



**Universidad Católica del Uruguay**  
**Escuela de Postgrados**

**ESTRÉS Y APOYO SOCIAL EN FAMILIAS CON MALTRATO Y  
ABUSO SEXUAL HACIA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

Tesis para obtener el título de Magister en Psicología Familiar Sistémica presentada  
por Lic. en Trabajo Social María Eugenia Fernández

Tutora: Dra. Cecilia Cracco

Junio de 2020  
Montevideo, Uruguay



## RESUMEN

El objetivo de la presente tesis fue profundizar en el conocimiento de variables que se presentan en las familias. Se realizó un estudio empírico para describir el nivel de estrés y apoyo social en familias con maltrato y abuso sexual hacia NNA y su eventual vinculación con el éxito o fracaso de las intervenciones psicosociales especializadas en la temática. Se utilizó una metodología cuantitativa, descriptiva y longitudinal, en una muestra ( $N= 40$ ) de adultos referentes de NNA derivados a atención en servicios especializados en maltrato y abuso sexual ubicados en Montevideo y Canelones (Uruguay), en etapa inicial de atención. La caracterización socioeconómica evidenció un nivel socioeconómico bajo en la población participante. En cuanto a las variables estudiadas se constató una correlación positiva entre acumulación de estresores y nivel de estrés, y una correlación negativa entre acumulación de estrés y nivel de estrés respecto a la percepción de apoyo social reportado por los adultos. En el análisis de regresión logística binaria no se encontró evidencia estadística que demostrara que las variables pedido de ayuda, estresores, nivel impacto y apoyo social, pudieran officiar como predictoras de éxito o fracaso en las intervenciones psicosociales realizadas.

**Palabras claves:** *maltrato infantil; estrés; apoyo social; familias multiproblemáticas; intervenciones psicosociales*

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a cada una de las personas que hicieron posible la realización de este trabajo:

En primer lugar a la Dra. Cecilia Cracco, tutora de tesis, que me ha acompañado, orientado, oficiado de ayuda y soporte durante todo el proceso de trabajo, iluminándome con toda su calidez humana y profesional.

A los docentes de la maestría en Psicología Familiar Sistémica, que han sido parte de todo este proceso de aprendizaje y crecimiento académico.

Un especial agradecimiento a la Organización No Gubernamental y a sus tres proyectos de atención por habilitar y abrir sus puertas para la realización de esta investigación. A cada uno de los integrantes del equipo de trabajo, que han colaborado aportando datos, literatura, convocando y reuniendo familias; y además brindando motivación, apoyo y contención emocional.

A cada una de las familias que participaron voluntariamente, abriendo su intimidad y brindando su tiempo.

A mi familia y amigos que me han ofrecido su apoyo incondicional durante toda mi formación, en especial a mi pareja que me ha sostenido cotidianamente y estimulado a continuar este proceso.

## INDICE

Resumen.....	2
Agradecimientos.....	3
Índice.....	4
Lista de tablas y lista de figuras.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1: Violencias.....	9
1.1 Conceptualización de la violencia.....	9
1.2 Violencia Intrafamiliar.....	11
1.3 Violencia a la infancia en el ambiente familiar.....	13
1.4 Tipologías del maltrato infantil.....	16
Capítulo 2: Estrés y apoyo social.....	21
2.1 Estrés.....	21
2.2 Teoría del estrés familiar.....	23
2.3 Estresores.....	26
2.4 Apoyo Social.....	29
Capítulo 3: Estrés y apoyo social en familias con maltrato y abuso sexual hacia los NNA a cargo.....	32
3.1 Violencia familiar y estrés.....	32
3.2 Apoyo social en situaciones de violencia intrafamiliar.....	36
3.3 Estrés y apoyo social en familias con violencia intrafamiliar.....	41
Capítulo 4: Método.....	46
4.1 Objetivo general y objetivos específicos.....	46
4.2 Participantes.....	47
4.3 Instrumentos.....	48
4.4 Procedimiento.....	50
4.5 Diseño y análisis de resultados.....	51
Capítulo 5: Resultados.....	53
5.1 Características sociodemográficas de las familias.....	53
5.2 Datos relacionados al motivo de atención.....	54
5.3 Percepción de estresores y nivel de estrés.....	55
5.4 Percepción de apoyo social.....	57

5.5 Relación entre variables familiares estudiadas.....	58
5.6 Primer seguimiento de proceso de intervención.....	59
5.7 Segundo seguimiento de proceso de intervención.....	60
5.8 Evolución de nivel de asistencia y compromiso: reporte de primer y segundo seguimiento.....	62
Capítulo 6: Discusión de los resultados.....	64
6.1 Análisis de las características sociodemográficas de las familias participantes.....	64
6.2 Análisis de percepción de cantidad, tipos de estresores y su nivel de impacto.....	68
6.3 Análisis del apoyo social percibido por los adultos.....	71
6.4 Análisis de relación entre estrés y apoyo social en familias con malos tratos hacia NNA.....	72
6.5 Análisis de intervenciones psicosociales.....	74
Conclusiones.....	78
Referencias bibliográficas.....	82
Apéndice: consentimientos.....	92

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Composición de Hogares.....	53
Tabla 2.	Motivo de atención de los NNA: distribución según número de tipologías.....	54
Tabla 3.	Datos descriptivos de los estresores familiares.....	55
Tabla 4.	Estresores familiares más reportados.....	56
Tabla 5.	Nivel de tensión provocado por estresores.....	57
Tabla 6.	Datos descriptivos del apoyo social estructural.....	57
Tabla 7.	Datos descriptivos del apoyo social funcional.....	58
Tabla 8.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para variables.....	58
Tabla 9.	Correlaciones entre apoyo social con total de estresores e impacto del total de estrés.....	58
Tabla 10.	Nivel de asistencia del NNA y nivel de compromiso del adulto.....	60
Tabla 11.	Nivel de asistencia del NNA y nivel de compromiso del adulto segundo seguimiento.....	61
Tabla 12.	Comparación entre primer y segundo reporte de Nivel de asistencia del NNA y nivel de compromiso del adulto segundo seguimiento.....	62

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Modelo de respuesta al estrés.....	27
-----------	------------------------------------	----

## INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema de agenda pública que afecta a muchos niños, niñas y adolescentes (NNA) mundialmente, no discrimina por cultura, raza y/o nivel socioeconómico. Uruguay no escapa a esa dura realidad y presenta números realmente alarmantes de malos tratos y abusos sexuales infantiles. Aunque se ha intentado abordar el problema de diversas formas, sigue afectando a muchos NNA que viven un calvario dentro de un entorno que debía proteger.

El Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), en su último informe de gestión plantea que durante el 2019 se detectaron 4.774 situaciones de malos tratos y/o abusos sexuales infantiles en Uruguay, esto implica 13 situaciones por día. Esta cifra viene creciendo en los últimos años y su incremento puede tener relación con el ajuste en los mecanismos de detección. El informe plantea que, aunque se han realizado esfuerzos para erradicar la violencia de las vidas de los NNA, aún no se ha logrado cumplir esa meta, el número reportado sería la punta del iceberg, lo cual indica que el problema es aún mayor de lo que se percibe (SIPIAV, 2019).

El interés por la temática surge del contacto cotidiano y de la experiencia como Licenciada en Trabajo Social en el trabajo con familias con de maltrato infantil. En la interacción e intervención se percibe el impacto de estresores cotidianos y crónicos al que se encuentran sometidos, por la presencia de la violencia intrafamiliar, el abuso sexual infantil, la desorganización familiar, el abandono de las funciones parentales, desempleo estructural, irregularidad habitacional, insatisfacción crónica de necesidades básicas, fragilidad de las redes familiares, comunitarias y el escaso apoyo social (Gómez, Muñoz & Haz, 2007; Minuchin, Colapinto & Minuchin, 2000; Rodrigo, Máiquez, Martín & Byrne, 2008).

En cuanto a los adultos a cargo de los NNA que asisten a los servicios especializados en maltrato, se percibe que suelen enfrentar estresores cotidianos y crónicos, que generan un continuo accionar, estados de hiperalerta y disminución de capacidad de afrontamiento, esto impacta en las formas de relacionarse, de afrontar la crianza y de generar entornos protectores para sí mismos y para aquellos que tienen a su cargo (Barudy & Marquebreucq, 2006; Torío López, Peña Calvo & Rodríguez Menéndez, 2008).

Algunas investigaciones sobre intervenciones psicosociales resaltan que determinados factores podrían facilitar el éxito de las mismas, planteando que la perturbación del consultante, el monto de estrés, la disposición al tratamiento y el apoyo social percibido serían factores relevantes (Leibert, Smith, & Agaskar, 2011; Winkler, Cáceres, Fernández, & Sanhueza, 1989). Teniéndolo en cuenta, en esta investigación se estudió la percepción del estrés, el nivel de impacto y el apoyo social percibido por familias con presencia de maltrato y/o abuso sexual infantil, y su eventual vinculación con los resultados obtenidos en las intervenciones psicosociales realizadas en 3 servicios especializados en maltrato infantil de Montevideo y Canelones.

En el primer capítulo se conceptualiza la violencia, luego se profundiza en la violencia intrafamiliar y se caracteriza su funcionamiento. También se expone un apartado sobre maltrato hacia la infancia, se plantea la evolución de la terminología y las tipologías de maltrato infantil.

En el segundo capítulo, se realiza una conceptualización histórica del estrés. Luego se expone la teoría del estrés familiar. Se realiza un abordaje teórico sobre el concepto estrés, estresores y sus consecuencias. También se aborda el concepto apoyo social, su creciente connotación y su función para el desarrollo individual y familiar. Se exponen aportes teóricos que enfatizan su relevancia para el afrontamiento del estrés.

En el tercer capítulo, se entrelazan las variables estrés y apoyo social, y se analiza su comportamiento en familias con maltrato infantil. Se revisan ambas variables como factores relevantes para generar cambios sostenidos en el tiempo y mejorar la capacidad de cuidados.

En el cuarto capítulo se desarrolla el método utilizado para llevar adelante el estudio empírico, planteando el objetivo general, los específicos, se describe la muestra, los instrumentos utilizados y el procedimiento llevado a cabo.

En el quinto capítulo se exhiben los resultados obtenidos y en el sexto capítulo se analizan y discuten los resultados en base a teorías y antecedentes.

Al finalizar se plantean las conclusiones, se sintetizan los principales aportes del trabajo, también se esbozan las limitaciones, se formulan lineamientos y sugerencias a futuros interesados en la temática.

# CAPÍTULO 1: VIOLENCIAS

## 1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

A nivel mundial, muchas personas conviven con la violencia. La Organización Mundial de la Salud la definió como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (O.M.S., 2002, p.3)

Atenta la integridad física y psíquica de los individuos que la padecen o se auto infringen, es acompañada por sentimientos de coerción y peligro. De esta forma, genera un estado de hiperalerta y estrés en los sujetos, que tienden a buscar refugio en un lugar protegido, donde la amenaza no se encuentre. Para muchos, sentirse a salvo implica permanecer en sus hogares, sin embargo, para otros no hay escapatoria, porque la amenaza está allí, oculta a los ojos del mundo (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2013; Perrone & Nannini, 1997; Valdivieso, Ormza, & García, 2018).

Cuando permanece oculta al mundo exterior produce una disminución significativa del control social, perpetuando el secreto intrafamiliar y la inacción ante la vulneración (Perrone & Nannini, 1997).

Esto sucedió durante siglos, permaneció oculta, invisibilizada y naturalizada; era un tema del orden de lo privado y debía ser resuelto intrafamiliarmente. Con el pasar de los años el tema ha ido tomando trascendencia, debido a la lucha social constante por problematizarla y con una importante contribución de la ciencia que ha profundizado en estudios, generando amplia evidencia de las consecuencias altamente nocivas para quienes la padecen. Paulatinamente fue generándose el pasaje de ser un tema intrafamiliar a una cuestión social, un grave problema de derechos humanos y de salud pública, que puede afectar a todos los sectores de la sociedad (O.M.S, 2005; Ravazzola, 1997).

Desde un punto de vista socio histórico, la dificultad para comprender y reconocer la violencia en las relaciones familiares, ha sido agasajada por dos procesos básicos, por un lado, la invisibilización y por otro, la naturalización. El primero, refiere

que para que un fenómeno sea visible dependerá de una serie de factores que determinan la percepción social; que sea visible o no, depende que disponga de inscripciones materiales para que lo hagan perceptible y que la sociedad en rol de observador cuente con herramientas o instrumentos que posibiliten verla (Coddou, Kuntsmann, Maturana, Méndez & Montenegro, 1995).

Históricamente, cuando se intentó medir las consecuencias de la violencia por ejemplo en contextos de guerra, se han consignado los daños materiales. Esta forma de medir impacto y daño fue utilizado también en la violencia interpersonal, por lo que durante mucho tiempo se consideró daño solo a aquél que tuviera inscripción corporal, quedando invisibilizadas otras formas de daños que son menos perceptibles, pero no por eso menos dañinas. Las referencias bibliográficas se enfocaban en maltratos físicos ocurridos en el seno familiar, como por ejemplo, el pediatra Henry Kempe que dio luz al “*síndrome del niño apaleado*” y la psicóloga estadounidense Lenore Walker que vislumbró el “*síndrome de la mujer golpeada*” en la década de los 70 (Grinberg, 2015).

Visualizar la violencia intrafamiliar implica modificar la mirada y ampliar los sensores que permitan percibirla y detectarla. En este proceso de visualización, detección y percepción, está el reconocimiento de que es un problema social. Es así como diversos autores han definido el fenómeno de múltiples maneras, concordando que representa un amplio abanico de comportamientos dentro de la problemática del maltrato y abuso generado entre las personas de un mismo sistema familiar. La familia se encuentra inscrita en un macrosistema, que está atravesado por una cultura de los malos tratos, que fue construida y reproducida durante gran parte de la historia humana; esa cultura se alimenta de múltiples factores e interacciones, que atraviesan cada neurona de los individuos, sus conexiones interpersonales, sociales y culturales a la que pertenecen (Bronfenbrenner, 1987; Rodríguez, López-Cepero & Rodríguez, 2009).

Por otra parte, el segundo proceso, denominado “*de naturalización de la violencia*”, se afirma en construcciones socioculturales de significados y significantes que atraviesan el modo de percibir la realidad, ejemplo: concepciones sobre la infancia, del rol y poder adulto, estereotipos de género, dualismos de lo bueno y malo, que moldean nuestros pensamientos y conductas. La naturalización suele traducirse a expresiones que legitiman culturalmente la violencia como un modo natural de resolver conflictos y poner límites (Acevedo, 2012; Coddou et al., 1995).

Es importante destacar que los individuos en esa situación, se encuentran insertos en un entramado sociovincular complejo, donde se desarrollan pautas de

interacciones que son adquiridas, aprendidas y reproducidas; es así como solo mediante la conciencia, problematización y el apoyo pueden ser modificadas (Perrone & Nannini, 1997; Ravazzola, 1997).

La violencia es un problema que se relaciona a esquemas de comportamiento y pensamientos, conformado por cuestiones individuales, intrafamiliares, comunitarias, sociales y de la interacción de todos estos sistemas que actúan en la cotidianidad de los individuos (Krug et al., 2013).

Para estudiar e intervenir en este fenómeno, es necesario contextualizarlo histórica y socioculturalmente, esto implica visualizarla como parte de una estructura general, pero sin dejar de ver como en su núcleo existen distintas formas en que los seres humanos ejercen su poder y dominación sobre otros, utilizando diversos métodos para que sea efectiva, sosteniéndolo por vínculos asimétricos de poder. También conduce a enfocar el análisis de la vida familiar y de su propia dinámica como sistema organizado; teniendo en cuenta el sistema de género y el sistema generacional (Bronfenbrenner, 1987; Lizana, 2012; Ravazzola, 1997).

## **1.2 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

En ese macrosistema atravesado por la historia de la violencia están los microsistemas familiares. Son sistemas complejos, en continuo cambio y transformación, requieren ajustar sus funciones de acuerdo a las necesidades de sus miembros, etapa evolutiva en la que se encuentran y momento socio histórico transitado (Bronfenbrenner, 1987; Gimeno, 2008; Haley, 1980; Minuchin, 1982; Vidal, 2001).

Se componen de miembros unidos por distintos tipos de necesidades (de supervivencia, pertenencia, identidad, afectividad, etc.), generalmente comparten una visión temporo-espacial, una historia, un proyecto y un código en común. Son sujetos activos que cuentan con la capacidad de modificar su entorno, metas y pautas de relaciones internas (Haley, 1980; Minuchin, 1982; Vidal, 2001).

Su funcionamiento se caracteriza por la interacción bidireccional de los vínculos y la comunicación circular. Es considerado como el primer espacio socializador de los individuos; se lo ha encargado de brindar cuidados básicos, generar enseñanzas y aprendizajes que posibiliten el crecimiento de sus miembros, generando así su propio desarrollo para ir transitando por las diversas etapas del ciclo vital familiar (Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1989).

