contrario con respecto de la vinculación y la demanda.

Para continuar con los profesionales del grupo PMI, los mismos poseen la atención bastante más focalizada que el grupo clínico, debido a las exigencias de su tarea y al motivo por el que asisten los pacientes el cual está relacionado con la problemática del maltrato infantil y la violencia familiar. Por ello es necesaria una modalidad de abordaje específica y direccionada a la resolución de situaciones de crisis que no sólo involucran lo psicológico sin que también concierne a lo social, cultural y económico. Esto llevaría al terapeuta a la toma de distancia emocional asociada con su trabajo debido a la a complejidad de la temática. En este sentido puede decirse que la misma puede afectarlos dadas las condiciones laborales en las que se desarrollan, donde en ocasiones cuentan con precariedades y falta de recursos de apoyo a nivel institucional. Por esto, la terapia personal y el trabajo en equipo se tornan herramientas muy valiosas para poder sobreponerse y seguir adelante.

Por otra parte, con respecto a los aspectos explicados con anterioridad, el grupo Clínico evaluado difiere, ya que mantienen su atención mayormente abierta a las distintas problemáticas traídas por el paciente a consulta y poseen un compromiso y una involucración diferente con los mismos, quizás más personalizado. En este sentido, hay un encuadre que dadas las características del contexto, permite ser más estructurado y aunque el psicólogo debe procurar mantener a sus pacientes por medio del apoyo que ofrece a través del proceso terapéutico, cuenta con un camino allanado en lo que hace a la construcción de la demanda, requisito fundamental que en el otro grupo, condiciona el avance del trabajo con las familias. En la problemática del maltrato, cuando las familias comprenden que los equipos son una instancia de salud, un factor de apoyo y ayuda, cuando pueden bajar la ansiedad paranoide propia de una denuncia por maltrato, la reflexión sobre el problema, posible en algunos casos y en otros no tanto, permite ir resolviendo la crisis y avanzar.

Del análisis cualitativo, se puede concluir en que las mayores diferencias encontradas entre el trabajo en el PPMI y el ámbito Clínico son las siguientes: con respecto al encuadre, en el ámbito clínico el mismo puede establecerse de un modo más estructurado, lo cual no es posible en el otro grupo porque el tipo de demanda es diferente y el paciente no se adapta con facilidad. En relación a lo anterior la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, en el grupo PMI se hace difícil, lo cual genera un desgaste profesional serio, especialmente

si no tienen apoyo institucional o espacios de salud para reflexionar y optimizar su tarea, sumado a que los pacientes no asisten motivados al tratamiento, sino obligados por la justicia u otra entidad, en la mayoría de los casos.

De las principales características de personalidad y recursos personales que se destacaron para llevar a cabo el trabajo en el PPMI resultaron relevantes los conocimientos y capacitación en la temática abordada, la capacidad para trabajar y tomar decisiones dentro de un equipo interdisciplinario, la calidez, empatía y comprensión a la hora de trabajar con los pacientes, y la tolerancia a la frustración, frente a la complejidad de la temática con la que se enfrentan diariamente, aspectos mencionados por los terapeutas.

Con respecto a la distancia afectiva con los pacientes por parte de los psicólogos, se concluye que a muchos de ellos les cuesta tomar distancia profesional óptima, la cual en muchas ocasiones depende del caso y su gravedad. Esta situación resulta negativa para las intervenciones y tratamientos que se deben de llevar a cabo, ya que el terapeuta podría involucrarse más de lo esperado. Esta dificultad resulta un aspecto fundamental a revisar a nivel subjetivo y particular del profesional.

Se concluye además que los profesionales del grupo PMI poseen flexibilidad y espontaneidad a la hora de encarar y llevar adelante los tratamientos, no estando sujetos previamente a un modelo fijo a seguir, si no

entendiendo las necesidades del paciente, la particularidad del caso por caso y la situación en sí misma.

Para finalizar con los resultados obtenidos en la presente investigación se llegó a la conclusión que la mayoría de los profesionales del grupo PMI se sienten motivados y satisfechos a la hora de llevar a cabo su tarea. El resto dentro del grupo mencionado, se dividen en la no satisfacción y motivación, aquellos que su satisfacción depende de la situación por la que atraviesan, entre otros. Sería muy interesante indagar con mayor profundidad la conformidad con respecto al respaldo institucional que reciben, si se sienten a gusto con el equipo de trabajo, o con cuestiones laborales que vayan más allá de la tarea en sí misma.

