

Comité de Estudio Integral del Niño/a Agredido: Una experiencia en el tratamiento de víctimas y ofensores.

*Lianeth Mata Lobo
Laura Meza Peña*

RESUMEN

El abuso sexual infantil como un fenómeno presente en nuestro medio fue hasta hace algún tiempo muy difícil de abordar, dado que resulta ser una de las problemáticas - como todas las que tienen que ver con el maltrato a los niños, niñas y adolescentes- que generan diversos sentimientos: nos resulta difícil de comprender, nos da rabia, nos genera repugnancia.

Sin embargo, ha aumentado notablemente el reconocimiento de casos de abuso sexual y la toma de conciencia sobre la necesidad de brindar atención especializada en el campo de la salud, para ofrecer alternativas de tratamiento tanto para las víctimas, como para los ofensores sexuales juveniles desde la perspectiva de que la prevención del maltrato infantil yace en la prevención de la ofensa.

El modelo de tratamiento que se plasma a continuación responde a la experiencia desarrollada desde hace 18 años por el servicio de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños, pionero en la atención de este tipo de problemáticas y a la vez, se pretenden enriquecer otras experiencias afines al tratamiento y prevención del abuso infanto juvenil.

INTRODUCCION

La experiencia desarrollada en el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica nos indica que el maltrato infanto-juvenil es un importante problema de salud pública, no solamente por los aumentos en la mortalidad, morbilidad, sino también por sus secuelas y la

discapacidad que deja en los niños, las niñas y adolescentes víctimas de maltrato.

Las prácticas en la historia de la humanidad nos ubican ante un complejo problema que tiende a perpetuar el ciclo de la violencia, repetido y transmitido de generación en generación y asociado a causas de origen estructural, económico, político y cultural.

En procura de ofrecer alternativas de tratamiento y atención a la problemática de la violencia contra los niños y las niñas, ejercida principalmente por los padres, cuidadores y otras figuras cercanas física y afectivamente, se constituyó hace 18 años el primer Comité en Costa Rica, único en ese momento en el ámbito latinoamericano para atender dicho problema.

ANTECEDENTES: COMITÉ DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL NIÑO/A AGREDIDO/A (CEINA).

La atención integral a la problemática del maltrato infanto-juvenil es una responsabilidad que compartimos todos los miembros de una sociedad y para su abordaje se requiere de una atención interdisciplinaria e interinstitucional. De tal manera, que pueda brindarse la atención oportuna, integral, eficiente y que contemple medidas sociales, psicológicas, biológicas y legales, como parte de los elementos básicos fundamentales para la intervención en esta problemática.

El trabajo en equipo es una manera de abordar problemas de una forma especial, en donde se combinan conoci-

mientos particulares que se articulan en un proceso de trabajo grupal, tendiente a la ejecución de tareas para alcanzar metas y objetivos.

El Comité de Estudio y Tratamiento Integral del Niño Agredido (CEINA) fue creado en el año de 1980 por iniciativa de la jefe de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños, Licda Ana Virginia Quesada y la colaboración de otros profesionales interesados en el problema.

Miembros que integran el Comité:

Conforman el comité profesionales de diferentes disciplinas del Hospital Nacional de Niños: trabajadoras sociales, médicos pediatras, médicos psiquiatras, personal de enfermería y una asesora legal. También forma parte del equipo una representación del Patronato Nacional de la Infancia; institución que por Constitución Política le corresponde velar por la protección de la niñez en nuestro país.

Desde el año 1997 se integró al CEINA una fiscal, representante del Ministerio Público, a fin de agilizar el trámite legal de denuncia.

Funcionamiento:

Este equipo interdisciplinario e intersectorial se reúne una vez por semana, los días lunes por espacio de aproximadamente tres horas y se realizan las siguientes tareas:

- Conocimiento, discusión y toma de decisiones respecto a las acciones a seguir en las situaciones filtradas durante la semana, a través de interconsultas que son remitidas por los diferentes servicios

del hospital (servicios de hospitalización o de consulta externa), de otros niveles de atención en salud, otras instituciones y organizaciones comunales.