Este modelo de familia nutricia, proveedora de seguridad, afecto, contención, límites y estímulos, ha sesgado durante mucho tiempo la existencia de otros modelos de familias, retrasando la posibilidad de visibilizar su contracara, como aquel entorno que también puede ser patógeno, vulnerador de derechos, donde se pueden experimentar miedos, inseguridades y dolores (Coddou et al., 1995).

Cuando la familia desarrolla una dinámica violenta, sus reglas tienden a ser poco claras o excesivamente rígidas, prima la intolerancia a la frustración, la imposibilidad de negociar y las pautas de interacción se desarrollan a través del maltrato, instalándose esa forma como la primordial para resolver conflictos. Provocando una dinámica familiar hostil, agresiva, con falta de cuidados, donde prima la negligencia, los abusos, los malos tratos sostenidos en el tiempo; es aquí donde el problema toma aún mayor contundencia ya que la presencia de este estímulo estresante sostenido en el tiempo genera recurrentes respuestas exorbitantes, intensas y duraderas, que atentan contra el desarrollo normal de cualquier ser humano (Coddou et al., 1995; García, 2002; Labrador & Crespo, 1993; Perrone & Nannini, 1997).

Estas familias pueden generar acción u omisión, producir daño físico, psicológico y/o sexual a sujetos en posición asimétrica de poder. También pueden generar abandonos, negligencia de cuidados, falta de protección y cuidados físicos a los miembros que lo requieran, la falta de respuestas a las necesidades afectivas y de estimulación cognitiva, descuidos de alimentación, de vestimentas y de atención van provocando un sinnúmero de efectos negativos en el desarrollo psicofísico de las personas (Almenares, Louro & Ortíz, 1999).

Este fenómeno ambivalente provoca un efecto devastador en los miembros. Por un lado, el acto violento es de parte de quien se espera que proteja y cuide y por otro, que el ejercicio del acto violento se desarrolla en un contexto y con un discurso que generalmente niega o justifica este tipo de acción (Sluzki & Greaser, 2004).

Lo destructor y traumático está en la redefinición interna que se hace de la violencia, donde se lo justifica por el bien del otro, a causa de las provocaciones que le genera la víctima, instalando la idea de que ese otro merece o le gusta ser receptor de tales actos. Esto forja un doble mensaje, por un lado, que quien agrede niega al otro, y por otro, que el que recibe la agresión queda imposibilitado de develar esta contradicción o generar movimientos para salir del contexto donde sucede (Maturana & Dávila, 2015; Sluzki & Greaser, 2004).

Vivir en un entorno violento es devastador y estresante, pero en la etapa de la niñez se agudiza porque genera mayor destrucción e impacto. Estar sometido a un ambiente de hostilidad, falta de afecto y cuidados, es nefasto. Todo ser humano es por esencia un ser amoroso, nace preparado para ser cuidado y amado, es a través del cuidado, afecto y amor que puede crecer y desarrollarse sanamente. Todo NNA necesita confiar en el adulto a cargo, pero si quien o quienes están a cargo violentan o se violentan entre ellos, instintivamente para protegerse y sobrevivir, deben estar continuamente en estado de hiperalerta ante cualquier estímulo que pueda ser amenazante, aumentando así su nivel de estrés (Maturana & Dávila, 2015; Maturana, Montt, Maldonado, Da Costa & Franco, 2000).

En las familias en situación de violencia intrafamiliar generalmente no existe reflexión de las conductas, en su mayoría provienen de prácticas aprendidas intergeneracionalmente e internalizadas, que fueron incorporadas a lo largo de todo el desarrollo de vida (Amar & Berdugo, 2006).

### **1.3 VIOLENCIA A LA INFANCIA EN EL AMBIENTE FAMILIAR**

A lo largo de la historia humana el mundo adulto ha controlado y sometido a la infancia, ha sido una población invisibilizada y hasta se ha rechazado la idea de considerarla como una etapa ontológica. Previo al Siglo XVII se sostenía la idea de que era el resultado de un complejo proceso de construcción social, donde la infancia no se diferenciaba de la adultez, los niños eran vistos y tratados como pequeños adultos; esto quedó plasmado en el arte de la época pre-moderna, donde se los ilustraba con rasgos físicos y vestimentas iguales a la de los adultos, se diferenciaban únicamente por su estatura y ubicación no protagónica en la ilustración (García, 1997).

Luego del período de dependencia materna, estos pequeños individuos eran integrados totalmente al mundo adulto. Durante la modernidad y con el advenimiento de la industrialización fueron utilizados como fuente de mano de obra laboral; allí fueron afectados por una alta mortalidad por las situaciones de máximo riesgo psicofísico en las que se encontraban por la situación de sanidad del momento. La escuela, como institución, tuvo un rol protagónico en la construcción de la categoría infancia, sin embargo, no todos tenían la posibilidad de acceder a ella, era un privilegio de las familias con mejor posición socioeconómica (Barrán, 2008; García, 1997).

Rousseau fue uno de los primeros en señalar la existencia de las necesidades infantiles desde el punto de vista psicofísico, esta concepción tomó connotación en el ámbito jurídico en el Siglo XIX, donde se comenzó a plantear la idea de que el Estado debía proteger a los niños dentro de los límites “permitidos por la familia”. En el Siglo XX se comienzan a esbozar sus derechos, en 1924 los declaran y se adopta la convención de sus derechos en 1989 (Junco, 2014).

Hasta ese momento, los niños eran considerados como pequeños adultos, con la diferencia que contaban con responsabilidades pero no gozaban de derechos, quedando al libre albedrío de la familia el trato que debía brindarle. En cuanto al trato, la historia deja en evidencia que se les aplicaba castigos de gran crueldad, avalados socioculturalmente, porque tenían por finalidad disciplinar y formar adultos “correctos” para que luego se insertaran y respondieran al sistema (Benavides Delgado, 2012; Bolívar, Convers & Moreno, 2014).

Así han sido sujetos de diversas situaciones de malos tratos y sometimientos, siendo el castigo físico, hasta hace pocos años, considerado como la única forma de disciplinamiento infantil válida y efectiva, para lograr la obediencia hacia los adultos. Estas premisas componen la herencia ideológica de muchos adultos que fueron criados bajo estos supuestos, por lo cual, actualmente siguen presentes en muchas familias, aun cuando legalmente está prohibido hacerlo (C.N.A, 2007; Lizana, 2012).

En 1989 se promulgó la Convención de los derechos del niño, nuestro país adhirió en 1990, siendo uno de los primeros países a unirse. Desde ese momento se estableció que:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo (Convención de los derechos del Niños, 1989, p.17).

Luego de un largo proceso de evolución social se pudo establecer que la violencia es un importante problema que atraviesa los sistemas sociales; no escapando la familia. A diferencia de otros ámbitos, la violencia intrafamiliar sucede dentro de las barreras de lo privado, donde existen normas y valores propios que muchas veces imposibilitan su modificación, normalizando y preservando conductas nocivas hacia los

miembros. Esto acrecentado por la herencia de dominación y sometimiento de la población infantil que durante mucho tiempo ha sido considerada propiedad de los adultos (Bronfenbrenner, 1987; Madanes, 1993; Perrone & Nannini, 1997).

La categoría “maltrato infantil” nace en Estados Unidos en los sesenta, donde un grupo de médicos identifican y desarrollan el “síndrome del niño apelado” para referirse a la negligencia y maltrato hacia los niños en el seno familiar. Con el transcurrir del tiempo la categoría se fue transformando hasta abarcar abusos sexuales y malos tratos psicológicos que hasta el momento pasaban inadvertidos; gradualmente el tema fue tomando trascendencia hasta insertarse en la agenda pública como un problema social y de salud pública (Grinberg, 2015).

La Secretaría Regional para América Latina del Estudio de Violencia contra NNA (2006) define al maltrato infantil como las acciones u omisiones que tienen la intención de hacer un daño inmediato al NNA, en las cuales el agresor concibe el daño como el fin principal de su agresión. Es la acción u omisión de padres, cuidadores, referentes, dentro del ambiente familiar, incluyendo las tipologías: maltrato físico, psicológico, abuso sexual y violencia entre los adultos a cargo estando los NNA presentes (Bolívar et al., 2014; O.M.S., 2016).

En muchas situaciones los adultos castigan física o emocionalmente a sus hijos para disciplinarlos, esta acción también es considerada una forma de maltrato, salvo que allí no aplica la intención del daño, sino que es considerada como una forma de educar y generalmente se basa en la propia historia del adulto que cría (Barudy & Dantagnan, 2010).

El maltrato infantil es un factor de riesgo que condiciona el ciclo de violencia intergeneracional y su transmisión. Es difícil determinar las razones que llevan a una persona con historia de maltrato en su infancia reproducir o no esa forma de vincularse con sus propios hijos. Sin embargo, se ha determinado que un porcentaje elevado de adultos maltratados físicamente en su niñez tienen una actitud positiva hacia la utilización de los métodos basados en el castigo físico (Barudy & Dantagnan, 2010; Benavides Delgado & Miranda, 2007).

También se ha determinado que los NNA maltratados familiarmente disponen de mecanismos de ajustes y adaptación a la realidad, debido a la lealtad a sus padres, normalización del ambiente abusivo, la invisibilidad del abusador, la autovaloración y la visión futura. Son NNA que tienden a normalizar ese ambiente y les proporciona un

estado funcional de equilibrio en un ambiente poco fiable (Amar, Kotliarenko & Abello, 2003).

Se ha encontrado evidencia de que los NNA víctimas de maltrato por parte del referente materno desarrollan un estilo comunicacional que se fundamenta en el desencuentro vincular (Bedoya & Giraldo, 2011). Y que aquellos que se encuentran institucionalizados se perciben más capaces de actuar frente al maltrato, si bien no es clara su capacidad de cuestionarlo, perciben actitudes negativas hacia la aceptación de estas prácticas como forma de crianza (Benavides Delgado & Miranda, 2007).

#### **1.4 TIPOLOGÍAS DEL MALTRATO INFANTIL**

Es importante partir de una clara definición de maltrato y violencia hacia la infancia, ya que es el paso inicial para intervenir. Definir, da elementos para comprender el fenómeno y además posibilita elaborar decisiones que se tomarán posteriormente. Ayuda a delimitar entre que es y que no es maltrato, así como a ubicar las responsabilidades en su lugar (Barudy, 1998).

Se define maltrato infantil a toda forma de violencia, perjuicio, abuso físico o mental, también al descuido, trato negligente y/o explotación mientras que el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres o de cualquier cuidador adulto que lo tenga a su cargo (Garrido Fernández en Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, 2009).

Una situación puede identificarse como maltrato, cuando existe cualquier acción, omisión o trato negligente (no accidental), por parte de un cuidador, cuidadores o instituciones, que comprometen la satisfacción real de las necesidades básicas de los NNA. Pudiendo poner en riesgo su integridad física y/o psíquica, e impidiendo o menoscabando su pleno desarrollo. Esto permite delimitar entre que es buen trato y maltrato a la niñez y adolescencia. En tal sentido, es necesario considerar que todos los NNA requieren cubrir un monto de cuidados y atención en su proceso de socialización, independientemente de las particularidades de la ecología en la que se encuentren (Iglesias, 2001; Mesterman, s/d).

En las familias donde existe violencia, al menos uno de sus miembros mantiene conductas abusivas hacia otro/s, con el objetivo de dominar, controlar, ya sea emocional, física, sexual y/o económicamente, produciendo daño, puntual o crónico. Justamente, es la regularidad de los actos y el grado de daño que delimitan su

definición, ya que se caracterizan también por la inmediata argumentación justificativa de parte de quien ejerce el abuso (Peroni & Prato, 2012).

Las tipologías de malos tratos infantiles son amplias y variadas, a medida que se ha ido estudiando se van haciendo visibles malos tratos a la infancia que no estaban siendo percibidos o considerados. En Uruguay, hasta el momento legalmente se consideran las siguientes:

**Maltrato físico:** es cualquier acción no accidental, por parte del adulto a cargo hacia el NNA, que pueda o que provoque daño físico visible, enfermedad/es y/o que lo coloque en grave riesgo de padecerlo (Horno, 2009).

**Castigo físico:** forma de maltrato por parte de los adultos, que tiene como finalidad el disciplinamiento de la conducta indeseable del NNA, causa incomodidad y/o dolor. Es una forma de violencia física y/o psicológica, que deja en cuestionamiento la dignidad del NNA y no su conducta. No ofrece aprendizaje de una conducta alternativa, tampoco es proporcional ni relacionado a la conducta que se pretende corregir. Se basa en el abuso de poder y es uno de los malos tratos más legitimados socialmente, ya que se disfraza bajo el manto de disciplinamiento y puesta de límites (Horno, 2009; Viquez, 2014).

**Maltrato emocional y/o psicológico:** es toda acción, omisión o patrón de conducta que tiende a perturbar, degradar o controlar el comportamiento, el pensamiento, las creencias o decisiones, a través de la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier medio que afecte su estabilidad (Ley 19.580, 2018).

**Abuso sexual:** esta categoría puede ser subdivididas entre *Abuso sexual No Comercial* (intra o extrafamiliar) y *Abuso Sexual Comercial* (donde se encuentra la Explotación Sexual Comercial). Es considerado abuso sexual toda acción, violenta o no, que involucra a un NNA en una actividad de naturaleza sexual. Es importante resaltar que, por la edad y su desarrollo, los NNA no pueden comprender totalmente, no están en condiciones de realizarlo y no pueden dar su libre consentimiento; quedando absolutamente derogada la idea de consentimiento, que fue muchas veces utilizada para dejar en absoluta impunidad los abusos sexuales hacia la infancia. El abuso sexual puede o no incluir contacto físico, se dirige a satisfacer a la otra persona que se encuentra en situación de poder frente al NNA que se encuentra vulnerado y en desventaja por su edad, fuerza y capacidad. Cuando ocurre en el ambiente intrafamiliar, esta situación está signada por el vínculo afectivo y familiar que determina absolutamente la imposibilidad de consentimiento, cualquiera sea la edad del NNA. Es

importante destacar que estadísticamente el abuso sexual ocurre en el ambiente familiar y constituyen junto a la violencia hacia la mujer y adultos mayores una de las formas predominantes de violencias desarrolladas en la interna familiar (Iglesias, 2001; Peroni & Prato, 2012).

- **Explotación Sexual Comercial (ESC):** es una categoría del abuso sexual, en la que se utiliza a los NNA en actividades de índoles sexuales, eróticas, pornográficas, con el fin de satisfacer intereses, deseos, de persona o personas a cambio de una remuneración económica o la promesa de una, para el NNA o a una tercera persona (Horno, 2009; Ley 17815, 2014).

**Negligencia física y/o emocional:** es la omisión de una acción necesaria para atender el pleno desarrollo y bienestar (físico y psicológico) de los NNA. La negligencia se identifica con el abandono de las obligaciones que socialmente son encomendadas a los adultos a cargo de los NNA (Soriano, 2009).

**Síndrome de Münchausen:** Es un cuadro patológico en el que el padre o la madre (mayoritariamente las madres), generan de forma voluntaria lesiones al NNA, para hacerle pasar constantemente por enfermo, vulnerando continuamente sus derechos (de la Cerda, Goñi & Gómez, 2006; Hornos, 2009).

**Maltrato químico:** consiste en la administración de sustancias al NNA con el fin de calmarlo, hacerlo dormir, o hacerlo que pare de llorar, con sustancias tales como té, yuyos, alcoholes, psicofármacos, etc. (Bentancor, Lozano & Solari, 2017).

**Violencia de género en la pareja:** este tipo de violencia se caracteriza por el desequilibrio de poder, está signada por el género y la edad, por lo que se afirma que la violencia de género es un tipo de maltrato infantil. Aunque la violencia se instala en el vínculo intrafamiliar, estadísticamente se puede observar que en su mayoría las mujeres son las receptoras. Teniendo en cuenta esto y que mayoritariamente son las encargadas del cuidado de los NNA, es relevante e inevitable visualizar la totalidad de la ecología en la que suceden los hechos y que los niños también son receptores directos o indirectos de la misma (López, Alcántara, Castro & Martínez, 2017; Peroni & Prato, 2012). La visualización de los niños como afectados directos en situaciones de violencia de género en la pareja es algo relativamente reciente. En los años 70, se comenzó a hacer referencia a los “hijos de mujeres golpeadas, abusadas, hijos de la violencia marital”, inicialmente se hablaba de “niños testigos”, pero luego esta terminología fue derribada, ya que se puede ser testigo de un hecho sin ser impactado por él. Por lo cual, el término es remplazado por “niños expuestos”, la exposición consideraba que estos

niños estarían ante algo que “podría” ser potencialmente peligroso y dañino. Posteriormente, se evidencia que los niños no son ni testigos, ni se encuentran expuestos, sino que son víctimas de la violencia de género. Es decir, que no solo serían acompañantes de sus madres, sino que también estarían padeciéndola, habiendo actualmente muchas investigaciones que demuestran la relación directa entre la violencia de género y las consecuencias negativas en los niños, ya no cabe duda que es una forma de maltrato infantil (Cantón, Cortés, Justicia & Cantón, 2013; Lizana, 2012; López et al., 2017; Orue & Calvete, 2010). Es importante destacar que, aunque en este momento se cuenta con una ley de Violencia de Género promulgada en el año 2018, que considera este tipo de violencia y la tipifica como tal; la misma es dirigida hacia mujeres y niñas, existiendo un vacío legal para los niños uruguayos. Por otra parte, el Código de la Niñez y Adolescencia Uruguayo aún no se ha actualizado y no ha incorporado este tipo de violencia (Ley 19.580, 2018; Ley 18.214, 2007).