Por otra parte podemos señalar las limitaciones de reciente investigación. Una de ellas tiene que ver con que el presente estudio fue abordado desde una metodología transversal, ya que los datos fueron recolectados en un momento dado, el cual si bien es útil y permite un acercamiento más factible a la problemática, no permite valorar si dichas variables se mantienen estables a lo largo del tiempo (Hernández Sampieri et al., 2010).

Otra de las limitaciones fue el hecho de que si bien en la investigación participó el 89% de los terapeutas (32) pertenecientes al PPMI, éste es un número pequeño para conformar una muestra. Por ello sería conveniente

ampliar en posteriores estudios la cantidad de participantes a los fines de corroborar la línea de los resultados obtenidos.

Finalizando con las limitaciones, se puede decir que si bien la entrevista ha sido considerada una herramienta pertinente para los objetivos planteados en este trabajo, se sostiene que la misma abrió interrogantes nuevos vinculados al respaldo profesional, a la motivación de los profesionales con su tarea y otros aspectos que requieren de mayor investigación.

También sería interesante evaluar, en estudios posteriores aspectos relacionados con el enfoque teórico de los terapeutas, realizando la comparación con el ámbito clínico.

Para finalizar este trabajo tuvo la fortaleza de ser un estudio mixto, es decir, el hecho de contar con datos cuantitativos y cualitativos, lo que permitió un análisis más profundo acerca de lo investigado. Por otro lado se contó con la participación de un porcentaje alto (89%) de profesionales pertenecientes al PPMI, pese a que los mismos son de distintas áreas geográficas de la Provincia de Mendoza. Por último con este trabajo se abordó una población diferente y de este modo tal como lo propone Rial (2006), se aportan nuevos datos al trabajar con el Cuestionario EPT –C en terapeutas de otras poblaciones clínicas específicas, en este caso, con víctimas y victimarios de violencia infantil y de

distintas regiones geográficas, ya que en estudios previos las investigaciones fueron realizadas con terapeutas de la provincia de Buenos Aires.

Como propuesta final se considera que sería interesante acercar estos datos no sólo quienes participaron de este trabajo a modo de devolución, sino también a los profesionales psicólogos en general que trabajan en diversas áreas: tanto desde la particularidad del consultorio como desde la salud pública. Esta idea se orienta a diseñar estrategias de prevención y promoción de la salud mental de los profesionales, generando modalidades de intervención donde teniendo en cuenta el autocuidado se optimice su propio trabajo.

Es muy valioso contar con profesionales que dediquen su tiempo, sus conocimientos y emociones a ayudar y mejorar la calidad de vida de aquellos que lo necesitan, y más aún cuando se trata de la vida de seres inocentes como lo son los niños. Para un profesional que la mayor parte del tiempo escucha relatos vinculados a la tristeza y al sufrimiento, que en ocasiones debe vislumbrar más allá de lo evidente y a menudo sentir la impotencia de no lograr una toma de conciencia, debe ser muy reconfortante y satisfactorio ver como una persona, en este caso un niño, recupera su sonrisa, su autoestima y la esperanza de que algo va a cambiar. A sí mismo ser testigos de cómo un paciente ha superado un conflicto y su vida ha cobrado sentido nuevamente, y

el hecho de haber sido parte en la re- construcción de la felicidad de una persona, es algo que no tiene precio.

¡MUCHAS GRACIAS!

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, C y Gómez Patiño, M. (2005). *Las huellas de la violencia invisible*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Álvarez Lira, P. (2011). El niño como sujeto de derecho. Recuperado de: <http://pabloalvarez.blogspot.es/i2011-08/>
- Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004) Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20 (1-2), 5-15.
- Bringiotti, I. (1999). *Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil que concurre a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*. Madrid, Buenos Aires: Miño y Dávila editores.
- Casado Flores, J.; Díaz Huertas, J. y Martínez González, C. (1997). *Niños Maltratados*. [versión electrónica].
- Casari, L.; Albanesi, S. y Maristany, M. (2012). Análisis de las características del terapeuta de adicciones y de la relación terapéutica, desde el marco de la psicoterapia integrativa (2012). VIII Congreso Internacional sobre abordaje de las adicciones. Institución organizadora: Programa Lihué. San Juan, 9-11 de Agosto.
- Casol, L. y De Antoni, C. (2006). Família e abrigo como rede de apoio social e afetiva. En: D. DalboscoDell'Aglio, S. Koller, M.A. Matter Yunes (Eds.). *Resiliencia e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*. Sao Paulo: Casa do Psicólogo.
- Castañeiras, C. (2003). The influence of Experiencie and Theorical-Technical Orientation on the Personal Style of the Therapist. Anual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Weimar.