- Discusión con respecto a la evolución y toma de decisiones relacionadas con el seguimiento y tratamiento de las situaciones ya filtradas.
- Análisis sobre la evolución de situaciones consideradas de alto riesgo, a través de los informes de seguimiento enviados por el Patronato Nacional de la Infancia.
- Programación de cursos de capacitación dirigidos a funcionarios que laboran en el campo de captación, atención y tratamiento del abuso infanto-juvenil.
- Programación de actividades de divulgación e información a grupos de estudiantes, comunidades, organizaciones e instituciones.
- Durante la semana la dinámica habitual es la siguiente:
- Atención de situaciones nuevas: el usuario (a) accede al servicio de atención a través de interconsulta al Comité desde el servicio de Consulta Externa o de Hospitalización y también algunos son referidos directamente desde sus localidades por grupos profesionales que laboran en diferentes instituciones públicas y privadas.

El personal de salud al detectar situaciones que le indiquen la probabilidad de que exista abuso de tipo sexual, físico, emocional, negligencia u otro tipo de maltrato, envía la referencia al comité, detallando en la historia clínica la versión aportada por el paciente y el acompañante acerca de los hechos y la cronología de los hallazgos físicos o conductuales que fundamentan la posibilidad de agresión.

Evaluación del Comité:

Generalmente la trabajadora social es la profesional que recibe la interconsulta, realiza la valoración preliminar y refiere a otros profesionales para que inicien su respectiva intervención.

Considerando la trascendencia legal

a la que conlleva estas situaciones, el médico pediatra del comité los revalora para ampliar el diagnóstico y solicitar los exámenes radiológicos, de laboratorio y otros que se requieran para fundamentar la presencia y etiología de la agresión.

Según el protocolo de procedimientos de atención social en problemas médicos agudos y de violencia en niños, niñas y adolescentes hospitalizados del Hospital Nacional de Niños (1998), la evaluación del riesgo de cada una de las situaciones conlleva:

- La elaboración del diagnóstico preliminar por parte de cada profesional.
- Discusión en equipo: donde se toman acuerdos relacionados con la denuncia legal, otras acciones de tratamiento, notificaciones y decisiones sobre la ubicación del niño, niña o adolescente víctima de abuso y en función de la protección del menor de edad. La determinación de ubicación se realiza considerando el hogar biológico, hogar sustituto por consanguinidad y afectividad. La reubicación institucional se considera como una última alternativa, a través del Patronato Nacional de la Infancia.
- Los resultados del seguimiento: el cual queda a cargo del Patronato Nacional de la Infancia o del Hospital Nacional de Niños según sea su naturaleza, el mismo también puede ser compartido por ambas instituciones, salvaguardando el interés superior del niño/a y en procura de la no reincidencia de la agresión¹.

Investigación y tratamiento:

El tratamiento psicosocial requerido para cada situación, depende principalmente de los resultados de la valoración social profunda, que permita definir los factores de riesgo y los protectores presentes en el paciente, su familia y el contexto. Los (as) profesionales deben abocarse en un lapso de tiempo corto a investigar los factores asociados y/o precipitantes del maltrato.

Las técnicas propias de investigación (observación, entrevistas, visitas domiciliarias e institucionales, consultas de

fuentes secundarias) se aplican valorando además la historia familiar de violencia, experiencias traumáticas, problemas de personalidad, encubrimiento y elaboración de circunstancias del maltrato, que presentan las personas involucradas en la situación de agresión.

El trasfondo emocional y subjetivo del problema es tratado con una revaloración continua de la situación, con base en el diagnóstico y pronóstico médico de las lesiones encontradas.

Para completar la valoración diagnóstica, el protocolo de procedimientos de atención social en problemas médicos agudos y de violencia en niños, niñas y adolescentes hospitalizados del Hospital Nacional de Niños (1998), define en cada situación lo siguiente:

- Profundizar en la valoración médica respecto a aspectos específicos que favorezcan la documentación del diagnóstico por Síndrome de Niño(a) Agredido(a).
- Evaluación del médico (a) forense.
- Profundizar en la investigación social con fuentes colaterales en el ámbito familiar y comunal.
- Posteriormente y una vez definido el diagnóstico preliminar, se determina el tratamiento terapéutico a seguir: cierre de la situación cuando se descarta agresión ó el seguimiento psicosocial y legal por parte del Patronato Nacional de la Infancia, o bien, seguimiento por parte del Hospital Nacional de Niños.
- Denuncia legal del hecho².

El seguimiento social en el Hospital Nacional de Niños, se realiza en aquellas situaciones en que no se logra sustentar el abuso, pero se determinan factores de vulnerabilidad asociados que ubican la situación como de alto riesgo, siendo el seguimiento de carácter preventivo. Este tipo de tratamiento es selectivo por las limitaciones de personal para su seguimiento.