**Maltrato patrimonial y/o económico:** la ley Uruguaya de violencia hacia las mujeres basada en género, define a la violencia patrimonial como toda conducta dirigida a afectar la libre disposición del patrimonio de una mujer, mediante la sustracción, destrucción, distracción, daño, pérdida, limitación o retención de objetos, documentos personales, instrumentos de trabajo, bienes, valores y derechos patrimoniales (Ley 19.580, 2018; Rojas, 2002). En el código de la Niñez y Adolescencia, actualmente no existe una definición de maltrato patrimonial hacia la infancia, pero, así como las madres sufren el maltrato de diversas formas, este también alcanza a los niños que están a su cargo. Una de las estrategias del maltratador es limitar a la víctima en el acceso a los recursos económicos, como forma de ejercer control. Al ejercer este maltrato, también los NNA lo sufren de forma directa, generando el devenir de un empobrecimiento económico en la vida de la madre y de sus hijos, ocasionando la limitación de acceso a necesidades básicas de subsistencia. Estas limitaciones atentan contra sus derechos, además impactan física y psicológicamente a los niños y al adulto que ejerce el cuidado, minimiza su sensación de seguridad y su posible desarrollo incrementando el estrés tanto de quien cuida como del NNA, minimizando así la posibilidad de acción y de creación de oportunidades de salida (Lizana, 2012). Además de la privación de pensión alimenticia y el daño a objetos patrimoniales que se genera en estas situaciones, en la intervención con estas familias se observa que en muchas ocasiones las madres con sus hijos deben abandonar el hogar familiar, pidiendo refugio a su red de apoyo o en caso contrario ingresando a un refugio u hogar de acogida

institucional. Cuando la mujer intenta salirse de la situación de violencia se ve enfrentada a una justicia muy lenta en su actuar al momento de sacar al agresor del domicilio, generando su salida de emergencia del hogar como medida de protección. Provocando el abandono involuntario del hogar, de su contexto y pertenencias, buscando refugio y protección en otro lugar, siendo doblemente vulnerados patrimonialmente.

**Maltrato Institucional:** Es toda acción u omisión de cualquier autoridad, funcionario o personal del ámbito público o de instituciones privadas (Ley 19.580, 2018).

**Maltrato Étnico Racial:** Cualquier expresión de discriminación debida a su origen étnico/racial (Ley 19.580, 2018).

**Maltrato Sexista:** Cualquier forma de discriminación por razones de género (Ley 19.580, 2018).

El maltrato en la infancia supone en la mayoría de los casos una grave interrupción del desarrollo normal de cualquier NNA, ya que, además de los daños y lesiones que puede sufrir, éste se encuentra sometido a altos niveles de estrés crónico que provocaran importantes secuelas anatómicas, estructurales y funcionales en su cerebro (Mesa & Moya, 2011).

Es un fenómeno multicausal, donde intervienen allí las características de los NNA, de los padres, de su interacción, de las familias, de la sociedad en la que se encuentran. En este trabajo el interés recae directamente en el estrés y el apoyo social percibido por los adultos a cargo de estos NNA, ambos como factores significativos en la dinámica familiar y en el éxito de la intervención psicosocial (Capano & Pacheco, 2014; Cohen, 2010; Leibert et al., 2011).

## CAPÍTULO 2: ESTRÉS Y APOYO SOCIAL

### 2.1 ESTRÉS

El estrés aparenta ser un tema actual; se ha demostrado que afecta la salud, las relaciones, los vínculos y el bienestar, tanto individual, como familiar, comunitario y de la sociedad en general. Por su relevancia ha sido abordado en contextos científicos y en otros ámbitos que nada tienen que ver con las ciencias. Pero, en definitiva *¿qué es el estrés? ¿De dónde proviene? ¿Qué genera?*

La literatura indica que no es un concepto actual, sino que proviene del campo de las ciencias duras, particularmente de la ingeniería y la física, fue creado a fines del siglo XVII, por el físico y biólogo Hooke que realizó un importante aporte a las ciencias, formulando un análisis del estrés (Valdivieso et al., 2018).

En los últimos setenta años se ha avanzado mucho en el estudio sobre el tema, surgiendo tres orientaciones teóricas bien marcadas, que han influenciado en la conformación del constructo. El primer hito, estuvo a cargo de Selye (1956), que presentó una perspectiva del estrés basada en la respuesta fisiológica del organismo estresado. En 1960 Holmes volcó su interés en indagar sobre las consecuencias que generan las respuestas ante el estrés y dirige su investigación al estímulo. Por último, Lazarus y Folkman (1984), superan los modelos de respuesta y estímulo y amplían la investigación teniendo en cuenta al individuo como sujeto activo en el procesamiento del estrés, surgiendo la teoría basada en la interacción entre individuo y estímulo.

Dentro de las *teorías basadas en la respuesta*, se puede identificar los aportes de Selye (1956), quien propuso un concepto de estrés desde lo fisiológico. De acuerdo a sus hipótesis, cada demanda realizada sobre el organismo produce respuestas específicas, sin embargo, pudo evidenciar que ante el estrés las respuestas no eran concretas o predecibles. Observó que el cuerpo activaba ciertos recursos que producían el Síndrome General de Adaptación, advirtiéndole que ante su excesiva activación podrá implicar un peligro para el sistema suprarrenal, el timo y los ganglios linfáticos.

Cuando las personas se enfrentan a una situación estresante pasan por tres fases (Melgosa, 2004; Selye, 1956).

- *Fase de alarma*: constituye el aviso de la presencia del agente estresor. Es el nivel inicial y constituye un factor de supervivencia humana.

- *Fase de resistencia*: la presencia del estrés supera la primera fase, puede enfrentarse y resolverse, o en caso contrario, tiende a prolongarse disminuyendo la capacidad de respuesta, pudiendo llegar a concretarse la siguiente fase.
- *Fase de agotamiento*: en esta fase se genera una disminución progresiva en el organismo, conduce al deterioro, pudiendo generar síntomas de fatiga, ansiedad, que pueden aparecer simultáneamente o de forma individual.

Selye tardó casi cuatro décadas en lograr identificar que no todas las reacciones al estrés son negativas. En 1971, Levi logra diferenciar el estrés negativo del positivo, refiriendo que el primero es desencadenante de una situación desagradable y el segundo es liberado de una situación gustosa o placentera (Szabo, Tache & Somogyi, 2012).

Las *teorías del estrés basadas en el estímulo*, iniciaron con Holmes y Rahe (1967). Estos autores definieron el estrés como la adaptación provocada por los cambios de los sucesos vitales mayores desde una perspectiva de salud. Se centraron en los sucesos vitales de cualidad positiva y/o negativa a los que se enfrentan los sujetos, que amenazan al organismo o que estimulan al cambio; observaron que la acumulación de sucesos vitales estresantes en un corto período de tiempo, podrían estimular la aparición de enfermedades asociadas al estrés.

Las *Teorías del estrés basadas en la interacción*, surgen en los años 70 con el aporte de la orientación interaccionista, que se basa en los procesos cognitivos que mediatizan las reacciones del sujeto ante el estrés. En estas teorías ven al sujeto como un individuo activo, que realiza evaluaciones de la situación. Las mismas se subdividen en tres categorías: evaluación primaria, secundaria y reevaluación (Lazarus & Folkman, 1986).

Ya no es el agente estresor el que define el estrés, sino la lectura que realiza el individuo de tal situación, incluyendo la dimensión subjetiva del análisis de los hechos; incorporando los factores: percepción, recursos individuales y familiares al momento de afrontar las situaciones estresantes (Clavijo 2002; Lazarus & Folkman, 1986; Valdivieso et al., 2018; Vidal-Conti, Muntaner-Mas & Paolu Sampol, 2018).

Para Lazarus y Folkman (1986), en la evaluación primaria, el sujeto se centra en el estímulo y en el daño que puede causarle. En la evaluación secundaria, el sujeto se centra en la valoración de los recursos disponibles para hacer frente a ese estímulo estresante, estos son recursos individuales (los de afrontamiento) y recursos ambientales (el apoyo social). En la reevaluación, el sujeto estima sus recursos personales,

ambientales y evalúa los recursos que demanda la situación, siendo muy importante el apoyo social como soporte y recurso de afrontamiento y amortiguación ante eventos estresantes. Todas estas fases son trascendentales para el individuo al momento de analizar la situación y evaluar qué posibilidades tiene para enfrentarlo y encontrar una posible respuesta.

Durante mucho tiempo, se le ha atribuido al estrés la responsabilidad de un gran número de trastornos psicofisiológicos aunque también se ha demostrado que no todos los atributos vinculados son negativos, ya que la respuesta generada ante su presencia no es nociva en sí misma, por el contrario, es una reacción adaptativa que desarrolla el organismo, poniendo a disposición un importante caudal de recursos, produciendo una respuesta intensa ante la circunstancia (Labrador & Crespo, 1993).

Se demostró que su presencia no solo afecta la individualidad de los sujetos, sino también al entorno en el cual se encuentra inmerso. Es así como desde la ciencia se amplió la óptica incorporando su ecología, es decir los sistemas y entornos donde se desarrolla, surgiendo interés en la familia (Boss, 2001). Este interés radica en que la familia es uno de los principales sistemas de interacción para los sujetos, a lo largo del desarrollo vital va enfrentando diversos desafíos y demandas, siendo importante el grado de flexibilidad y adaptación que tenga para darle respuestas (Boss, 2001; Vidal, 2001).

## **2.2 TEORÍA DEL ESTRÉS FAMILIAR**

Las dinámicas de afrontamiento familiar al estrés son complejas debido a la conjunción de elementos que participan en esa respuesta, ya que incorpora a cada individuo con su propio proceso de evaluación y respuesta. La familia es el resultado de todos los subsistemas que la integran y del suprasistema en el que se encuentra, todos influyen en la organización de la experiencia estresante, por lo cual fue necesario elaborar una teoría del estrés familiar que contemple esa interconexión y entramado vincular complejo (Boss, 2001; Prince, Bush & Prince, 2017).

En el estudio de la teoría del estrés familiar se puede identificar cuatro momentos importantes. El primero comprendió desde 1920 hasta 1940 en Estados Unidos, donde se iniciaron estudios sobre las consecuencias de la Gran Depresión, allí se concluyó que la integración y la adaptabilidad de las familias eran factores

importantes para entender el impacto que ocasionaba esta crisis económica. Otros autores manifestaban que en ese momento las familias atravesaban períodos de organización, crisis, desorganización y reorganización familiar; para ellos una familia bien organizada presentaba un alto grado de unidad, funcionamiento recíproco y una función definida en relación a la comunidad a la que pertenecía (Weber, 2011).

El segundo momento abarcó el período 1940 hasta 1970, fue una de las etapas de mayor impulso teórico. Hill desarrolló la fórmula ABC-X, que fue la base e inspiración de los modelos de estrés y adaptación familiar futuros. El tercer momento, se desarrolló desde 1970 hasta la primera mitad de los años 80, se enfatizó en la investigación y se incorporó la noción de estrategias de afrontamiento familiar. Por último, el cuarto momento fue desarrollado a partir de la mitad de los años 1980 hasta el presente, se ha realizado una aproximación de los procesos de adaptación, realzando la importancia de los significados, la cultura y los contextos familiares; se incorpora el concepto “resistencia” a los modelos de estrés y adaptación familiar (Weber, 2011).

### **Fórmula ABC-X de Hill (1958)**

La fórmula ABC-X de estrés y adaptación familiar ha tenido fuerte repercusión en los estudios sobre estrés familiar. En 1958 Hill identificó tres factores que permitieron clarificar porque frente a un mismo estresor algunas familias se deterioraban mientras que otras no (Maguirre, 2012).

Su fórmula estableció la interacción entre los factores A, B y C que dan como resultado al factor X. Los autores manifestaban que la interacción entre el factor A (estresor), el factor B (recursos familiares) y factor C (interpretación que la familia realiza del estresor), producirá un factor X, que comprende la respuesta generada. La idea fundamental de esta fórmula es que la crisis familiar no es resultado inevitable y lineal de un estresor, sino que es la interacción de al menos tres factores (Prince, et al., 2017).

### **Modelo Doble ABC-X de McCubbin y Patterson (1983)**

Este modelo de estrés familiar fue creado por McCubbin y Patterson en 1983, fue inspirado fuertemente en la fórmula ABC-X de Hill. Estos autores incorporaron el factor temporal inherente al proceso de estrés; caracterizaron la estructura del estrés identificando a los estresores “A” que interactúan con los recursos familiares “B” y con la percepción que los miembros familiares construyen de esa demanda “C”, generando

un proceso de respuesta adaptada o desadaptada al cambio “X”; todos estos elementos ubicados en un tiempo, que las subdivide en tres fases: 1) fase de pre-crisis, 2) fase de crisis, y 3) fase post-crisis (Maguirre, 2012).

*En la fase pre-crisis* están ubicados los factores A, B y C, los estresores y respuestas. *En la fase de crisis* se encuentran las respuestas dadas a raíz del proceso generado en pre-crisis. *En la tercera fase* los cuatro elementos del proceso de estrés vuelven a presentarse, allí se produce la acumulación de estresores familiares, el sistema considera las evaluaciones realizadas sobre las demandas anteriores ante las nuevas demandas y así se incorporan nuevos recursos a la dinámica familiar. Este efecto de acumulación tendrá como función generar nuevas respuestas, que pueden ser adaptativas o desadaptativas (Maguirre, 2012).

La acumulación de estresores puede convertir a la familia en un sistema más vulnerable. Cuando se enfrentan a muchos estresores simultáneamente en su desarrollo, puede generar un agotamiento de los recursos, incrementando la probabilidad de que la familia sea afectada por muchos problemas que no logra resolver, generando consecuencias muy negativas para todos los miembros y para el sistema en general (McCubbin, Patterson & Wilson, 1989).

A diferencia del modelo ABC-X, este modelo agrega otros factores, como la acumulación de estresores (factor aA), los recursos existentes antes de la crisis, los nuevos recursos surgidos (factor bB) y la percepción de (X), ya que la conjunción de todos esos factores resultan en un buen o mal proceso de adaptación. Este modelo incorpora por primera vez las estrategias de afrontamiento de forma diferenciada, integrando factores de significado y recursos disponibles ante un estresor (Pozo, Sarriá & Méndez, 2006).

Este modelo será utilizado en la elaboración de la presente investigación para estudiar las familias con violencia intrafamiliar hacia NNA, tomando como pilares fundamentales de investigación los estresores que afectan estos sistemas familiares y el apoyo social percibido por los adultos a cargo, para así evaluar su eventual vinculación con el éxito de las intervenciones psicosociales en maltrato infantil (Capano & Pacheco, 2014; Cohen, 2010; Leibert et al., 2011).

## 2.3 ESTRESORES

Los estresores son eventos que perturban el equilibrio del sistema familiar y pueden elevar su nivel de estrés. Boss (2001) desarrolló una clasificación de estresores de acuerdo a su fuente, tipo, duración y densidad.

- a) Fuente: *internos* (surgen dentro de la familia) o *externos* (proviene desde fuera de la familia).
- b) Tipo: *normativos* (predecibles, parte del desarrollo individual o familiar) o *catastróficos* (inesperados, no pueden ser anticipados). *Ambiguos* (no son claros, son indefinidos) o *definidos*. Pueden ser *voluntarios* o *involuntarios*.
- c) Duración: *crónicos* (de larga duración) o *agudos* (suceden en período determinado y acotado de tiempo).
- d) Densidad: *acumulativos* (superpuestos uno sobre otros) o *aislados* (no hay otros presentes).

Por su parte, Sandín (2002), estudió los estresores desde una perspectiva de factores sociales, identificando tres:

- 1) Los de *sucesos vitales*, que se encuentran demarcados por cambios agudos y demandan cambios drásticos.
- 2) *Estrés de rol*, dados por demandas persistentes que requieren reajustes durante períodos de tiempo prolongados, como por ejemplo el *estrés crónico*.
- 3) *Mini-eventos diarios* que requieren pequeños ajustes y adaptaciones para afrontarlos.

Estos tres tipos de estresores pueden contribuir en la predicción de perturbaciones de la salud. Los microestresores se caracterizan por ser más frecuentes y menos relevantes que los sucesos mayores (Sandín, 2002).

Por otra parte, Rodrigo et al., (2008), han clasificado los estresores de acuerdo a su nivel de gravedad:

1. *Sucesos vitales negativos*, son episodios estresantes que se manifiestan a lo largo de la vida de los sujetos, son puntuales, transitorios y esperados en el desarrollo de vital humano.
2. *Estresores cotidianos*, presentes diariamente, son las situaciones adversas que enfrentan los individuos habitualmente en el desarrollo de su vida cotidiana.