- Castañeiras, C.; García, F.; Lo Bianco, J. & Fernández-Álvarez, H. (2006). Modulating effect of experience and theoretical technical orientation on the Personal Style of the Therapist. *Psychotherapy Research*, 16 (5), 587-593.
- Castañeiras, C.; Rial, V.; García, F.; Farfallini, L. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Auto-Percepción de los terapeutas sobre su estilo personal: Un estudio longitudinal. XII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur “Paradigmas, Métodos y Técnicas.” Buenos Aires, 10-12 de Agosto (paper).
- Castañeiras, C.; Ledesma, R.; Gracia, F. y Fernández Álvarez, H. (2008). Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una Versión Abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia psicológica*, 1, (26), 5-13. doi: 10.4067/S0718-48082008000100001
- Castillo, N. (2006). Tipos de Maltrato. Recuperado de: <http://www.psicopedagogia.com/tipos-maltrato>
- Cerezo, María Ángeles (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 18 (3), 135-157. (http://www.academia.edu/221207/Apoyo_social_y_maltrato_infantil Un estudio en Espana y colombia)
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1991). El diagnóstico de la familia que maltrata. En Cirillo, S y Di Blasio, P. (Eds.), *Niños Maltratados. Diagnóstico y terapia familiar* (pp. 68 – 89). Barcelona: Paidós.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 1 (3), 98-101.

- Corbella-Santomá, S. (2002). Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Ciéncies de l' Educació i de l' EsportBlanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Corbella-Santomá, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Visión Net.
- Corbella, S.; Fernández-Álvarez, H.; Saúl, L.; García, F. y Botella, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de psicología*, 26 (2), 281-289.
- Corbella, S.; Balmaña, N.; Fernández-Álvarez, H.; Saúl, L.; Botella, L. y García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (2), 125-133.
- De Bonis, C. (1998). Evolución histórico-social del fenómeno maltrato (infantil) implicancias médico-legales actuales en nuestro país. *Nuestro Hospital*, 2. Recuperado de: http://www.hospitalposadas.gov.ar/docencia/revistadig/1998/2_2_maltrato.pdf
- Escartín Caparros, J. (1997). Los niños maltratados y sus familias: algunas indicaciones para la intervención del trabajador social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 5, 145-153.
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibañez, I. Mosca y P.L.R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas: Educat.
- Fernández-Álvarez, H.; García, F.; Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2000). Estilos personales en terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos. II

Congreso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanalise e Psicoterapia.
Gramada, Brasil, 14-17 de Septiembre (paper).

Fernández-Álvarez, H.; García, F.; Lo Bianco, J. & Corbella-Santomá, S. (2003).
Assesment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q.
Clinical Psychology and Psychotherapy, 10, 116-125.

Fernández, D. (2002). *De los malos tratos en la niñez y otras crueldades. Cuando ellos deben dejar su familia (para sobrevivir)*. Buenos Aires: Lumen.

García, F y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: Una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI, (2), 121- 128.

Gómez, B.; García, F.; Castañeiras, C.; Rial, V & Fernández-Álvarez, H. (2007).
The Aigle program: Advancements in the Confirmatory Factor Analysis of the Assesment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist-PST-Q. 38th Annual Meeting of S.P.R: Madison, Wisconsin, USA.

Gómez de Terreros Guardiola, M. (2006). Maltrato psicológico. *Cuad Medicina Forense*, (12), 43-44.

Gracia, E.; Musitu, G. y García, F. (1994). Apoyo Social y maltrato infantil. *Interamerican Journal of Psychology*, 28, (1), 13-24.

Gracia, E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: percepciones de padres e hijos. *Psicothema*, 14 (2), 274- 279.