Otras acciones son:

a- Información y difusión

- Charlas, conferencias y cursos dirigidos a instituciones públicas, priva-

das, organizaciones, estudiantes de secundaria y universitarios.

- Difusión en los medios de comunicación colectiva.

b- Capacitación y asesoría

- Asesoría a unidades de Trabajo Social y comités de atención al niño, niña y adolescente agredido en el ámbito nacional.
- Apoyo para la creación de fuentes alternativas de reubicación extrahospitalaria desde una perspectiva que involucra socializar la necesidad, brindar la asesoría técnica necesaria y la capacitación a los voluntarios que asumirán el cuidado del niño(a).

- Asesorías a comisiones especiales en la Asamblea Legislativa del Poder Legislativo de la República, para las modificaciones legales o la creación de leyes de protección a la infancia y adolescencia.

- Investigación bibliográfica sobre el tema y actualización de las estadísticas mensuales de atención por agresión.

- Participación y colaboración en trabajos finales de graduación, relacionados con el tema del abuso infanto-juvenil.

Coordinación interinstitucional

Siendo el comité de estudio y tratamiento del niño/a agredido/a, un comité de atención en el ámbito hospitalario, su alcance es limitado, de tal manera que para desarrollar acciones consistentes, efectivas y de cobertura, se requiere de una estrecha relación con las instituciones involucradas en la atención del maltrato.

Por ley a la institución que le corresponde en Costa Rica, velar por la protección del niño/a y su familia es al Patronato Nacional de la Infancia, siendo esta la razón por la cual la coordinación principal se realiza con dicho ente, con el fin de canalizar las situaciones de alto riesgo para asegurar el respectivo seguimiento o reubicación temporal o permanente del (los) menor (es) de edad afectados/as.

Otra de las instituciones que prestan

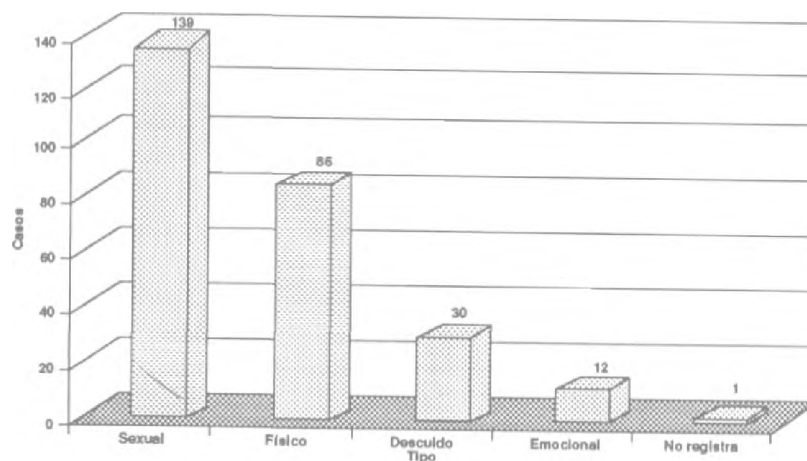
un servicio clave en la atención del maltrato infanto-juvenil es el Poder Judicial, a través del Ministerio Público y la Medicatura Forense. Con el Ministerio Público se coordina la ejecución de las denuncias en las situaciones en que el Comité lo recomienda, mientras que con la Medicatura Forense el objetivo se canaliza a realizar las valoraciones correspondientes y documentar pruebas desde el punto de vista médico-legal, posterior a haberse planteado la denuncia judicial del hecho.

Socialmente a la familia se le confiere la función de protección de sus miembros y cuando esta labor "falla" se genera una crisis a su interior, de importante connotación socio-emocional y de evidentes secuelas que ameritan de un abordaje profesional e integral.