3. *Estresores crónicos*, se encuentran asociados a situaciones de violencia intrafamiliar y pueden perdurar en el tiempo, requieren de un importante caudal de esfuerzo para enfrentarlos. Es el más grave, nocivo y se encuentra muy asociado a la fase de agotamiento (nivel máximo del estrés), ya que con el tiempo disminuye la posibilidad de respuesta, generando deterioro de distintas áreas de la vida (Melgosa, 2004).

Todos estos factores definen el nivel de impacto que puede llegar a tener el estresor en el sistema familiar e individual. A nivel individual, se ha evidenciado que el cerebro ante un estímulo estresor provoca que el hipocampo actúe sobre el hipotálamo produciendo una descarga de corticotropina (CRF) sobre la hipófisis anterior que sintetiza y libera adrenocorticotropina (ACTH) sobre la corteza suprarrenal, liberando cortisol, que cumple un extraordinario rol en el mantenimiento de la respuesta al estrés, favoreciendo el incremento del nivel de glucosa en sangre y metabolización de grasas, hidratos de carbono y proteínas para generar un equilibrio y mantenimiento. Cuando llega a un determinado umbral el hipocampo inhibe la liberación de CRF, y a través de esa retroalimentación disminuye la respuesta al estrés para lograr bajar la activación y estado de hiperalerta y así restablecer el organismo (Barg Baltrame, 2011).

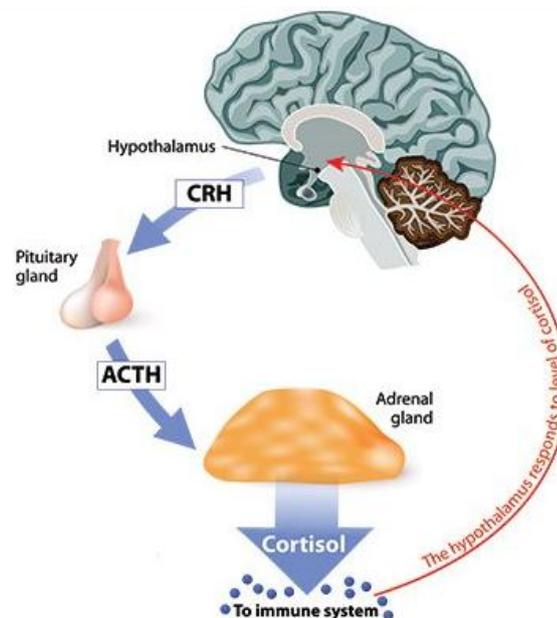


Figura 1: Modelo de Respuesta al Estrés tomado de Everyday\_health (2018)

Cuando esta activación es poco frecuente, con duración acotada en el tiempo, no implica un problema para el sujeto, por el contrario es saludable en su proceso adaptativo de desarrollo y supervivencia; pero cuando la presencia del estrés es frecuente y la respuesta es exorbitantemente recurrente, intensa y duradera en el tiempo, puede generar consecuencias negativas, ya que el organismo es sometido a una continua activación, muy por encima de las posibilidades de respuesta, pudiendo producir un deterioro importante (Labrador & Crespo, 1993).

Si la secreción de cortisol es continua, por la recurrente respuesta al estrés, se puede generar un efecto destructivo a nivel neuronal. Este efecto devastador fue denominado como “neurotoxicidad”, se produce por el exceso de cortisol sostenido en el tiempo, que puede generar un efecto autodestructivo en el cerebro, se atrofia, deja de crecer, se empiezan a romper conexiones y enlaces eléctricos, se rompen dendritas y ya no hay contacto estrecho entre las neuronas. Estudios del campo de las neurociencias concluyen que estar sometido a un estrés crónico puede generar atrofia del hipocampo y ramificaciones clínicas que puede hacer propensa la presencia de algunos trastornos, como depresión, además de producir envejecimiento cerebral (Barg, 2011; Duval, González & Rabia, 2010).

Cuando el estrés impacta las estructuras familiares, las consecuencias son individuales y grupales, presenta una dinámica de funcionamiento sistémico que involucra más elementos en su desarrollo. Despliega un proceso complejo que requiere de la participación de más elementos en la elaboración de la respuesta, toma en cuenta los recursos de cada sujeto, la conjunción de esas individualidades y su contexto. Todos los microsistemas estarán conformando y elaborando la respuesta a la experiencia estresante, todos influyen y son influenciados en el proceso de evaluación y en la organización de la experiencia estresante (Boss, 2001; Price et al., 2017).

El estrés genera una perturbación al equilibrio familiar, requiriendo que el sistema evalúe para dar una respuesta a la demanda en búsqueda de recuperar un equilibrio que le permita continuar con su vida cotidiana. Esta secuencia de presencia del estresor, evaluación, respuesta y recuperación de estabilidad es un proceso cotidiano, el problema surge cuando el estrés se instala crónicamente, porque provoca una acumulación de demandas, esto supera las posibilidades de respuesta, generando un proceso de acumulación estresores (Boss, 2001).

Para McCubbin et al. (1989), en la acumulación de estresores las demandas sobrepasan las posibilidades de respuesta del sistema familiar. Esto tiene un costo

elevado para la familia, puede generar que se convierta en un sistema más vulnerable, que sus recursos se agoten.

En ocasiones genera episodios repetitivos de crisis, que perturban el equilibrio generando un efecto abrumador, una severa presión intrafamiliar, provocando cambios tan agudos que el sistema se bloquea, se inmoviliza y disminuye drásticamente sus capacidades de resolución. Los límites, roles, funciones y tareas familiares se desdibujan, la familia y sus miembros no logran funcionar adecuadamente (Boss, 2001).

Boos (2001) refiere que cuando una familia está en esta situación presenta algunos indicadores: 1. Incapacidad de parte de los miembros de cumplir con sus roles y tareas habituales. 2. Incapacidad para tomar decisiones o resolver problemas. 3. Imposibilidad de cuidarse mutuamente. 4. Modificación a postura de supervivencia. Todo esto puede afectar drásticamente las posibilidades de cambio, de resolución de conflictos para recuperar la estabilidad, afectando la capacidad de cuidados propios, de cuidado de niños a cargo o de su trabajo. Generando un sinnúmero de inconvenientes para todos los miembros de la familia. Cuando esta situación se mantiene crónicamente en la familia, las posibilidades de cambio, desarrollo, protección y funcionamiento se ven absolutamente limitadas provocando una completa disfuncionalidad familiar.

## **2.4 APOYO SOCIAL**

El apoyo social es un factor relevante para generar posibilidades de cambio y acción ante situaciones de estrés. El bienestar psicosocial surge del resultado de un equilibrio entre los estresores y los recursos disponibles, ambos suelen presentarse como fuerzas contrapuestas que actúan sobre un mismo sistema. El acceso a los recursos puede mejorar el bienestar de los sujetos, mientras que la presencia de los estresores ejerce un efecto contrario. En la segunda mitad del siglo XX diversas disciplinas realizaron esfuerzos para identificar los recursos y estresores que tienen mayor influencia en el bienestar psicosocial de las personas. De todos ellos el apoyo social es el recurso que más interés ha recibido por parte de los científicos sociales (Gracia, Herrero & Musitu, 2002).

La definición de apoyo social ha ido cambiando a lo largo de la historia. En 1986 Nan Lin lo definió como un conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, redes sociales y por personas

de confianza, pudiendo ser generadas en situaciones cotidianas o de crisis (Gracia et al., 2002).

El apoyo social reúne los recursos del entorno que son favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, adaptación y el bienestar del individuo en el contexto comunitario en el que se encuentra. Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales se encuentran construidas por las familias, los amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc. Tiene como finalidad alcanzar un grado de satisfacción ante determinadas necesidades sociales básicas de la persona, a través de la interacción con otros. Genera un proceso interactivo, donde el sujeto obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social. Allí se genera una transacción interpersonal que incluye la preocupación emocional (amor y empatía), la ayuda instrumental (bienes y servicios), la información (acerca del contexto) y la valoración (información relevante para la auto-evaluación) (Terol et al., 2004).

Es así como el apoyo social se encuentra conformado por el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta el individuo o familia para superar una determinada situación crítica (enfermedad, malas condiciones, económicas, rupturas familiares, etc.) y para sobrellevar situaciones cotidianas. Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad (Ortego, López & Álvarez, 2011).

Para estos autores, las principales redes de apoyo social son:

- a) La familia.
- b) Amigos y allegados.
- c) Compañeros de trabajo.
- d) Vecinos.
- e) Compañeros espirituales (centros religiosos).

Diversos estudios del campo de la salud, en situaciones de enfermedades crónicas, han concluido que su presencia contribuye al mantenimiento de la salud, mejora la evolución de las enfermedades, previene psicopatologías y enfermedades en general, a través de una dinámica de amortiguación que genera, provocando un efecto atenuante ante los estresores. Afirmando que individuos que cuentan con mayor nivel de apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones estresantes (Terol et al., 2004).

Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez (2002), refieren que para evaluar el apoyo social, es necesario diferenciar el apoyo social percibido del recibido. El percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva que hace la persona, sobre estar

conectado fiablemente con otros (se evalúa preguntándole en qué medida creen que disponen de apoyo). El apoyo social recibido se evalúa por medio de la observación directa o preguntando a la persona si ha recibido determinadas conductas de apoyo, ejemplo: préstamo de dinero, ser escuchado por algún amigo, etc. Aunque la evidencia es incipiente, se ha determinado que los aspectos temporales, situacionales y la necesidad real del apoyo son relevantes; además que el apoyo social percibido tiene mayor impacto en la salud que el apoyo social recibido.

Estos autores, señalan que el apoyo social tiene al menos tres funciones de alta relevancia para los seres humanos.

1. Apoyo Emocional: refiere a aspectos como intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación.
2. Apoyo Instrumental: se relaciona con la prestación de ayuda o asistencia material.
3. Apoyo Informativo: implica consejo, guía o información pertinente a la situación.

Aunque algunos autores consideran al apoyo emocional como el principal componente, se ha evidenciado que los otros se asocian con el bienestar. Y que la forma más efectiva de apoyo depende de la situación particular, si es ajustada o no a las necesidades (Matud et al., 2002).

Por esto se afirma que al ser ajustado es un recurso necesario e indispensable para la adaptación de los sujetos a las demandas del entorno ecológico en el que se encuentra. Asimismo, la evidencia científica ha demostrado que los sistemas más vulnerables son los que en mayor medida se ven expuestos a mayores exigencias y cuentan con un apoyo social más precario, constituyendo en factor de riesgo psicosocial (Palomar & Cienfuegos, 2007).

## **CAPÍTULO 3: ESTRÉS Y APOYO SOCIAL EN FAMILIAS CON MALTRATO Y ABUSO SEXUAL HACIA LOS NNA A CARGO**

A partir de ahora se comenzará a profundizar en el comportamiento de las variables estrés y apoyo social en familias con conductas violentas y abusivas hacia los NNA que tienen a su cargo.

### **3.1 VIOLENCIA FAMILIAR Y ESTRÉS**

En primer lugar, resaltar que, en situaciones de violencia intrafamiliar crónica, el estrés se encuentra activo durante largos períodos de tiempo y en su máximo nivel, allí ingresa a la fase de agotamiento, denominada así porque ante excesivas demandas genera saturación de los recursos (Melgosa, 2004).

Diversos estudios afirman que cuando el estrés tiene una frecuencia crónica es altamente nocivo, tanto a nivel individual como familiar. Estar sometido a altos niveles de estrés por períodos de tiempo prolongados conlleva un amplio repertorio de consecuencias e impactos en varias áreas del desarrollo humano (Boss, 2001; Labrador & Crespo, 1993; Price et al., 2017).

A nivel individual, puede generar una hipercortisolemia, este efecto es neurotóxico para las estructuras cerebrales más vulnerables, como el hipocampo; puede atrofiar las neuronas piramidales, disminuir el volumen y el núcleo de neuronas del giro dentado. A su vez, a nivel familiar, el estrés crónico o tóxico, genera consecuencias en diversas dimensiones del sistema, afectando a cada uno de los individuos y también al sistema familiar general, provocando una disminución significativa de las capacidades de respuesta y afrontamiento a los estresores diarios, lo que promueve el efecto de acumulación de estresores. Esa acumulación se caracteriza por la disminución drástica de la capacidad de respuestas, afectando también el funcionamiento y cuidado familiar, dejando al sistema vulnerable y propenso a dar respuestas ineficientes y desajustadas a las necesidades de los miembros (Duval et al., 2010; McCubbin et al., 1989).

Está demostrado que vivir y crecer en un entorno familiar violento y de alta vulnerabilidad y riesgo socioeconómico eleva los niveles de estrés. El estrés tóxico o crónico es nocivo para cualquier ser humano, asimismo, dentro de los sistemas familiares existen miembros que se encuentran en posición de mayor vulnerabilidad que

otros, ya sea por la etapa de desarrollo vital, situación de dependencia u otros motivos, que los hace más sensibles a su impacto y a la violencia (Hornos, 2009; Canstayer, Horno, Escudero & Monjas, 2009).

Los adultos que se encuentran en esta situación deben desarrollar su parentalidad en un contexto que disminuye sus capacidades parentales y su funcionamiento básico. Para los niños que están a su cargo también hay consecuencias, ya que se encuentran en plena etapa de formación y desarrollo y su entorno puede llegar a obturar o interrumpir su sana trayectoria de desarrollo (Gómez & Muñoz, 2015; Morales & Santelices, 2007).

En las primeras etapas de vida se pone en juego la conformación de los cimientos básicos donde luego se continuará construyendo las estructuras cerebrales; se van conformando los modelos operantes internos, se forman los esquemas y mapas internos que representan la realidad de las personas, los objetos y significados individuales; es decir los ojos desde donde se va a ver el mundo, todo lo que configurará la percepción que el sujeto tendrá. Es así, como de acuerdo a las respuestas que recibe ante situaciones de alto nivel de estrés y necesidades, se va configurando ese filtro con el mundo exterior, que luego funcionará como amortiguación o potenciador de la experiencia estresante (Bowbly, 1969; Morales & Santelices, 2007).

En esa etapa inicial los individuos configuran su estilo de funcionamiento adulto, que se irá conformando de acuerdo a los estímulos recibidos en la niñez, dados como resultado de experiencias subjetivas de seguridad o inseguridad recibida ante situaciones estresantes. Las neurociencias han demostrado que la repetición de cada emoción enciende determinadas zonas de los hemisferios cerebrales, la presencia sostenida y repetida de esas emociones tienden a estimular ciertas zonas, incrementando así la probabilidad de que su activación sea cada vez más frecuente, propiciando la presencia de algunas emociones sobre otras. Varios autores relacionados a la temática enfatizan que los niños que crecen y se desarrollan en entornos familiares violentos tienden a experimentar sentimientos de rabia, soledad, enojo, amenaza, que generan gran impacto cerebral, enfatizando en la importancia de crear entornos seguros. Por el contrario, los niños que crecen en entornos seguros tienden a experimentar sentimientos y emociones de alegría, contención, cariño y cercanía que facilitan trayectorias sanas de desarrollo (Barg, 2011; Bowbly, 1969; Gómez & Kotliarenko, 2010; Morales & Santelices, 2007).

Es relevante tener en cuenta las condiciones emocionales, sociales y económicas en las que se encuentran los adultos que están a cargo de estos niños, generalmente son

contextos donde prima la violencia intergeneracional, además de otros estresores, que dependiendo del contexto socioeconómico en el que se encuentren van configurando la matriz contextual y el entramado que da la singularidad de cada familia. En aquellas familias en riesgo socioeconómico, el desempleo estructural, las necesidades básicas insatisfechas, la sobrecarga de cuidados, el aislamiento, las patologías psiquiátricas, las adicciones, los contextos barriales de alta violencia, forman su ecología familiar. Desarrollar una parentalidad positiva o desde una perspectiva de derechos es un desafío inmenso, aún más teniendo en cuenta que la amplia mayoría de estos adultos nacieron y crecieron en entornos con similares condiciones, con privación de cuidados y las necesidades básicas insatisfechas, configurando procesos inter y trans generacionales de pobreza, violencia y riesgo social (Bowbly, 1969; Gómez & Kotliarenco, 2010; Hornos, 2009).

Los sucesos vitales que surgen en el entorno cercano al subsistema parento-filial, como la pérdida del empleo, el fallecimiento de algún familiar cercano, las necesidades básicas insatisfechas (alimentación, vestimenta, vivienda), influyen fuertemente en los recursos emocionales que puedan disponer los adultos para enfrentar las demandas que se desprenden de sus propias vidas cotidianas individuales y de la crianza (Abidin, 1995).