Gracia Fuster, E. (1993). La formación de los profesionales de los servicios de protección del menor: contribuciones de la psicología. En Asociación Madrileña para la prevención de los malos tratos en la infancia, III Congreso Estatal sobre la Infancia Maltratada. (pp. 381 – 392). Madrid

Grazioso, M. (2009). Detección de variables culturales moderadoras en la constitución de la alianza terapéutica. Tesis doctoral en Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación (5ª edición)*. México: McGraw-Hill.

Ley 6354. Ley del Niño y del Adolescente. Sancionada en Mendoza, 22 de Noviembre de 1995. Recuperado de: <http://www.tribunet.com.ar/tribunet/ley/6354.htm>

Ley 26061. Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Sancionada: Septiembre 28 de 2005. Promulgada de Hecho: Octubre 21 de 2005. Recuperado de: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

López – Torrecilla, J. (2009). Maltrato Infantil. **Recuperado de:** http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/jlopezto/Apuntes/Maltrato.pdf

Los Andes On line (2013). Aumentan casos de maltrato infantil. (2013, 10 de Octubre). *Diario Los Andes*. Recuperado de: <http://www.losandes.com.ar/notas/2013/10/10/aumentan-casos-maltrato-infantil-743299.asp>

Maida, A.; Molina, M. y Erazo, R. (2001). Síndrome de Münchhausen por poder, una presentación inusual. *Revista médica de Chile*, 8 (129).doi: 10.4067/S0034-98872001000800011.

- Malik, M.; Fleming, J.; Penela, V.; Harwood, M.; Best, S. & Beutler, L. (2002, junio). *Which Therapist for Which Client? The interaction of Therapist Variation and Client Characteristics in Affecting Rates of Change: An Effectiveness Study*. Comunicación presentada en el 33th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research. Santa Bárbara, EE.UU.
- Mesa-Gresa, P. y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. *Revista Neurología*, 52, (8), 489-503.
- Morelato, G. (2009). Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato familiar. Tesis doctoral no publicada. Universidad Nacional de San Luis. San Luis - Argentina.
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología*, 2, (29), 203-224.
- Morelato, G.; Gimenez, S.; Casari, L.; Soria, G.; Guillot, S.; Vitaliti, J. & Moscuén, M. (2012). Criterios de alta clínica en la atención de casos de maltrato infantil en el ámbito público: un enfoque exploratorio. (2012). Comunicación presentada en las 10 mas. Jornadas de Investigación y 4to Encuentro del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Mendoza, 27 de Septiembre.
- Perojo Pérez, I. (1993). La Práctica de la Psicología y el Maltrato Infantil. En Asociación Madrileña para la prevención de los malos tratos en la infancia, *III Congreso Estatal sobre la Infancia maltratada*. (pp. 379 – 380). Madrid
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico comunicacional*. Buenos Aires: PAIDÓS.

- Quintana, C. (2005). El Síndrome de Burnout en Operadores y Equipos de Trabajo en Maltrato Infantil Grave. *Psykhe*, 1, (14). 55-68. doi: 10.4067/S0718-22282005000100005
- Ramírez Herrera, C. (2006). El Impacto del Maltrato en los niños y las niñas en Colombia. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1 (2), 287-301.
- Rial, V.; Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26 (98), 191-208.
- Rojas Rodríguez, M. (2007). Psicoterapia de grupo con niños víctima de maltrato en un albergue de México D.F. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36 (3), 411- 428.
- Rosa- Alcázar, A; Sánchez-Meca, J y López-Soler, C. (2010). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta- análisis. *Psicothema*, 22, (4), 627 – 633.
- Sanmartín Esplugues, J. (2007). ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Revista de Filosofía*, 42, 9-21.
- Sanmartín Esplugues, J. (2008). ¿Hay violencia justa? Reflexiones sobre la violencia y la justicia basada en los derechos humanos. *Revista de Filosofía*, 43, 7 – 14.
- Santana, A. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Psykhe*, 16 (1), 77-89. Doi: 10.4067/S0718-22282007000100007

Velázquez, S. (2012). *Violencias y familias. Implicaciones del trabajo profesional: el cuidado de quienes cuidan*. Buenos Aires: Paidós.

Vides-Porras, A.; Grazioso, M. y García de la Cadena, C. (2012). El Estilo Personal del Terapeuta Guatemalteco en el interior del país. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI (1), 33-43.