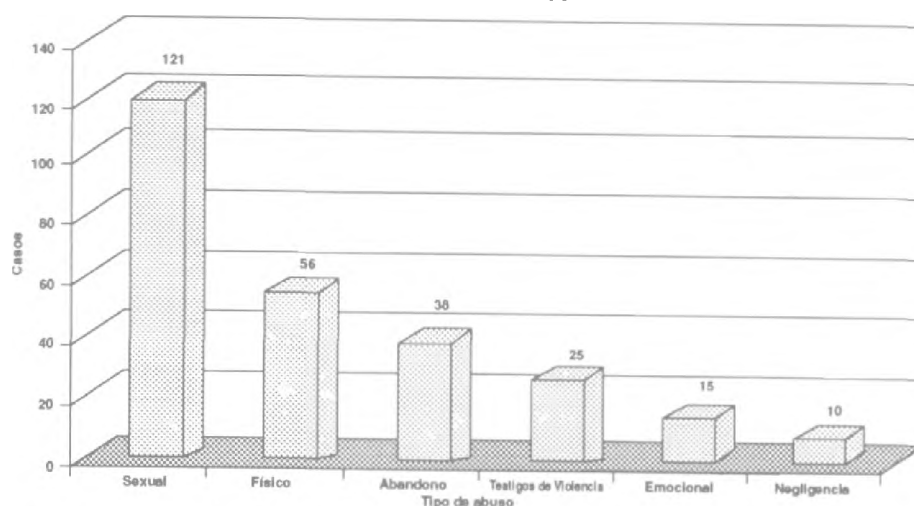
Según lo indican las estadísticas del Comité de Estudio y Tratamiento del Niño(a) y Adolescente Agredido(a) se ha incrementado la demanda de atención y tratamiento de situaciones relacionadas con la problemática del abuso sexual infanto-Juvenil (Ver gráficos #1 y #2).

ABUSO SEXUAL INFANTIL: PARTICULARIDADES EN EL TRATAMIENTO.

Tipo de Abuso que presentan los niños, niñas y adolescentes
Departamento de Trabajo Social
Hospital Nacional de Niños
Enero - Noviembre 1997



Tipo de Abuso que presentan los niños, niñas y adolescentes
Departamento de Trabajo Social
Hospital Nacional de Niños
I Semestre 1998



Fuente: Hospital Nacional de Niños, Departamento de Trabajo Social, Estadísticas CEINA 1997-1998

Si bien es cierto, los gráficos no permiten comparar períodos similares de tiempo, proyectivamente si se evidencia un incremento de la demanda de situaciones de abuso sexual, aproximado al ciento por ciento con respecto al año 1997. Tampoco se puede sustentar un aumento en la incidencia de la problemática, pero si es posible determinar entre otros un conjunto de factores coadyuvantes para una mayor denuncia:

- Percibir la situación como un problema de salud pública.
- Mayor información y conciencia de los daños y secuelas que el abuso sexual manifiesta en las personas.
- La detección oportuna asociada a campañas preventivas dirigidas a la población general.

Ante esta situación el CEINA aborda la problemática del maltrato infantil desde dos perspectivas:

- * Prevención oportuna: desarrollada a través de la capacitación de los recursos comunales e institucionales existentes en el medio donde el niño y la familia están inmersos.
- * Atención secundaria: contemplando el tratamiento del niño, la niña y adolescente agredida y su red familiar en la reparación del daño y el manejo adecuado de la situación con un enfoque educativo y orientado a la no revictimización.

Como ya fue mencionado, por lo general el filtro de la atención de casos, es decir, la interconsulta, se canaliza a través del Departamento de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños.

A partir de la experiencia desarrollada el Comité ha asumido la necesidad de normar la atención, protocolizando un modelo de intervención en crisis.

FASES DE INTERVENCIÓN EN LA CRISIS DE REVELACION DEL ABUSO SEXUAL

El trabajo con las víctimas y sus familias se aborda a partir de tres fases:

1-Contacto Psicosocial:

En esta fase inicial "se busca esta-

blecer una relación de confianza y de empatía tanto con la víctima como con su familia, a través de un contacto interpersonal. Se dimensiona con un interés de profundizar en las particularidades de la situación de crisis"³.

La crisis como proceso limita la capacidad que tienen las personas para manejar la situación con sus propios recursos, es decir, se imposibilita la toma de decisiones porque la persona no puede evaluar objetivamente las circunstancias actuales, siendo para ello necesario el apoyo externo.

En este proceso de intervención se debe apoyar y contener a los afectados y afectadas, de tal forma que se facilite el ambiente para la expresión de sentimientos de interés, preocupación y validación de las necesidades del niño, niña, adolescente y su familia.

Se reconoce el hecho de que existen manifestaciones características del abuso sexual, pero que se particularizan según los recursos de la familia, el significado personal que cada cual asigna a sus experiencias de vida y el contexto particular de interacción social.