Esta acumulación de demandas y eventos estresantes, contextualizado en situaciones de violencia intrafamiliar generan un doble efecto, por un lado, un efecto paralizante al momento de pensar un cambio y afrontamiento a las demandas, y por otro, un proceso potenciador de la violencia, porque la desestabilización inhibe el autocontrol y afloran las conductas de interacción aprendidas, desarrolladas y recibidas toda la vida. Siendo inevitable pensar en qué tipo de cuidado puede desarrollar un adulto que no puede cuidarse, que no ha recibido cuidado ni protección, cuando las necesidades básicas están insatisfechas y las demandas son tan intensas que las posibilidades de afrontarlas son nulas. La violencia y el estrés crónico generan agotamiento, provocan una disminución progresiva en el organismo que conduce al deterioro (Barudy & Dantagnan, 2010; Gómez & Kotliarenco, 2010; Melgosa, 2004; Ortego et al., 2011; Selye, 1956).

Así, surge uno de los nodos trascendentales al trabajar con estas situaciones, porque *¿cómo se logra un entorno seguro y contenedor para la niñez, o al menos trabajar en este sentido, cuando la población adulta encargada de brindarla está sometida a elevados niveles de estrés?* Este punto es muy importante al momento de

diseñar Políticas Sociales y elaborar estrategias de abordaje para y con esta población, ya que pone un punto de partida al momento visualizar los desafíos a los que se enfrentan los adultos, en qué condiciones desarrollan sus vidas cotidianas, individuales, familiares y sus funciones parentales.

A nivel internacional y nacional, el estrés y la violencia familiar han sido muy estudiados, se ha encontrado amplia evidencia científica que asocian los niveles de estrés con el maltrato infantil. Por ejemplo, en Canadá, los investigadores McConnell, Breitreuz y Savage (2010), estudiaron la relación entre estatus socioeconómico y bienestar infantil, tomando el estrés parental como variable transversal. Obteniendo evidencia que indicaba que aquellos padres con mayor nivel de estrés, tendían al uso de prácticas parentales inadecuadas, que podrían resultar en mayores dificultades en el cuidado de los niños.

Por su parte, Cabrera, González y Guevara (2012), realizaron en Colombia un estudio correlacional sobre estrés parental y trato rudo, relacionándolos con la conducta agresiva de los hijos en etapa de adolescencia, concluyeron que en esa muestra las familias con mayor estrés parental tienden a tratar de forma más ruda a sus hijos y a su vez que éstos adolescentes demuestran mayores dificultades en sus conductas.

En Estados Unidos, Brooks, Schneider y Waldfogel (2013), estudiaron la relación entre maltrato infantil y recesión económica, evidenciando que la inestabilidad económica y el estrés parental se asocian a indicadores de maltrato infantil.

Por su parte a nivel nacional, en la última década se han realizado investigaciones. La Universidad Católica del Uruguay, en el marco de sus líneas de investigación, viene desarrollando el proyecto sobre “*estrés y adaptación familiar*”, que cuenta con una serie de estudios sobre los estresores reportados por familias uruguayas en distintas etapas del ciclo vital y familias en contextos de pobreza.

Un estudio realizado por Cracco (2017), da cuenta que la acumulación de estresores en familias en situación de pobreza aumentan el nivel de vulnerabilidad familiar. Encontrando resultados que evidenciaron características sociodemográficas de las familias en situación de pobreza similares a las encontradas a nivel nacional e internacional, en función de su configuración, número de integrantes, inicio de ciclo reproductivo y educación. Refiriendo que las variables “funcionamiento intrafamiliar desligado” y “búsqueda de ayuda en la red social secundaria” se asociaban mayoritariamente al total de estresores reportados por los adultos.

Otro estudio cuantitativo, con 58 familias pertenecientes a dos contextos socioeconómicos diferentes (favorecidos y desfavorecidos), demostró que las tensiones intrafamiliares y económicas parecen ser los estresores más frecuentes en familias con hijos adolescentes (Zachow, 2013).

Enmarcado en la misma línea de investigación, pero con una mayor aproximación teórica y de población clínica al estudio que se está realizando, Dietrich (2014), realizó un estudio sobre estrés y recursos familiares en familias con maltrato hacia NNA, el mismo consistió en un estudio exploratorio, con familias que asistían a un Servicio especializado en maltrato infantil. Evidenciando que de la muestra de estudio el 87.6% de las familias con maltrato pertenecían al nivel socioeconómico bajo y medio bajo. También reportaron un nivel de estrés superior en comparación a familias de población general (población no clínica) de nivel socioeconómico equivalente.

Por otra parte, Capano y Pacheco (2014), realizaron un estudio descriptivo, también con población clínica similar, identificaron y cuantificaron los eventos vitales estresantes y la percepción que tenían de los mismos los adultos referentes de NNA que han vivido situaciones de violencia en alguna de sus formas (maltrato y/o abuso sexual). En el estudio se reporta que el 30% de los adultos experimentaron entre 5 y 10 eventos vitales estresantes, un 60% experimentaron más de 10 eventos. Las conclusiones del trabajo señalan que los adultos participantes han padecido una cantidad significativa de sucesos vitales estresantes y que reportaron elevados niveles de percepción de estrés.

### **3.2 APOYO SOCIAL EN SITUACIONES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

El apoyo social comprende el conjunto de recursos humanos y materiales que dispone un individuo o una familia para afrontar demandas de diversos tipos, intensidades y frecuencias. Se comporta como un sistema, que cuando logra la interconexión entre sus partes incrementa su eficacia y rentabilidad. Como se mencionó las principales fuentes de apoyo social que surgen desde la literatura son la familia, los amigos, compañeros de trabajo, vecinos, compañeros espirituales, entre otros (Ortego et al., 2011).

El apoyo social se encuentra disponible en las redes externas e internas que van construyendo los individuos en sus vidas cotidianas y a lo largo de sus trayectorias de

vidas, es un factor significativo para generar posibilidad de cambio o de acción ante situaciones de altas demandas (Gracia et al., 2002).

Aun estando relacionados, se diferencia de la red social ya que esta última, representa la totalidad de los recursos sociales que existen a disposición de ese individuo. El apoyo social, en cambio, comprende los recursos reales que utiliza el individuo para enfrentar las demandas de la vida pudiendo reunir recursos de la comunidad, de las redes sociales y relaciones íntimas, con el objetivo de satisfacer necesidades emocionales, tangibles o instrumentales, de información, reales o percibidas (Barrón, 1996; Lin & Ensel, 1989; Lin, Dean & Ensel, 1986; Pearlin, 1989).

Cuando el apoyo social es suficiente puede funcionar para manejar el estrés y la tensión social e intrafamiliar. Pero si la familia no dispone de estos apoyos sea por su dinámica interna o por la pobreza material o humana del entorno donde se encuentra, no estará en condiciones de utilizar los apoyos disponibles de la red social, no los percibirá, no podrá enfrentar los problemas y aliviar las tensiones crónicas (Barudy & Dantagnan, 2010).

Las familias con conductas violentas se caracterizan por estar aisladas de las redes, esto responde a su lógica de funcionamiento, que va provocando un detrimento de la red social de apoyo, llevando paulatinamente al aislamiento del entorno. El aislamiento incrementa la posibilidad de perpetuación de conductas violentas, además aumentan las posibilidades de control por parte de los/as agresores/as, limitando sus vidas sociales, la independencia, impermeabilizando las fronteras extrafamiliares, generando así una disminución en las posibilidades de pedido de ayuda, cambio o salida (Hasanbegovic, 2016).

Generalmente, las familias con maltrato hacia NNA se encuentran insertas en redes socio-familiares empobrecidas y disfuncionales. Mantienen relaciones caóticas o rígidas y estereotipadas con su entorno, lo cual incrementa la posibilidad de continuar desarrollando estas conductas (Barudy & Dantagnan, 2010).

El proceso de salida o develación de la violencia intrafamiliar para los NNA es sumamente complejo, en primer lugar, porque son los miembros más vulnerables del sistema familiar, comunitario y sociocultural; y porque el maltrato infantil se encuentra y se ha encontrado históricamente legitimado. Además, el apoyo social que disponen los NNA suele ser reducido, se encuentra limitado a pares o adultos que componen las instituciones de asistencia (centros educativos o de salud) o en la comunidad (otros familiares, vecinos y amigos-pares) (Hornos 2009; Intebi, 2007).

A nivel intrafamiliar, se les ejerce una fuerte manipulación y control de parte de los adultos, a través de amenazas, de la culpa, responsabilización, del miedo a denunciar a quien se ama; o también porque quien pone en palabras “el horror familiar” es retirado de la familia como medida de protección, generando exclusión y culpabilización de la desintegración de la unidad familiar (Colapinto, 1995; Larraín & Bascuñán, 2008).

Estos procesos generan ambivalencia psicoafectiva, incrementan la dificultad al momento de discernir entre qué está bien y qué no, ya que está absolutamente naturalizado y normalizado a la interna familiar. Puede generar develación y retractación discursiva (frecuente en situaciones de violencia): en muchas oportunidades logran solicitar ayuda, pero luego no logran sostenerlo, por miedo, por encontrarse en situación de dependencia económica y psicoafectiva. También influye lo que genera a nivel familiar y comunitario la develación, donde en muchas oportunidades recae en el NNA la culpa y responsabilidad de la desintegración familiar (Colapinto, 1995; Larraín & Bascuñán, 2012). Como parte de la ecología humana, esta ambivalencia suele traspasar las fronteras de quien lo padece y llegar al entorno, en muchos casos generando sentimientos de frustración o enojo en quienes intentan ayudar, porque no logran comprender ese proceso vincular complejo, provocando retiro del apoyo, generando que las víctimas se encuentren cada vez más aislada y con menores posibilidades de salida.

Es así cómo estas realidades familiares muchas veces se enmarcan en contextos de aislamiento a la red social de apoyo. El aislamiento va generando una disminución de la disponibilidad y de la percepción del apoyo social, cuando esto sucede, incrementan el malestar, el agotamiento, las actitudes y conducta negativas de los sujetos hacia los demás, disminuyendo la claridad, las posibilidades de cambio y de acción, pudiendo funcionar como acrecentador de los niveles de estrés y como reductor de las posibilidades de salida de la situación de violencia (Gracia et al., 2002).

Cuando este entramado vincular complejo y de altas demandas se enmarca en contextos socioeconómicos deficitarios y con escaso apoyo social, estas variables pueden oficiar como potenciadores de las experiencias estresantes, pudiendo llevar al desarrollo de dinámicas intrafamiliares altamente disfuncionales. La realidad de estas familias multiproblemáticas o multiestresadas detectadas y sobre-intervenidas por los servicios sociales, es que generalmente provienen de generaciones de ausencia de cuidados y con historias de necesidades básicas insatisfechas. Allí, el aislamiento a los apoyos podría reducir las posibilidades de cambio, ya que se encuentran privados de

apoyos sociales y ayudas (que podrían contribuir a una salida de la situación) o contar con modelos de comportamiento que sean diferenciadores y que promuevan la modificación de pautas vinculares, salvo los servicios sociales que ante estas situaciones terminan actuando en función de la emergencia de lo cotidiano, sin lograr llegar a las estructuras de funcionamiento familiar (Capano & Pacheco, 2014; Coddou et al., 1995; Minuchin, 1982; Minuchín & Nichols, 1994; Musitu & Cava, 2001; Ravazola, 1997).

Algunas familias tienden a mostrar desconfianza y hostilidad frente a los miembros que componen la red social y a los profesionales de las instituciones sociales. Otros, por el contrario, con funcionamiento desorganizado se apropian, se aprovechan de todo lo que les puedan aportar, sin que esto necesariamente genere beneficio a sus hijos, sin retribuir con reconocimiento o aportes concretos a los demás. Es importante tenerlo presente al momento de trabajar con familias con estas características, para no caer en el asistencialismo social o en la culpabilización de las familias pobres (Barudy & Dantagnan, 2010; Minuchin, et al., 2000).

Cuando los vínculos intrafamiliares y la crianza se desarrollan en esta matriz de violencias, multiproblemas, multiestrés y de aislamiento o déficit del apoyo social, las posibilidades de un ejercicio de una parentalidad positiva o protectora termina siendo un desafío o meta casi inalcanzable. Ya que, para desarrollar una parentalidad protectora en el marco de la parentalidad positiva es necesario disminuir o eliminar las fuentes de estrés tóxico; desarrollar garantías de seguridad (física, emocional y sexual), construir contextos bien tratantes; prever cuidados cotidianos a través de la satisfacción de necesidades básicas y conectarse con redes para incrementar el apoyo social que funcione de soporte emocional, instrumental o económico para lograr alcanzar los objetivos actuales de la crianza. Ya que la parentalidad es una práctica social, y como tal, necesita un soporte vincular que aporte y contribuya al momento de solicitar ayuda (Gómez & Contreras, 2019).

Estos temas vienen siendo muy estudiados a nivel internacional, principalmente en lo que refiere al apoyo social desde el campo de la salud y pese a que ha sido muy discutido, actualmente ya no quedan dudas sobre su función en el bienestar psicosocial humano. Se estima que su creciente interés puede tener relación con tres cuestiones importantes, en primer lugar, a la existencia de evidencia empírica donde se asocia el apoyo social con la etiología de las enfermedades. En segundo lugar, por la eficacia que el apoyo social mostró en programas de prevención, tratamientos y rehabilitaciones. Y, por último, porque se demostró que el aislamiento y la desintegración social funcionan

como factores para entender el origen de muchos problemas psicosociales como la violencia, la delincuencia, el consumo, entre otros (Gracia, Herrera & Musitu, 2002).

España ha sido cuna de los estudios relacionados al apoyo social, el psicólogo Musitu, junto a otros autores como Cava, Herrero, Gracia, Jiménez, Medina, García, entre otros, han realizado diversos estudios tomando como variable principal al apoyo social. Entre ellos, se estudió el estrés y apoyo social en población con discapacidad, enfatizando la importancia de la red de apoyo social como amortiguador del estrés en familias vulnerables. Sus resultados mostraron que las personas con discapacidad intelectual creen disponer de menor apoyo social, agregando que el tipo de persona que facilita el apoyo no es determinante en el tipo de esfuerzo conductual y cognitivo que emplean para hacer frente a las demandas estresantes (García & Medina, 2016).

Aproximando a la temática estudiada en la presente investigación y al continente, Gracia, Musitu y García (1994), realizaron una investigación sobre apoyo social y maltrato infantil, en España y Colombia, comparando familias con y sin maltrato infantil, evaluaron el grado de integración social y aislamiento. Encontraron mayor grado de implicación y sentido de pertenencia comunitaria en Colombia que en España. En ambos países, en muestra de familias con maltrato infantil encontraron menor apoyo social, respecto a las familias que no lo ejercen. Concluyen que los padres que maltratan a sus hijos experimentan niveles de estrés más elevados, índices de sintomatología psiquiátrica más elevada y que se encuentran en situación de mayor aislamiento, respecto a padres que no maltratan a sus hijos.

En Chile, en los últimos veinte años se ha estudiado sobre capacidades parentales y afrontamiento y control del estrés, argumentando que el apoyo social es un factor significativo para lograr ejercer una parentalidad protectora y bien tratante (Barudy & Dantagnan, 2010, Gómez & Contreras, 2019).

En Argentina han trabajado en la variable, Rodríguez y Héctor (2007), realizaron la validación del cuestionario MOS de apoyo social percibido, logrando muy buenos niveles de validación y confianza. Posteriormente, Rodríguez (2010) continuó trabajando en este sentido y validó la escala MOS para niños, publicando la investigación “Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión”, manifestando que los niños de clase socioeconómica deficitaria reportaban menor apoyo social percibido que los de clase media. Por su parte, los niños de clase social deficitaria puntuaron más elevado en depresión que los de clase media. Esta investigadora actualmente continúa trabajando sobre la variable a través del

Observatorio de la deuda social Argentina UCA, donde vienen realizando un monitoreo en población urbana sobre el apoyo social percibido.

Por su parte, de la revisión bibliográfica realizada en Uruguay el único antecedente que surge tiene que ver con una investigación realizada por Dietrich (2014), sobre estrés y recursos familiares en familias con maltrato hacia niños y adolescentes, el mismo consistió en un estudio exploratorio, con familias que asistían a un servicio especializado en maltrato infantil. Pesquisó sobre recursos familiares internos y externos a través de la aplicación de la escala FStS – VE (Versión Española). En cuanto a los recursos familiares internos, encuentra evidencia que asocia a menores recursos que las familias de población general. Ahora bien, sobre recursos familiares externos, reporta que en la subescala movilización familiar para obtener y aceptar apoyo externo, las familias de la muestra de estudio utilizan más este recurso.

### **3.3 ESTRÉS Y APOYO SOCIAL EN FAMILIAS CON VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Como se ha planteado las familias con violencia hacia NNA a cargo, suelen reportar altos niveles de demandas y estresores (Abidin, 1995; Barudy & Dantagnan, 2010; Hornos, 2009; Gómez & Kotliarenco, 2010; Gómez & Muñoz, 2015; Morales & Santelices, 2007).

En cuanto al apoyo social se ha señalado que tienden al aislamiento del entorno y de los apoyos sociales, esto relacionado al poder, control, a la perpetuación de la conducta violenta, al desgaste de los lazos sociales, tendiendo al desarrollo de funcionamiento caótico o rígido con su entorno (Barudy & Dantagnan, 2010; Hasanbegovic, 2016; Hornos 2009; Intebi, 2007).