Wheeler, S. (28 de Mayo de 2013). El primer caso de Maltrato Infantil de la Historia. ABC.es. Recuperado de <http://www.abc.es/ciencia/20130528/abci-primer-caso-maltrato-infantil-201305281804.html>

APÉNDICE

TESINA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGIA.

CUESTIONARIO “ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA” (Fernández-Álvarez y García, 1988).

El siguiente cuestionario forma parte de la tesina de Lic. en Psicología, de la Universidad del Aconcagua, titulada “Estilo Personal del Terapeuta en Profesionales que trabajan en Maltrato Infantil.” La autora de la misma es la alumna Magni, Ximena; y cuenta con la dirección del Lic. Leandro Casari y la Dra. Gabriela Morelato. Para participar debe ser Lic. en Psicología y ejercer como psicoterapeuta en el Programa Provincial de Maltrato Infantil de Mendoza.

A continuación se presentan una serie de preguntas sobre variables sociodemográficas y laborales, seguido de un breve cuestionario: “Estilo personal del Terapeuta” (Fernández-Álvarez y García, 1988). Debe responder las preguntas pensando en su labor exclusivamente con pacientes del PPMI.

La participación es voluntaria y los datos son estrictamente confidenciales. El completamiento total no dura más de 15 minutos aproximadamente.

Muchas gracias por su colaboración,

- Género (marque la opción correcta): M- F - Edad:
- Universidad de egreso:

Pontifica Universidad Católica Argentina	
Universidad Católica de Cuyo	
Universidad de Congreso	
Universidad de Mendoza	
Universidad del Aconcagua	
Universidad Nacional de San Luis	
Otra (especificar)	

- Años de experiencia profesional (referido al trabajo como psicoterapeuta en MI):

- Tipo de abordaje (en caso de existir más de uno, marque aquel predominante en su actividad actual):

Individual	
Pareja	
Grupal	
Familiar	

- Enfoque teórico:

Cognitivo Conductual	
Humanístico-Existencial	
Psicoanalítico	
Sistémico	
Integrativo	
Otro (especificar)	

EPT-C Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta
(Fernández-Álvarez y García, 1998).

El presente inventario está destinado a conocer su estilo personal como terapeuta. No hay respuestas buenas o malas ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos. Más allá de que su labor varía con los diferentes pacientes, queremos que responda según sea su modo más general y frecuente de llevar adelante su trabajo. No piense demasiado en el significado de cada afirmación. La respuesta más espontánea es la más valiosa.

Cómo puntuar. Un 1 en la escala significa su total desacuerdo con la afirmación. Un 7 indica que usted está totalmente de acuerdo con la afirmación. Todos los números intermedios reflejan matices en su opinión.

Total desacuerdo // 1-2-3-4-5-6-7 // total acuerdo

N° de ítem	Afirmación	Grado de desacuerdo/acuerdo
01	Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada.	

02	Procuro que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.	
03	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión.	
04	Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad.	
05	Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.	
06	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.	
07	Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir.	
08	Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas.	
09	Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios.	
10	Los tratamientos pautados merecen escasa valoración.	
11	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.	
12	Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.	
13	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes	
14	Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos.	
15	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso.	
16	Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.	
17	Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones.	
18	Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas.	
19	Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio.	
20	Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.	
21	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal.	
22	En mis intervenciones soy predominantemente directivo.	
23	Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres.	

24	Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos.	
<i>Total desacuerdo //1-2-3-4-5-6-7 // Total acuerdo</i>		
25	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.	
26	La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio.	
27	Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible.	
28	Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo.	
29	Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.	
30	Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones.	
31	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.	
32	Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.	
33	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones.	
34	Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones.	
35	Soy bastante laxo con los horarios.	
36	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención.	

ENTREVISTA

1. ¿Realiza otro trabajo en Psicología Clínica además del que desempeña aquí? ¿Qué diferencias puede observar entre ambos? ¿Qué diferencia siente usted en su rol como profesional? (A nivel de empatía, vínculo terapéutico o recursos técnicos, y establecimiento del encuadre).
2. ¿Qué características de personalidad y recursos técnicos cree que serían necesarios que tenga un psicólogo que se desempeña en esta labor?
3. ¿Siente que le cuesta tomar distancia profesional hacia sus pacientes, durante la sesión como una vez concluida la misma?
4. ¿Considera que hay un enfoque teórico más apropiado para abordar dicha problemática?
5. ¿Se siente motivado y satisfecho a la hora de llevar a cabo esta tarea?