En esta fase se busca que se pueda:

- * Garantizar la seguridad de la víctima implementando las medidas requeridas para detener la situación abusiva;
- * Ofrecer un ambiente seguro, confidencial, cálido, de escucha, comprensión y apoyo;
- * Mostrar una actitud receptiva que permita disminuir los miedos y encontrar alternativas para enfrentar la situación, brindando confianza, tranquilidad y ampliando la información necesaria respecto al proceso a seguir;
- * Fortalecer a la familia a través del apoyo social y psicológico, para favorecer el proceso de contención para la víctima a través de su grupo primario⁴

2- Exploración del Abuso:

Se explora "la vivencia del abuso, los sentimientos asociados y se busca disminuir las tendencias de aislamiento y estigmatización a las que se encuentran

expuestos el niño, niña, adolescente y su familia"⁵

Para trabajar experiencias dolorosas, se emplean distintas técnicas para liberar tensión según sea el objetivo terapéutico. Así por ejemplo, técnicas ludoterapéuticas (para el caso de los niños, niñas y adolescentes), y las de encuadre para el trabajo con los miembros de la familia, dirigidas a facilitar las condiciones para el crecimiento grupal frente a su experiencia de crisis.

Los objetivos de la fase son los siguientes:

- * Manejar el daño del abuso facilitando las condiciones para hablar de lo sucedido y de los sentimientos que genera: culpa, miedo y otros sentimientos asociados;
- * Orientación a la familia y la víctima sobre el debido proceso que corresponde para la atención efectiva de la situación y que contempla entre otros: valoración médica, psicológica y/o psiquiátrica, social, legal;
- * Unificar criterios sobre el manejo del problema.

3- Educación:

El objetivo de la atención se concreta en ayudar al paciente y sus familiares para el reconocimiento respecto a la forma en que han sido afectados por el abuso, entendiendo las necesidades, síntomas y reacciones de la persona ofendida y su familia. Paralelamente, se promueven conductas de autocuidado con miras a fortalecer el sistema de recursos en la red significativa de interacción y a fin de garantizar opciones de protección para la víctima.

En esta última fase se tiene como objetivos:

- * Facilitar las condiciones para que a través de un proceso educativo se eviten abusos posteriores;
- * Comprometer a la víctima y su familia para continuar en un tratamiento más especializado en caso de que lo requieran;

* Sintetizar lo discutido y establecer un compromiso entre los miembros de la familia para apoyar a la víctima.

TRABAJO CON OFENSORES SEXUALES JUVENILES: "UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL"

Al trabajar con la particularidad de la casuística de atención, es importante destacar el incremento de situaciones en que la dinámica del abuso se contextualiza al interno de la familia y particularmente, involucrando a víctimas y ofensores menores de edad que comparten vínculo consanguíneo (ofensores sexuales juveniles).

De forma específica, en cuanto a la problemática del abuso sexual perpetrado por adolescentes menores de edad, entre los años de 1990-1997 y mediante la atención de la(s) víctima(s) y su(s) familia(s), cuantitativamente el CEINA ha presentado el siguiente comportamiento:

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, del año 1990 al año 1997 se ha incrementado en más de siete veces la población de adolescentes varones detectados, evidenciando su punto más alto en el año 1996 cuando aumentó en más de ocho veces. Este crecimiento revela una cifra significativa (si se quiere alarmante) que sustenta una necesidad de atención, toda vez que estos adolescentes tienen una mayor posibilidad de desarrollar un comportamiento ofensivo sexual progresivo.

Esta demanda anteriormente señalada, aunada a la expectativa de que la prevención del abuso sexual infantil yace en la prevención de la ofensa, despertó el interés por iniciar la primera experiencia en el sector salud para el abordaje en el ámbito de tratamiento y como un apéndice del trabajo realizado por el Comité de Estudio y Tratamiento del Niño(a) y Adolescente Agredido(a).

SUSTENTO TEORICO DEL TRATAMIENTO

La alternativa de atención se sustenta en las premisas teóricas desarrolladas

por las terapeutas norteamericanas Connie Isaac y Sandy Lane, a partir de su experiencia con población ofensora sexual juvenil, en cuanto a que es posible identificar un proceso cíclico de conductas vinculadas al patrón de comportamiento sexual abusivo, en el que las distorsiones cognitivas se distinguen como acontecimientos coadyuvantes para que el adolescente ofensor agudice sus niveles de ansiedad. Así, se tiene que:

- Su conducta sexual abusiva no tiene un carácter súbito, impulsivo y/o espontáneo, sino que se encuentra precedida por una conjugación identificable de sentimientos y conductas.
- El proceso precedente a la conducta sexual abusiva se manifiesta en cualquier tipo de persona, indistintamente de su edad, condición social o su estrato socioeconómico.
- El abuso sexual expresa una relación de poder y control, por lo que debe de ser analizada como una reacción compensatoria y desadaptativa, que se relativiza según el significado personal atribuido a las vivencias de determinados fenómenos familiares y sociales, en su vinculación con lo cotidiano⁶.