*Pero, ¿qué implica tener un alto nivel de estrés y un escaso apoyo social en situaciones de violencia infantil intrafamiliar?*

En primer lugar, tanto la violencia intrafamiliar, como el estrés crónico y el escaso apoyo social son características de familias multiproblemáticas; cuando estas variables se unen e interactúan se genera un entramado complejo, que puede exponer y ubicar a los miembros de ese sistema en situación de riesgo (Juby & Rycstft, 2004).

Gómez et al. (2007) y Gómez y Kotliarenco (2010), han trabajado en la caracterización de las familias multiproblemáticas y multiestresadas, han llegado a la

conclusión de que todas sus características posicionan al sistema familiar y sus miembros a situación de riesgo.

En primer lugar, enfatizaron en la poli sintomatología y crisis recurrentes, refieren que se asocian a cadenas de problemas y de factores de estrés, entre los cuales pueden surgir la negligencia, el consumo abusivo de sustancias, la violencia intrafamiliar y las patologías psiquiátricas. La presencia de múltiples problemas de gran complejidad, la gravedad e intensidad y la existencia de más de un portador de sintomatología y recurrentes crisis individuales y familiares. Esto puede cronificarse, reforzarse e instalarse en la familia cuando no se recibe apoyo e intervenciones adecuadas y ajustadas (Gómez, et al.,2007; Juby & Ryctsft, 2004; Walsh, 2004).

Segundo, suelen presentar estrés crónico, que contribuye a la desorganización familiar de su estructura y comunicación. El surgimiento continuo de problemas complejos y las recurrentes crisis generan un desorden y caos sistémico, estos factores incrementan aún más el nivel de estrés, demandando mayor nivel de respuesta a los continuos estímulos recibidos (Bronfenbrenner & Evans, 2000; Gómez, et al.,2007; Gómez & Kotliarenc, 2010).

En tercer lugar, mencionan a la desorganización, refieren que la misma produce una estructura caótica y una comunicación disfuncional. En su mayoría son familias monoparentales, con dispersión de los miembros, con una estructura que presenta numerosas rupturas y reconstituciones. Son sistemas que generan mucha confusión, presentan fronteras permeables o excesivamente rígidas, límites difusos y problemas en la diferenciación de roles, lo que facilita la transmisión transgeneracional de los problemas (Gómez et al., 2007; Gómez & Kotliarenc, 2010; Linares, 1997; Matos & Sousa, 2004).

En cuarto lugar, agregan que son familias que por todo lo descrito tienden al abandono de funciones parentales y/o delegación de funciones a terceros, debido a sensación de imposibilidad y dificultad de identificar necesidades de sus hijos, interpretar y dar repuestas sensibles y ajustadas a las mismas (Gómez & Kotliarenc, 2010).

Y por último, que se desarrollan en contexto de aislamiento de red social formal e informal. Mostrándose al mismo tiempo con fronteras excesivamente permeables o impermeables debido a intentos continuos de ayuda ofrecidos por otros sistemas sociales en los que se encuentra en interacción, ejemplo servicio de salud, centros educativos, programas cercanías, etc. (Gómez & Kotliarenc, 2010).

Tanto la presencia del estrés crónico como el aislamiento de la red social de apoyo, son parte y consecuencia de la dinámica de las familias multi-problemáticas con funcionamiento violento. La acumulación de estresores y la superposición de demandas que surgen al disponer de escasos recursos y estar expuestos a mayores niveles de riesgos provenientes del propio entorno, producen un efecto de anclaje en la urgencia de resolver lo inmediato. No posibilita problematizar la situación vivenciada, llevando a exteriorizar las fuentes de problemas y de soluciones, generando la constante búsqueda de ayuda y soluciones en instituciones y servicios estatales (Barudy & Dantagnan, 2010; Gómez & Kotliarenc, 2010; González, Vandemeulebroecke & Colpin, 2001).

En cuanto al aislamiento, es una de las características de mayor relevancia, ya que reduce el ingreso de nueva información que pueda aportarle a la familia un modelo vincular diferente. La ausencia de redes de apoyo social es considerada en diversas investigaciones como factor gravitante en la etiología del maltrato infantil (Barudy & Dantagnan, 2010; Gómez et al., 2007; Gracia & Musitu, 2003).

Desarrollar el cuidado de NNA en esas condiciones se configura en factor de alto riesgo para todos los miembros del sistema familiar; por lo mencionado y también porque incrementan la aparición, frecuencia y gravedad del maltrato, la negligencia y el abuso sexual. Cabe aclarar que en particular la negligencia puede ocurrir también en presencia de redes informales que contemplan de forma indiferente esta situación y/o hasta la estimulen (Barudy & Dantagnan, 2010).

Contar con apoyos sociales puede servir para manejar el estrés y la tensión social e intrafamiliar, ambas variables relevantes en familias con presencia de violencia hacia los NNA. Regular las tensiones a través del descenso del nivel de estrés e incrementar el apoyo social puede ser factor determinante al momento de adherir a tratamientos psicosociales, pero también al momento de abrirse para incorporar nuevas formas de vincularse y tratar a los demás (Barudy & Dantagnan, 2010).

Algunas investigaciones destacan la importancia de determinar los factores que dejarán entrever y comprender los resultados de intervenciones psicosociales con o sin éxito, destacando que entre las características de especial relevancia se encuentran el pedido de ayuda (disposición al tratamiento), el nivel de estrés de los consultantes y el apoyo social con el que cuentan (Leibert et al., 2011; Winkler et al., 1989). Teniendo en cuenta, en situaciones de violencia intrafamiliar la disposición al tratamiento puede ser baja, ya que las derivaciones a atención psicosocial son de tipo coactivas. La matriz de protección a la infancia detecta la situación de vulneración de derechos, intenta frenarla

y como parte de esa intervención se deriva a servicios de atención especializados en maltrato, donde el trabajo se enfoca en la protección, restitución de derechos y reparación del daño psíquico, a través de intervenciones sociales, jurídica y psicológica (Amar et al., 2003).

La ausencia del pedido de ayuda tiene fuerte relación con que en más del 90% de las situaciones de abuso y maltrato a la infancia, los agresores son adultos del sistema familiar, por lo cual allí existe una fuerte naturalización de la violencia. Además, por encontrarse el agresor dentro del sistema familiar donde vive en NNA, en general la detección y denuncia de la situación es extrafamiliar (otros familiares, vecinos, instituciones de salud, educativas y sociales). La familia puede estar o no en condiciones emocionales de percibir y detectar tales situaciones como inadecuadas e incorrectas, según distintos niveles de naturalización de la violencia, historias transgeneracionales de malos tratos, vulneraciones, ausencias de cuidados y la fuerza que tenga la cultura de los malos tratos a la infancia (Amar et al., 2003; Gómez & Kotliarenco, 2010; Hornos, 2009; SIPIAV, 2018).

Ante la develación de una situación de abuso sexual o maltrato intrafamiliar el sistema entra en crisis. Cuando el agresor es extra familiar, la familia se enfrenta a una crisis pero suele abrirse al pedido de ayuda, porque todo es más claro al momento de detectar y significarlo, ya que la unidad se comporta en función de ayudar a la víctima. Pero cuando el agresor es un miembro de la familia, se generan cuestionamientos, división de responsabilidades, culpabilizaciones, muchas veces se activan los mecanismos de negación y los sistemas de creencias, que actúan contribuyendo a la unificación familiar. Se actúa para restaurar el equilibrio, se desarrollan movimientos homeostáticos que contribuyen a la restauración de la unidad (Bronfenbrenner, 1987; Ravazzola, 1997).

Pedir ayuda, implica reconocer el problema e identificar qué función y participación ha tenido ese individuo, lo cual es muy duro y complejo psíquicamente. Aunque el pedido de ayuda no se encuentre presente, muchas familias aceptan las intervenciones, se comprometen y sostienen la asistencia en los servicios; en la mayoría de los casos el pedido de ayuda o demanda se va construyendo. Esta aceptación de la ayuda y sostenimiento del tratamiento, podría ser un componente de protección, tanto para el NNA como para el adulto, ya que es una forma de reparar el daño ocasionado por la multiplicidad de violencias vivenciadas (Llanos & Sinclair, 2001).

La ausencia de pedido de ayuda, el aislamiento social y la acumulación de estresores son reconocidos como algunos de los factores comunes presentados por pacientes que han reportado peores niveles de cambios ante la intervención terapéutica (Leibert et al., 2011; Winkler et al., 1989). Los autores han reseñado factores intra y extra terapéuticos, mencionando que ambos tienen gran peso en la determinación del cambio. Entre los factores intra terapéuticos, enfatizaron en la alianza y el vínculo generado entre terapeuta y paciente. Entre los factores extra terapéuticos recalcaron la duración o permanencia del problema, trastornos psiquiátricos y el apoyo social percibido por el paciente. Cuando hablan de apoyo social refieren a una serie de conceptos interrelacionados tales como: aceptación, pertenencia y acceso a la información y ayuda material necesaria para contribuir al sostenimiento de la vida cotidiana. Según su estudio los pacientes que presentan mayor cambio en las primeras ocho sesiones son los que reportan un mayor apoyo social y cuentan con mayor alianza terapéutica.

Por su parte Sandin (2002), plantea como trascendental aproximar las variables estrés y apoyo social, para definir cómo perciben el estrés los adultos a cargo y con qué apoyo social cuentan, teniendo presente que el segundo puede funcionar como amortiguador de los estresores, vinculando ambas variables a las posibilidades de cuidado y respuestas que puedan desarrollar los adultos hacia los NNA que tengan a su cargo (Ortego et al., 2011). Es así, que el estudio de estas variables puede arrojar información de las posibilidades que tienen los adultos de modificar sus situaciones y además adherir y sostener los tratamientos psicosociales sugeridos por las instituciones y el Poder Judicial.

## CAPÍTULO 4: MÉTODO

La presente investigación busca describir el nivel de estrés y apoyo social en familias con maltrato y abuso sexual hacia NNA. Las investigaciones sobre las familias con conductas violentas han descripto que estos sistemas suelen reportar altos niveles de estrés y una tendencia al aislamiento del entorno y de los apoyos sociales, pudiendo incrementar el riesgo y la vulnerabilidad de todos los miembros del sistema, principalmente de los NNA (Abidin, 1995; Barudy & Dantagnan, 2010; Gómez et. al., 2007; Gómez & Kotliarenco, 2010; Gómez & Muñoz, 2015; Hasanbegovic, 2016; Hornos, 2009; Intebi, 2007; Morales & Santelices, 2007). Algunos autores han planteado que el nivel de estrés, el apoyo social y el pedido de ayuda son factores predictores de éxito en intervenciones psicosociales (Leibert et al., 2011; Winkler et al., 1989). Siguiendo esta línea, se buscará describir los estresores, el apoyo social y las características del compromiso con la intervención, para determinar si existe relación entre estas variables, en una muestra de familias con maltrato y abuso sexual hacia NNA de nuestro país.

Esta investigación se justifica en la ausencia de estudios sobre el tema en nuestro país y en la importancia de profundizar sobre el problema para realizar intervenciones psicosociales más efectivas con familias con estas características, para incrementar posibilidades diagnósticas y poder determinar factores que incidan en el fracaso o éxito de la intervención.

### 4.1 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo general:** estudiar la percepción de los estresores, su nivel de impacto, y del apoyo social reportado por familias con presencia de maltrato y/o abuso sexual infantil y su eventual vinculación con los resultados de las intervenciones psicosociales especializadas en maltrato.

**Objetivos específicos:**

1. Describir a las familias participantes en relación a variables sociodemográficas.
2. Describir cantidad y tipo de estresores que reportan los adultos a cargo de NNA.
3. Detallar el nivel de impacto de los estresores percibidos por las familias.

4. Caracterizar el apoyo social reportado por los adultos a cargo.
5. Analizar si existe relación entre la percepción de estrés y el apoyo social de las familias con maltrato hacia NNA.
6. Evaluar permanencia, nivel de compromiso y existencia o no de pedido de ayuda de la familia, según percepción de los técnicos que intervienen.
7. Evaluar si existe relación entre el estrés y apoyo social reportado por la familia y las evaluaciones de procesos realizadas por los técnicos que llevan adelante la intervención.

## 4.2 PARTICIPANTES

Muestra por acceso inmediato, conformada por el 93%<sup>1</sup> de los adultos a cargo de NNA que iniciaron procesos psicosociales durante el período febrero a noviembre de 2019<sup>2</sup>, en Servicios especializados en maltrato y abuso sexual infantil (en convenio con INAU), ubicados en Montevideo (zona centro y este) y en Canelones (ciudades de Pando, Barros Blancos y Toledo).

La muestra total se conforma por 40 referentes familiares; 18 atendidos en el Servicio de la zona este de Montevideo, 8 en la zona centro y 14 en Canelones. La diferenciación de cantidades tiene que ver con las características sociodemográficas de las zonas de cada servicio de atención<sup>3</sup>.

La muestra cuenta con 35 referentes del sexo femenino y 5 masculino. Estos adultos cuentan con una media de 36.2 y con un desvío estándar de 12.9 años de edad. Los participantes tenían a su cargo 116 NNA. Todos son referentes familiares y tenedores de NNA que fueron derivados a Servicios para atención por situaciones de malos tratos (físico, emocional, patrimonial, exposición a violencia doméstica, negligencia, castigo físico) y/o por abuso sexual. El 72.5% de la muestra se encuentra

---

<sup>1</sup> Tres familias de los centros de Canelones no participaron de la investigación por dificultades para coordinar el día de las aplicaciones de las técnicas. En el caso de los Servicios de Montevideo participaron el 100% de las familias con las que se trabajó a nivel psicoterapéutico con los NNA.

<sup>2</sup> Período de tiempo que comprende casi la totalidad de ingresos de estos proyectos de atención, ya que en los meses de enero no hubo ingreso en ninguno de los tres proyectos y en diciembre generalmente no se realizan ingresos, salvo por motivos excepcionales.

<sup>3</sup> El Servicio de la zona Centro se caracteriza fuertemente por el ingreso de NNA en situación de institucionalización (amparo en INAU, por medida de protección). Este es considerado motivo de exclusión de la muestra porque no se encuentran con adultos cuidadores de referencia, sino que su cuidado se da institucionalmente.

conformada por madres, el 12.5% por abuelas/os, el 7.5% son padres, el 5% parejas de padres y un 2.5% por tía.

Al momento de la aplicación de las técnicas todos se encontraban en etapa inicial de intervención (primeras cuatro entrevistas); los motivos de atención se fueron actualizando en el transcurso de la intervención ya que en todas las situaciones surgieron nuevas tipologías de maltrato que no estaban consignadas en los informes iniciales de derivaciones.

### 4.3 INSTRUMENTOS

**Cuestionario Sociodemográfico:** diseñado para la población estudiada, donde se consignó: motivo de atención (tipo de violencia), número de agresores (diferenciación entre intra y extrafamiliares), edad del adulto que responde, barrio donde reside, relación de parentesco con el NNA, estado civil, nivel educativo de la madre y padre, situación de empleo y tipo de configuración familiar.

**Cuestionario Índice de Nivel Socioeconómico (INSE):** se utilizó la versión realizada por Perera (2018), que manejó la misma metodología y variables que la del INSE 2016 (Perera & Cazulo, 2016), pero con información de la última Encuesta Continua de Hogares del año 2017, obteniendo un nuevo INSE conformado por las mismas variables que la versión anterior, pero con una puntuación actualizada. La estimación de los puntos de corte definen los niveles socioeconómicos según la capacidad de consumo del sistema familiar; se clasifican en tres niveles compuestos por una totalidad de siete subniveles ordinales: dos corresponden a nivel bajo (B- y B+), tres a nivel medio (M-, M y M+) y dos a nivel alto (A- y A+).

**Inventario de eventos vitales y cambios familiares: *Family Inventory of Life Events and Change, FILE*,** creado por McCubbin, Patterson y Wilson en el año 1989, posteriormente adaptado por Hernández-Córdoba (1991) en Colombia. El instrumento inicial contaba con 171 ítems, luego fue reducido a 71. En la versión colombiana su autora agregó ítems a las subescalas “pérdidas” y “dificultades con la ley” y algunos ítems del A-FILE (Adolescent-Family Inventory of Life Events and Changes). Allí los participantes debieron indicar si los eventos presentados le sucedieron o no en los últimos 12 meses. A cada respuesta “Sí” se le asignó 1 punto. A mayor puntaje, mayor número de estresores experimentados por la familia. Para esta investigación se tomó la versión utilizada por Cracco (2017) que cuenta con ajustes

lingüísticos adaptados a la población uruguaya. Los índices de fiabilidad  $\alpha$  de Cronbach reportados son de .86 para la escala global. Para las subescalas los índices de fiabilidad fueron: .74 para Intrafamiliares, .62 para Maritales, .42 para Embarazo, .56 para Económicas, .46 para Laborales, .44 para Enfermedad, .45 para Pérdidas, .30 para Transiciones, y .63 para Ley. A este instrumento se le agregó al final el ítem “Otros sucesos estresantes”, donde se tuvo en cuenta otros estresores que pudieran estar afectando a los adultos. Además de la presencia o ausencia de estresores, cuando el estresor estuvo presente se evaluó la percepción del impacto a través de una escala Likert: que midió el nivel de tensión provocado por el evento: 1: Bajo; 2: Medio; 3: Alto.