De ahí, la importancia de ofrecer al ofensor sexual juvenil una atención integral y especializada respecto a la comprensión y cambio de su comportamiento y actitud sexual.

FASES DE INTERVENCIÓN

Evaluación y Filtro

Se desarrollan entrevistas a profundidad dirigidas a establecer una evaluación de riesgo. Las mismas, ameritan de un promedio de 6 sesiones de abordaje individual y familiar, y contextualizadas como parte del proceso de filtro previo al programa de tratamiento grupal.

En este proceso de evaluación y filtro, se toma como base la guía ofrecida por Eliana Gil sobre factores de riesgo, la que permite tipificar la peligrosidad del ofensor sexual juvenil en términos de

CUADRO N°1

CLASIFICACION DE OFENSORES SEXUALES JUVENILES ATENDIDOS POR EL COMITE DE ESTUDIO INTEGRAL DEL NIÑO(A) AGREDIDO(A), SEGUN TIPO DE DELITO SEXUAL COMETIDO DURANTE EL PERIODO ENERO 1990-DICIEMBRE 1997.

Delitos Sexuales	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Abusos Dishonestos	4	5	7	25	29	26	32	29
Corrupción de Menores	1	0	3	2	4	2	5	4
Tentativa de Violación	0	1	2	2	1	3	2	2
Violación	0	1	1	2	4	3	3	3
TOTAL	5	7	13	31	38	34	42	38

FUENTE: Hospital Nacional de Niños Dpto. de Trabajo Social
Estadísticas CEINA 1990 - 1997

bajo, mediano y alto riesgo.

Tratamiento Grupal

En la etapa de tratamiento grupal, se toman en consideración los siguientes criterios de selección:

- Que se ubique en un nivel de riesgo bajo o moderado.
- Que posea una edad que oscile entre los 12 y 16 años.
- Que no presente problemas de retardo mental.
- Que al menos su familia tenga conocimiento de la comisión del (os) abuso(s).
- Que haya cometido de 1-3 ofensas no sádicas o ritualistas.
- Que durante el proceso de evaluación, manifieste una admisión total o parcial respecto de la (s) ofensa (s).
- Que no presente problemas de uso de drogas o consumo de alcohol.
- Que tanto el adolescente ofensor como su familia acepten formalizar la incorporación a tratamiento mediante la firma de un contrato terapéutico⁷.

Ante la naturaleza compleja de la conducta sexualmente desviada, se ha requerido de la utilización de un enfoque de tratamiento que incluye distintos componentes: cognitivos, conductuales, educacionales, psicodinámicos y familiares. Aspectos todos, vinculados al establecimiento de un sistema terapéutico grupal dirigido a la modificación de los mecanismos de interacción individuales y familiares existentes, como elementos coadyuvantes en la prevalencia de la "cultura del abuso".

En el contenido del proceso grupal se contemplan 16 sesiones de carácter cerrado, de enfoque terapéutico directivo y de connotación educativo-preventivo respecto a la deconstrucción del ciclo de conducta compensatoria. Esto, en el contexto de un ambiente de iguales y en el que sea factible la socialización de experiencias y el abordaje de los temas generadores planificados.

En el desarrollo del programa de tratamiento grupal se pueden distinguir tres etapas de tratamiento:

I. Primera Etapa: Conciencia sobre el (los) Actos Abusivo(s):

En esta fase inicial, la dinámica grupal se orienta hacia el logro de dos objetivos:

- Desarrollar la cohesión grupal,
- Construir puntos de referencia junto con los miembros del grupo: Esto con el fin de derivar discusiones subsecuentes y catarsis individual respecto a la revelación y manifestación de su comportamiento sexual desviado en términos de la perspectiva de la víctima, implicaciones legales, sociales y familiares, manifiestas tanto en él como para otros, y reencuadrando su comportamiento en función del "efecto" que suscita su proceder en otras personas: víctimas, familia de las víctimas, amigos, comunidad, entre otros.

II. Segunda Etapa: Perfil sobre las Motivaciones para Cometer el (los) Abuso(s):

En esta fase se prioriza en los eventos o «condiciones previas» asociadas al adolescente antes de que cometiera la (s) ofensa (s) sexual (es).

Específicamente, se trabaja en torno a las cuatro condiciones previas mencionadas en el modelo de David Finkelhor:

- Motivación: (necesidades emocionales, despertar sexual, bloqueo).
- Barreras Internas: Se distinguen como la segunda precondition y se inicia cuando una vez motivado, el adolescente se convence a sí mismo de que tiene que cometer la ofensa.
- Barreras Externas: Se constituyen en las condiciones que le facilitan al adolescente la manera de concretar su ofensa. Las barreras externas son muy importantes porque el adolescente puede sentir el deseo y decidir hacerlo, pero sólo podrá ofender si tiene acceso a la víctima.
- Resistencia de la Víctima: Este es uno de los elementos que se asocian a la capacidad que posee el ofensor para manejar riesgo (manipulación física, manipulación psicológica y manipulación del entorno) y luego de haber superado las

barreras anteriores.

III. Tercera Etapa: Identificación de los errores de pensamiento y distorsiones cognitivas:

El contenido de esta fase se implementa a partir de la deconstrucción del ciclo particular de conducta compensatoria, que representa el proceso de distorsión cognitiva mediante el cual, el adolescente ofensor perpetra el acto ofensivo.

Este ciclo particular de conducta compensatoria se distingue como el conjunto de pensamientos, sentimientos, eventos y actividades, en las que se involucra el adolescente previo a pensar en cometer la ofensa sexual.

IV. Cuarta Etapa: Diseño y operación del plan preventivo de ofensa:

En esta fase el objetivo se concreta en el diseño de un plan preventivo de ofensa, tratando de ser lo más específico posible, por lo que se incluyen los aspectos del: qué, quién, cuándo y cómo, con relación a la elección de la víctima, la oportunidad para actuar y las conductas de manipulación y distorsión. Esta delimitación de las condiciones particulares con respecto a su patrón ofensivo, facilita el diseño del plan preventivo el que es visualizado como una estrategia conductual que supone la definición cuidadosa de las situaciones de riesgo particular para cada adolescente, su movilización para generar el mayor número de respuestas potenciales de enfrentamiento y la evaluación de la capacidad de cada respuesta en función de la no reincidencia del comportamiento abusivo.

En general, durante todas las fases del proceso de tratamiento se prioriza en el desarrollo de técnicas de confrontación y catarsis asociadas a los aspectos de sexualidad, género, poder, descodificación del abuso, entre otros. Además, como complemento y para efectos del cierre de cada una de las sesiones, se implementan técnicas de entrenamiento asertivo desarrolladas y modeladas al interno del grupo.

De forma paralela se trabaja con la familia de cada uno de los adolescentes en el tanto que la familia se distingue como un elemento de control externo a la terapia. Es decir, se constituye en un recurso de apoyo al tratamiento del adolescente respecto a las nuevas pautas de interacción y vinculación, y asociadas al cambio de su conducta sexual abusiva. Entre los aspectos desarrollados se destacan:

- Descodificación del plan de tratamiento y formalización del contrato terapéutico (incluido el adolescente).
- Trabajo sistemático y periódico con padres y adolescente.

AMBITOS Y PRINCIPIOS DE INTERVENCION

De forma general, la labor del CEINA en los dos ámbitos de atención: víctimas y ofensores juveniles, se sustenta en los principios de intervención anotados por el Programa de Atención e Intervención en Maltrato Infantil del Servicio Nacional de Menores (SENAME) en Colombia:

La protección: Visualizando al niño, la niña y al adolescente como sujetos de derecho y de protección, fundamentados en la normativa vigente, la Convención sobre los Derechos del Niño y el Código de la Niñez y la Adolescencia.

La integralidad: Mediante la intervención coordinada de las instituciones y del equipo profesional, se busca la atención de las implicaciones de la situación brindando tratamiento integral.

La interdisciplinaria: La atención integral a este complejo problema conlleva la toma de decisiones acertadas en la atención de cada una de las situaciones, el perfil de los y las profesionales y el autocuidado del equipo. Lo anterior, por cuanto se debe reflexionar sobre los sentimientos, actitudes y prácticas que se derivan de la tarea que se realiza y que afectan la salud emocional de cada uno de los miembros que constituyen el equipo.

La especialización: Fundamentado en el concepto de especialidad que se requiere en la intervención de la problemática, se cuenta con personal de amplia experiencia y dominio del tema, con capacidad técnica, vocación y ética profesional.