**Escala MOS (apoyo social):** El primer cuestionario fue creado en año 1991, en Estados Unidos, por Sherbourne y Stewart, para medir el apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas. Para esta investigación se utilizó la escala MOS, validada en población Argentina por Rodríguez y Enrique (2007). Es un cuestionario auto-administrado de 20 ítems. El primer ítem valora el apoyo estructural, hace referencia al tamaño de la red social, se responde mencionando cuántas personas le brindan apoyo. Los 19 ítems restantes evalúan el apoyo funcional percibido, se pregunta con qué frecuencia percibe que dispone de cada uno de estos apoyos, se responde a través de una escala Likert de 5 puntos (nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de las veces o siempre). En la validación argentina el análisis factorial del apoyo funcional reveló la existencia de 3 factores: apoyo emocional, afectivo e instrumental (suprimen la interacción social positiva, que era el cuarto factor contemplado en la original). Estos tres factores explicaron el 59.86% de la varianza global. Presentó un índice de consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach de .919 para la totalidad de la misma, mientras que por factor presentó: Apoyo emocional: .876; apoyo afectivo: .843 y apoyo instrumental: .802 (Rodríguez Espínola & Enrique, 2007).

**Ficha de Seguimiento de Proceso:** diseñada para esta investigación, auto-administrada por los técnicos (Psicólogo o Trabajador Social) a cargo de la intervención psicosocial de la familia del adulto que inicialmente respondió los demás instrumentos. Cuenta con cuatro ítems: 1) Existencia o ausencia de pedido de ayuda, en caso de existencia se le consultó si era concordante con la temática de trabajo. 2) Nivel de asistencia (según escala ordinal: bajo, medio o alto). 3) Nivel de compromiso del adulto en el proceso (según una escala ordinal: bajo, medio o alto). 4) En caso de que al momento del seguimiento la familia ya se encontrara egresada del Servicio se le

consultó el motivo: Finalización del tratamiento (FT), Finalización de la Intervención (FI), Desvinculación Voluntaria (DV) y Otros (ejemplo: mudanza). Cabe destacar que tanto el pedido de ayuda, como el nivel de asistencia, nivel de compromiso del adulto y motivo de egreso, son datos consignados periódicamente por parte de los técnicos en instrumentos internos de trabajo de los tres Servicios (ficha de asistencia y matriz de intervención).

#### **4.4 PROCEDIMIENTO**

Para dar inicio a la investigación, se solicitó aval al Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay, cumpliendo con la normativa del país sobre investigación con seres humanos.

También, se tomó contacto con la dirección de la Asociación Civil, donde se llevó a cabo la investigación. Se les presentó el proyecto y ambos directores estuvieron de acuerdo con su realización, brindando tiempo y espacio para llevarla a cabo.

Una vez obtenido el aval del Comité de Ética, se retomó contacto con los directores de la Asociación Civil, se les hizo entrega de los consentimientos institucionales donde se detalló los objetivos de la investigación, aspectos formales como población comprendida, tiempo requerido para la aplicación de las técnicas y momento de la intervención en la que se recabaría los datos, así como también aspectos éticos de la misma, tales como la confidencialidad. También, se planteó que se realizaría seguimiento del proceso de atención, solicitando a los técnicos a cargo de la intervención con la familia, su evaluación respecto a algunas cuestiones relacionadas al proceso psicosocial.

En el mes de febrero del 2019, la investigadora principal comenzó a aplicar los instrumentos (cuestionario sociodemográfico, INSE, FILE y MOS). Es importante destacar que todas fueron llevadas a cabo por la misma persona. Se decide administración guiada de escalas porque previamente se detectó dificultades en lectura o comprensión lectora en los adultos que asisten al Servicio.

Se aplicó las técnicas en consultorio cerrado, ambiente cómodo e íntimo, donde se dio espacio a consultas y reflexiones. Se leyó y explicó el consentimiento informado que manifiesta breve y claramente las condiciones y el aspecto voluntario de su participación y manejo de los datos recabados; ninguno se opuso o desistió; se les hizo entrega de una copia del consentimiento. La aplicación de las escalas llevó entre 25 y 40

minutos, dependiendo de las características del participante y cuanto se extendía en sus respuestas.

Las técnicas fueron aplicadas desde febrero hasta noviembre del 2019, en los Servicios de Montevideo y Canelones; incluyendo casi la totalidad de la población en etapa de ingreso y con valoración técnica de continuación de intervención psicosocial con los NNA.

A los tres meses de la primera aplicación se inició la etapa de seguimiento, cada referente familiar ya tenía asignado uno o más técnicos que estarían a cargo de la intervención, por lo tanto se solicitó evaluación de seguimiento de la intervención. Este seguimiento se realizó a los tres y a los seis meses del inicio del abordaje. Teniendo en cuenta que la investigadora forma parte de dos de los tres los equipos técnicos a los que se les pidió evaluación de proceso, se tomó recaudo que en las intervenciones que estuvo a su cargo la evaluación la hiciera la compañera de dupla, para evitar que la información inicial sobre el nivel de estrés y el apoyo social de la familia pudiera influir en la evaluación de proceso en el proyecto de atención.

Es importante resaltar que todos los protocolos están en poder la investigadora principal y serán archivados durante un mínimo de 5 años en la oficina de la Dra. Cecilia Cracco en el Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la UCU. La base de datos fue manejada únicamente por la investigadora y la tutora, quedarán almacenadas en sus computadoras personales. Además, a solicitud del Comité de Ética de la UCU, se reportaron cada 3 meses los avances del Proyecto de Investigación.

#### **4.5 DISEÑO Y ANÁLISIS DE DATOS**

El presente refiere a un estudio descriptivo, correlacional, de corte longitudinal, con una metodología de investigación cuantitativa (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Se midió y recogió información sobre las variables estresores, nivel de impacto del estresor y apoyo social percibido por los adultos a cargo de los NNA; también se recogió información sobre el pedido de ayuda, nivel de asistencia, nivel de compromiso del adulto y motivo de egreso según evaluación de los técnicos a cargo de la intervención psicosocial en dos tiempos (3 y 6 meses de intervención).

Se analizó la posible correlación entre las variables mencionadas y el éxito o fracaso de la intervención psicosocial. Se entiende por “fracaso en la intervención”

cuando el nivel de asistencia y compromiso es bajo y/o cuando hay desvinculaciones voluntarias (abandonos de tratamiento).

Se realizaron estadísticos descriptivos, correlaciones y análisis de regresión logística binaria. En función de los resultados de los análisis de normalidad de las variables se utilizaron pruebas paramétricas. Los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 24.

## CAPITULO 5: RESULTADOS

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS FAMILIAS

El 45% de las familias que componen la muestra presentan una configuración monoparental (89% con jefatura femenina y 11% con jefatura masculina), el 27.5 % son familias extensas, el 20% son reconstituidas y el 7.5% nucleares. La Tabla 1 reúne información sobre la totalidad de integrantes, cantidad de hijos y edades medias de los hijos mayores y menores del total de las familias.

Tabla 1  
*Composición de los hogares*

	Media	Desvío Estándar
Total de integrantes	4.09	1.7
Total de hijos	2.27	1.35
Edad de hijo mayor	11.45	3.19
Edad de hijo menor	3.9	3.6

En cuanto al nivel socioeconómico el 92.5% de la muestra se encuentra en el nivel socioeconómico bajo y muy bajo (77.5% en el tramo B- y el 15% en el B+); y el restante en el nivel socioeconómico medio, según datos del INSE (2018).

En cuanto al nivel educativo de las madres, el 55% cuenta con primaria completa, el 37.5% con ciclo básico, el 7.5% con bachillerato, ninguna accedió ni cursó estudios universitarios. Por otra parte, 57.5% de los padres realizó primaria, el 37.5% con ciclo básico y el restante bachillerato y “otros” (formación técnica)<sup>4</sup>.

Sobre la situación de empleo el 32.5% de los adultos contaban con empleo estable, el 27.5% con empleo inestable, el 22.5% en situación de desempleo, el 10% son amas de casa y un 7.5% en situación “otros” (conformado por jubilados o pensionistas). El 10% de los hogares no cuenta con perceptores de ingreso en el núcleo familiar, un 55% cuenta con uno, un 30% cuenta con dos, un 2.5% cuenta con tres y un 2.5% con cinco. El 30% de las familias cuentan con prestaciones sociales como su único ingreso de subsistencia (asignaciones familiares y tarjeta Uruguay Social).

<sup>4</sup> En el cuestionario sociodemográfico, el nivel educativo del padre daba la opción de responder sobre un padre solamente; en las familias que contaban con más de uno, se consignó al padre que representaba mayor número de NNA de ese núcleo o en caso de no haber esa diferencia, se consignó el nivel educativo del padre del NNA más pequeño.

El 80% de estas familias reciben atención en salud pública y el restante en mutualista u hospital (militar o policial).

Respecto a la situación habitacional, el 50% de la muestra responde ser propietario de la vivienda donde reside; muchos han accedido a la vivienda mediante compra irregular de propiedad, siendo el 27% los que efectivamente son propietarios de la vivienda que residen (algunas están edificadas irregularmente en terrenos de padres o hermanos). El 62.5% de las viviendas cuentan con techo de material precario. El 10% de estas viviendas no cuentan con baño (ni dentro ni fuera), esto situación al 12.3% de los NNA que asistieron a los servicios de atención en el momento comprendido para el relevamiento de datos.

## 5.2 DATOS RELACIONADOS AL MOTIVO DE ATENCIÓN

En cuanto al motivo de derivación e ingreso a los servicios de atención, los NNA que componen la muestra han vivenciado un mínimo de 2 tipologías de maltrato y un máximo de 6 a la vez. Las tipologías consignadas son violencia emocional, física, abuso sexual, violencia de género, violencia patrimonial, negligencia y otros (castigo físico, violencia química e institucional). En la tabla número 2 se puede apreciar la distribución de NNA en función del número de malos tratos.

Tabla 2  
*Motivo de atención de los NNA: distribución según n° de tipologías*

N° de tipologías	% NNA
2 tipologías a la vez	12.5
3 tipologías a la vez	25
4 tipologías a la vez	25
5 tipologías a la vez	17.5
6 tipologías a la vez	20
Total	100.00

El tipo de violencia que predomina es el maltrato emocional, con una presencia del 100% en los NNA ingresados en ese período de tiempo. En segundo lugar la violencia patrimonial que afecta al 77.5% de los NNA, luego el abuso sexual con un 75%, seguido de la violencia de género con un 67.7%, luego el maltrato físico con un

60%, en sexto lugar la negligencia con un 27.5% y por último un 12.5% con la categoría “otros”.

En cuanto al número de agresores se registra entre uno y cuatro agresores. En el 22.5% de los casos se detecta un agresor, en el 40% dos agresores, en el 32.5% tres agresores y el 5% tiene 4 agresores. El 100% de los NNA tiene al menos un agresor que compone su familia directa y el 7.5% además tiene un agresor extra familiar.

Hasta el momento del cierre de trabajo de relevamiento, se pudo consignar que el 40% de los adultos que participaron de este estudio ejercían algún tipo de maltrato hacia los NNA que tenían a su cargo. Ninguno ejerce abuso sexual, ya que es requisito de ingreso al Servicio que el NNA se encuentre separado del agresor sexual antes de ser derivado (esta medida es realizada a nivel Judicial) y al momento del ingreso están a cargo de otro referente.

### 5.3 PERCEPCIÓN DE ESTRESORES Y NIVEL DE ESTRÉS

Se obtuvo una media de 16.7 estresores para el total de la muestra, un desvío estándar de 6.8, puntuando un mínimo de 6 estresores y un máximo de 36.

En la distribución de familias según el número de estresores reportados se puede percibir que más del 90% de la población incluida en la muestra presenta entre 11 y 30 estresores del listado consultado, en el último año de vida. En la Tabla 3 se presentan la media y el desvío estándar según el tipo de estresor.

Tabla 3  
*Datos descriptivos de los estresores familiares*

Estresores	Media	Desvío Estándar
Estresores intrafamiliares	5.0	3.3
Estresores maritales	1.3	1.1
Estresores por embarazo	1.1	0.7
Estresores económicos	2.5	1.8
Estresores laborales	2.2	1.4
Estresores por enfermedades	1.6	1.1
Estresores por pérdidas	1.2	0.7
Estresores por transiciones	1.3	0.6
Estresores vinculados a la ley	1.6	1.4
Total de Estresores	16.8	6.8

Los estresores con mayor presencia en el último año corresponden a la categoría “tensiones intrafamiliares”, seguidas por las “tensiones de tipo económicas” y por último “tensiones laborales” (ver Tabla 4).

Tabla 4  
*Estresores familiares más reportados en porcentajes*

<i>Estresores Intrafamiliares</i>	
Aumentó el tiempo de la mujer fuera de la familia	50
Uno de los miembros presentó problemas emocionales	80
Uno de los hijos tuvo problemas de aprendizaje	60
Aumentó el conflicto entre los hijos	57.5
Aumentaron las dificultades para manejar a los hijos en edad escolar (6 a 12 años)	50
Aumentaron las “actividades fuera de la casa” en la que participan los hijos	50
<i>Estresores económicos</i>	
Se tomó o se refinanció un préstamo para cubrir un aumento de gastos	45
La familia se quedó sin ningún ingreso estable	55
Aumentaron los gastos de comida, ropa, servicios, etc.	77.5
Demoras en recibir el aporte económico para el sostenimiento de los hijos por parte del padre ausente o separado	52.5
<i>Estresores laborales</i>	
Uno de los miembros perdió o dejó el trabajo	55
Uno de los miembros comenzó o volvió al trabajo después de un largo tiempo	35
Uno de los miembros dejó de trabajar por un largo período (por sanción, huelga, licencia)	32.5
Uno de los miembros adolescentes cambió de escuela o liceo	42.5

Al final de la escala se agregó la opción “Otros”, las tres categorías más enunciadas fueron “situación de desempleo y situación económica”, “dificultades en la puesta de límites a hijos” y “situación habitacional”; en segundo lugar “inoperancia del poder judicial” y “sobrecarga de cuidados”.

Mediante una escala de tipo Likert se midió el nivel de tensión provocado por la presencia de cada estresor reportado por el adulto. A nivel general, se obtuvo una media de 2 en un rango de 1 a 3. En la Tabla 5 se reporta el nivel de tensión provocado en función de los estresores presentados.

Los estresores que generan mayor tensión son los maritales, los vinculados a la ley y por enfermedad, que puntúan una media de 2.5 y 2.6 respectivamente.

Tabla 5  
*Nivel de tensión provocado por estresores*

Estresores	Media
Estresores intrafamiliares	2.3
Estresores maritales	2.6
Estresores por embarazo	1.8
Estresores económicos	2.2
Estresores laborales	2.1
Estresores por enfermedades	2.4
Estresores por pérdidas	1.4
Estresores por transiciones	1.4
Estresores vinculados a la ley	2.5

#### 5.4 PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL

En la Tabla 6 se presentan los resultados descriptivos del apoyo social estructural reportados por los referentes. Este dato se obtuvo preguntando con cuántos familiares y amigos contaban. El 40% de los referentes dispone de un apoyo social estructural compuesto por 1 o 2 personas (entre familiares y amigos); el 45% con 3 a 5 personas y el 12.5% cuenta con 10 a 15 personas. El 87.5% de los adultos cuentan con una red menor a 5 personas.

Tabla 6  
*Datos descriptivos del apoyo social estructural*

	Media	Desvío Estándar
Familia	1.4	1.8
Amigos	1.7	3.4
Total	3.1	5.2

En la Tabla 7 se expone la media y el desvío estándar reportado por cada uno de los apoyos sociales funcionales. Como se puede apreciar las familias reportan mayor apoyo social afectivo que emocional o instrumental

Tabla 7  
*Datos descriptivos del apoyo social funcional*

Factores	Media	Desvío Estándar	Rango
Apoyo emocional/informacional	25.4	12	10 a 50
Apoyo afectivo	18.2	5.4	5 a 25
Apoyo instrumental	9.5	5.2	4 a 20
Apoyo total	53.7	19.7	19 a 95

## 5.5 RELACIÓN ENTRE VARIABLES FAMILIARES ESTUDIADAS

Antes de realizar los estudios correlacionales, se analizó el tipo de distribución de las variables. En la Tabla 8 se presentan los valores del estadístico Kolmogorov-Smirnov *K-S* para las variables de total de estresores, nivel de estrés y apoyo social total. En función de estos resultados, se realizó la prueba de correlación de Pearson (prueba paramétrica).