La familia, la comunidad y la práctica de red: Se involucra a diferentes entidades, de modo que se incorporen y faciliten las alternativas de solución en el contexto local. Se pretende evitar la revictimización secundaria, por lo que se parte de un reconocimiento del territorio institucional y organizacional que coadyuve en el proceso de intervención, seguimiento y cooperación para que la última medida que se tome sea la separación del niño, la niña o adolescente de su núcleo familiar⁸.

CONSIDERACIONES FINALES

El tratamiento interdisciplinario al maltrato infanto-juvenil cobra importancia en el marco del concepto de salud integral, por cuanto la violencia es un fenómeno histórico que paulatinamente adquiere nuevas dimensiones, de forma paralela a las diferentes manifestaciones de deterioro social: drogadicción y alcoholismo, narcotráfico, entre otros factores; pero que en su adición, inciden en el cambio de valores sociales y culturales y favorecen el desarrollo de conductas abusivas y violentas.

En lo referente a la atención que se brinda al problema de la violencia y el maltrato en el ámbito de la Caja Costarricense del Seguro Social, la ausencia de una política institucional paralelo al predominio de un enfoque de atención biológica, deriva en que el problema de la violencia sea visualizado como exclusivo de Trabajo Social y tiende a invisibilizar su magnitud y trascendencia en la vida de las personas.

A pesar de estas limitaciones, el

CEINA ha desarrollado su experiencia de trabajo en el marco de la interdisciplinaria e intersectorialidad, como un imperativo que posibilita el contar con un diagnóstico y tratamiento integral del problema del abuso, según los requerimientos del debido proceso. Además, de que el trabajo en equipo facilita el espacio para la interacción grupal, compartiendo responsabilidades y propiciando una instancia para la expresión de los sentimientos y frustraciones que generan este tipo de problemas.

Es importante no olvidar que el desempeño del quehacer profesional a partir de este tipo de problemática, implica contar con capacitación continua para dotar a los y las profesionales de las herramientas técnicas y la capacidad empática necesaria para sensibilizarse y solidarizarse con el sufrimiento y el dolor. No obstante, esta intervención profesional humanizada, debe ser manejada en forma tal, que podamos constituirnos en soporte para acompañar en el dolor, en el sufrimiento, compartiendo el conflicto pero a la vez, constituyéndonos en un recurso para aclarar y verificar los cambios que se pueden realizar en aras de mejorar la situación.

El desarrollo de un programa de tratamiento especializado orientado a disminuir la reincidencia de la conducta abusiva temprana, tiene la posibilidad de traducirse en efectos positivos respecto a disminuir la cantidad de víctimas atendidas y la magnitud de las secuelas y validando además, los derechos que tienen tanto víctimas como ofensores a aprender a desarrollar una sexualidad positiva, que enriquezca sus vidas y que signifique formas de interrelación alternativas no violentas.

NOTAS

1. Servicio de Trabajo Social Hospital de Niños, 1998: 1-4.
2. Servicio de Trabajo Social Hospital de Niños, 1998: 1-4.
3. Trujillo y otras, 1995:18
4. Idem: 21.
5. Idem: 26.
6. Isaac y otra, 1982:5.
7. Servicio de Trabajo Social, Protocolo de Atención de Ofensores Sexuales Juveniles 1997.
8. SENAME, 1996:44-45.

BIBLIOGRAFÍA

- Batres, Gioconda (1997). Del ultraje a la esperanza; Tratamiento de las secuelas del incesto. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. ILANUD.
- Bustos, Juan (1996) Programa de Atención e Intervención en Maltrato Infantil. Servicio Nacional de Menores (SENAME). Colombia.
- Finkelhor, David (1979) Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. Editorial Pax México.
- Fontana, Vicente (1979) En defensa del niño maltratado. Editorial Pax México.
- Fundación Paniamor (1996) Manual de contenidos: violencia y abuso sexual contra personas menores de edad. Editores Raymundo Brenes Rosales y Milena Grillo. San José, Costa Rica.
- Isaac S. y otra (1982) Teoría del Círculo de Conducta Compensatoria del Abuso Sexual. Mimeografía. Estados Unidos de Norteamérica.
- O'Connell, E (1989) Working with sex offenders- guidelines for therapists selection. Mimeografía. Estados Unidos de Norteamérica.
- Rush, A y otros (1987). Understanding and managing child sexual abuse. Mimeografía USA.
- Vargas Trujillo y otros (1996) Intervención en casos de abuso sexual en estado de crisis. Asociación colombiana para la defensa del menor maltratado. Santafé de Bogotá, Colombia.