Tabla 8  
*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para variables*

	Z de K-S	Sig. asintótica (bilateral)
Total estresores	.112	.200
Impacto total del estresor	.111	.200
Apoyo Social Total	.136	.060

Se correlacionaron las variables Apoyo Social con Estrés (total de estresores y total de impacto del estresor presentado). En la Tabla 9 se puede apreciar una correlación negativa entre el apoyo social y la presencia de total de estresores; y también una correlación negativa entre apoyo social y el total del impacto del estresor.

Tabla 9  
*Correlaciones entre apoyo social con total de estresores e impacto del total de estrés*

	Total de Apoyo Social	
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
Total de estresores	-.344	.030
Total de impacto de estresores	-.354	.025

Además de las correlaciones antes reportadas, se analizaron las correlaciones entre todas las subcategorías de estresores y los factores de apoyo social. Las

correlaciones más altas son las de apoyo social afectivo y violaciones a la ley que presentan una correlación negativa (-.319;  $p= .045$ ). Entre apoyo social instrumental y tensiones intrafamiliares se observa una correlación negativa (-.372;  $p= .018$ ), y entre apoyo social instrumental y pérdidas también se percibe una correlación negativa (-.401;  $p= .001$ ).

## **5.6 PRIMER SEGUIMIENTO DE PROCESO DE INTERVENCIÓN**

A los tres meses de la aplicación de las técnicas se solicitó evaluación de proceso a los técnicos que se encontraban trabajando con la familia del referente que inicialmente respondió los cuestionarios.

En relación al pedido de ayuda, el 70% de los adultos que asisten a dichos servicios de atención presentaba pedido de ayuda. De ese subgrupo se pudo consignar que el 89% de los pedidos de ayuda eran concordantes con la temática de trabajo. Es decir que de la muestra general de adultos que participaron en la investigación el 62.5% dispone de pedido de ayuda concordante con la temática de trabajo del servicio y con el motivo de derivación.

Del primer reporte, se obtuvo que el 60% de los NNA presentaban un nivel de asistencia alto (con más de un 70% de asistencia a los espacios asignados), el 30% un nivel de asistencia medio (entre el 36 y el 69% a los espacios brindados) y un 10% bajo (con una asistencia menor al 35%).

Los técnicos también reportaron que el nivel de compromiso de parte de los adultos con el tratamiento de sus NNA a cargo a los tres meses de intervención era un 25% bajo, 60% medio y un 15% alto.

Se realizó un análisis de las distintas combinaciones posibles en relación a las variables nivel de asistencia del NNA y nivel de compromiso del adulto. Las combinaciones que surgieron son las plasmadas en la Tabla 10.

Como se puede observar el 55% de los NNA que asisten a los servicios de atención presentan niveles de asistencia altos y niveles de compromiso medio-alto de parte del adulto. El 30% con niveles de asistencia medio y los adultos presentan nivel de compromiso medio-bajo.

Tabla 10  
*Nivel de asistencia del NNA y nivel de compromiso del adulto*

	%
Nivel de asistencia alto/Nivel de compromiso alto	15
Nivel de asistencia alto/Nivel de compromiso medio	40
Nivel de asistencia alto/Nivel de compromiso bajo	5
Nivel de asistencia medio/Nivel compromiso medio	20
Nivel de asistencia medio/Nivel compromiso bajo	10
Nivel de asistencia bajo/Nivel compromiso bajo	10
Total	100

También se les solicitó a los técnicos el reporte de egresados. Los motivos de egresos se categorizaron en cuatro: 1) *Finalización del tratamiento*”: es el escenario ideal de egreso, se da cuando se logran cumplir los objetivos del proyecto de atención, es el “alta de tratamiento”, 2) *Finalización de la Intervención*”: egreso por decisión del equipo técnico en base a la valoración realizada sobre la situación (generalmente engloba derivaciones judiciales, comprende situaciones donde se da el egreso sin haber cumplido los objetivos de intervención planteados, por ejemplo: por bajo compromiso del adulto, boicot del espacio de atención, etc.), 3) *Desvinculación Voluntaria*”: decisión de abandono de parte del adulto a cargo, y 4) *Otros*”: incluye situaciones de egresos principalmente por mudanzas, problemas graves de salud, etc.

En el primer reporte se consignaron 4 egresos (10% de la muestra). Dos por finalización de intervención y 2 por desvinculación voluntaria de los adultos a cargo. Interesó profundizar en aquellos egresos que fueron por decisión del adulto a cargo del NNA, es decir “desvinculación voluntaria” y se obtuvo que en ambos casos presentaban un nivel de compromiso bajo de parte del adulto, un nivel de asistencia al servicio medio-bajo y además los adultos ejercían algún tipo de maltrato hacia el NNA a cargo.

## **5.7 SEGUNDO SEGUIMIENTO DE PROCESO DE INTERVENCIÓN**

A los seis meses de la aplicación de las técnicas se solicitó la segunda evaluación de proceso a los técnicos, obteniendo los datos que se desglosarán a continuación.

De los 36 adultos que continuaron participando del proyecto de atención (ya que 4 egresaron antes de los 3 meses), el 44.4% presentaba asistencia alta, el 39% asistencia media y un 16.6% baja. Esto indica que del primer al segundo seguimiento hubo una

disminución de un 15.6% en la población que tenía asistencia alta y un incremento de un 9% en la población que tenían asistencia media y un 6.6% en asistencia baja.

En cuanto al nivel de compromiso de los adultos con el tratamiento psicosocial de los NNA, reportaron que el 30.5% presenta un bajo compromiso, el 41.6% compromiso medio y el 27.9% compromiso alto.

Se pudo observar que el 5.5% de los adultos disminuyeron su compromiso sobre la atención psicosocial de sus NNA en el servicio de los tres a los seis meses de atención. Por otra parte, incrementó casi un 13% la población de adultos con alto compromiso. Sobre los adultos con compromiso medio se reportó una disminución de un 18.5%, cabe destacar que se distribuyeron en la población con bajo y alto compromiso (5.5% y 13% respectivamente).

Al igual que en el primer seguimiento, se realizó un análisis de las distintas combinaciones posibles en relación a las variables nivel de asistencia del NNA y nivel de compromiso del adulto (ver Tabla 11).

Tabla 11  
*Nivel de asistencia del NNA y nivel de compromiso del adulto segundo seguimiento*

	%
Nivel de asistencia alto/Nivel de compromiso alto	27.8
Nivel de asistencia alto/Nivel de compromiso medio	16.7
Nivel de asistencia medio/Nivel compromiso medio	19.4
Nivel de asistencia medio/Nivel compromiso bajo	19.4
Nivel de asistencia bajo/Nivel compromiso medio	5.6
Nivel de asistencia bajo/Nivel compromiso bajo	11.1
Total	100

El 44.5% de los NNA que asisten a estos servicios de atención presentan altos niveles de asistencia y adultos con compromiso medio-alto. El 38.8% presentan asistencia media y adultos con niveles de compromiso medio-bajo. El 16% restante tiene asistencia baja y adultos con compromiso medio-bajo.

Al igual que en el primer seguimiento se solicitó el reporte de egresos hasta la fecha y sus motivos categorizados son “Finalización de tratamiento”, “Finalización de Intervención”, “Desvinculación Voluntaria”, y por último la categoría “otros”.

En el primer reporte se consignaron 4 egresos (dos por finalización de intervención y 2 por desvinculación voluntaria de los adultos a cargo). En el segundo se obtuvo un reporte de 5 egresos, tres por desvinculación voluntaria y dos por motivo

“otros” (mudanzas). Es decir, que a los 6 meses de intervención egresó un 22.5% de la muestra.

Se profundizó en los 3 egresos por desvinculación voluntaria y se encontró que, en todos los casos, el nivel de compromiso del adulto con el tratamiento era bajo. En cuanto a la asistencia 2 reportaron asistencia baja y 1 asistencia media.

A diferencia que en el primer reporte, solo en 1 de los tres egresos el adulto a cargo ejercía algún tipo de maltrato hacia el NNA. En los egresos reportados en el primer seguimiento en las dos desvinculaciones voluntarias los adultos violentaban a sus NNA a cargo y presentaban nivel de compromiso bajo.

## **5.8 EVOLUCIÓN DE NIVEL DE ASISTENCIA Y COMPROMISO: REPORTE DE PRIMER Y SEGUNDO SEGUIMIENTO**

En cuanto al análisis de comportamiento de las variables nivel de asistencia y nivel de compromiso del adulto en el primer y segundo reporte se pudo percibir que hubo un incremento de la población con asistencia y compromiso alto, también un incremento de población con asistencia media y compromiso bajo y con nivel de asistencia baja y compromiso bajo.

En la tabla 12 se puede apreciar las distintas combinaciones dadas entre las dos variables tanto en el primer como en el segundo reporte.

Tabla 12

*Comparación entre primer y segundo reporte de Nivel de asistencia del NNA y nivel de compromiso del adulto segundo seguimiento*

	%	%
	Primer seguimiento	Segundo seguimiento
Nivel de asistencia alto/Nivel de compromiso alto	15	27.8
Nivel de asistencia alto/Nivel de compromiso medio	40	16.7
Nivel de asistencia alto/Nivel de compromiso bajo	5	0
Nivel de asistencia medio/Nivel compromiso medio	20	19.4
Nivel de asistencia medio/Nivel compromiso bajo	10	19.4
Nivel de asistencia bajo/Nivel compromiso medio	0	5.6
Nivel de asistencia bajo/Nivel compromiso bajo	10	11.1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

En el primer seguimiento se constató que el 25% de los adultos tenía un bajo nivel de compromiso, el 30% de los adultos con bajo compromiso no tenían pedido de ayuda. En el segundo seguimiento el 30% tenía un bajo nivel de compromiso. En la población con bajo nivel de compromiso el 45% no tenía pedido de ayuda.

De la muestra se consigna que 8 de las intervenciones psicosociales de la muestra ingresarían en la categoría “fracaso de la intervención”, esto representa el 20 % de la población. 5 son egresos voluntarios (decisiones del adulto - abandonos) antes de los 6 meses de intervención y 3 son intervenciones que a los 6 meses presentaban niveles de asistencia baja y niveles de compromiso bajo por parte del adulto.

Cabe destacar que de los egresados por desvinculaciones voluntarias, el 60% tenía pedido de ayuda y nivel de asistencia baja, el 40% nivel de asistencia medio. Y el 100% tenía bajo nivel de compromiso por parte el adulto.

Por último, se realizaron análisis de regresión logística binaria para conocer si la existencia de pedido de ayuda, los estresores, nivel impacto y el apoyo social, predecían el éxito o fracaso de la intervención psicosocial realizada. Se realizaron los análisis tomando como variables dependientes la asistencia (baja o media-alta), compromiso (bajo o medio-alto) y la desvinculación voluntaria o no del servicio, en los tiempos de seguimiento 1 y 2. En ninguno de los análisis realizados se encontraron resultados significativos. Según estos datos, las variables incorporadas no nos permiten realizar predicciones respecto a lo que se ha considerado en este trabajo en términos de éxito o fracaso de la intervención.

## **CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

### **6.1 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS FAMILIAS PARTICIPANTES**

En cumplimiento del objetivo específico número uno, se realizó una descripción de las familias participantes en relación a algunas variables sociodemográficas. Se obtuvo que el 45% de los adultos que participaron, son jefas/es de familias de configuración monoparental. Este dato es interesante porque difiere a lo reportado en el último Censo (realizado en 2011), donde se registraba que en Uruguay habría un 11.1% de familias monoparentales en Uruguay (Cabella, Fernández & Prieto, 2015). Siendo cuatro veces mayor la presencia de estas familias en estos servicios de atención a maltrato infantil.

Estos jefes/as de familias monoparentales, se encuentran a cargo de sus hijos y en su mayoría no cuentan con apoyo del referente paterno. De los datos obtenidos en la muestra, se observa claramente la feminización de los cuidados; en familias monoparentales el 88% son encabezadas por mujeres; y a nivel de la muestra total se observa un 87.5% de los referentes de cuidados son mujeres, aunque tengan pareja la misma ocupa un lugar secundario en la crianza y cuidados de los NNA.

La feminización de los cuidados se encuentra instalada en las prácticas cotidianas, en las leyes y en las políticas sociales, es la idea e imaginario que atraviesa todos los sistemas que componen el macrosistema. Los cuidados componen una categoría identitaria para las mujeres, que lo reconocen como una actividad primordialmente femenina. Aunque socioculturalmente se viene deconstruyendo ese rol, la distribución de cuidado aún no es equitativa en medida que las mujeres cuidadoras no remuneradas asumen una serie de costos que se asocian al cuidado, como por ejemplo: la pérdida de autonomía, disminución en la participación de actividades remuneradas, bajos ingresos, dificultades en acceso a derechos sociales, exclusión, escaso goce de tiempo libre, de descanso, etc. (Batthyány, Ferrari & Scavino, 2015; Carrasco, Borderías, & Torns, 2011; García Calvente, Mateo & Eguiguren, 2004).

Además de haber una fuerte presencia de familias monoparentales, también se pudo detectar que las mismas se encuentran en un nivel socioeconómico muy bajo, posicionándose en el nivel más descendido que podía detectar el INSE. Familias con

baja escolarización, empleos precarios, varios NNA para cuidar, viviendas extremadamente precarias, a modo de ejemplo, se detectó que el 10% de las familias no contaban con baño, afectando a más del 12% de los NNA que fueron atendidos en ese período.

Esbozar que casi la mitad de las familias que asisten a estos servicios de atención son monoparentales, lleva a plantear que este tipo de configuraciones familiares se asocian a menores oportunidades de empleo, mayores dificultades de conciliación laboral, menores posibilidades de acceso a una vivienda digna, menor acceso a bienes básicos como alimentación, salud de calidad, educación y de cuidados. También se asocian a redes de apoyo insuficientes, sobrecarga de cuidados en el único adulto que hace frente a la cotidianidad, el cuidado y la crianza (Sastre, 2015). El 100% de las familias monoparentales que participaron refiere no recibir aporte económico de parte del progenitor ausente, es decir, que son mujeres y hombres (en su amplia mayoría mujeres) a cargo del cuidado cotidiano, de la crianza exclusiva de sus hijos y encargadas totalmente de lo económico, aquellas desempleadas lo hacen a través de changas (ferias o tareas domésticas) y aportes de prestaciones sociales (asignaciones familiares y Tarjeta Uruguay Social-MIDES). Se pudo detectar un número significativo de familias que solventan sus gastos con dichas prestaciones, ya que no cuentan con otros ingresos.

Otro dato relevante muestra que el 66% de esas madres jefas de familia, cuentan con una educación baja (primaria). Es así, como toda esta conjunción logran que las posibilidades de acceso al trabajo y a la vivienda sean absolutamente limitadas (Batthyány et al., 2015; Carrasco et al., 2011). Agregando que se encuentran a cargo de una media de 2.5 NNA por adulto y deben responder de forma exclusiva a todas las necesidades básicas de sus hijos. Ocuparse de todas sus necesidades, cuando solamente el 38% cuenta con empleo estable (ingreso mínimo) y cuando el 45% ocupa el lugar exclusivo de cuidados, es una utopía.

En las familias monoparentales se observa que experimentan un alto nivel de violencia patrimonial (100%), este fenómeno puede tener relación con que el 72% han sido víctimas de violencia de género por parte del adulto ausente. Y en muchos casos ese adulto, además de ser quien ejerce violencia de género, también es el principal agresor de otros tipos de violencias hacia los NNA (abuso sexual, físico y emocional). Cuando llegan al servicio de atención ya se encuentran separados y el adulto ausente se desentiende de sus obligaciones económicas.

La violencia patrimonial, por falta de pago de pensión alimenticia, es muy importante en la vida de cualquier NNA, pero el impacto se incrementa en los NNA que ya han atravesado múltiples vulneraciones de derechos, ya que les reduce la posibilidad de contar con una mejor salud física y emocional, alimentación, una vivienda digna, a tener una inserción educativa acorde con sus necesidades, poder participar en espacios lúdicos, recreativos, etc. Es así como se han detectado infinidad de maniobras realizadas por el adulto ausente para evadir pagos de pensión alimenticia (como cambios continuos de trabajo o trabajos informales) o en muchos casos el adulto a cargo prefiere no realizar el trámite judicial para evitar contacto con el agresor, por miedo a que la pensión tenga relación con el derecho a visitas con los NNA (Pacheco et al., 2019).

La violencia patrimonial no sólo afecta a las familias monoparentales, sino también al 77.5% de las familias que componen la muestra. Estos adultos disponen de un nivel educativo muy descendido, los trabajos a los que acceden en su mayoría son precarios, inestables, desprotegidos y con baja remuneración (Golovanevsky, 2003). En esas condiciones, la posibilidad de acceso a una vivienda se convierte en algo inalcanzable; únicamente el 20% de la muestra refiere ser propietario de una vivienda con techo (hormigón u otro tipo de cielo raso), asimismo la mayoría de estas viviendas son construidas en terrenos irregulares, lo cual tampoco se convierte en garantía para el adulto y sus NNA.

Estos datos dan cuenta de familias que se enfrentan cotidianamente a un entramado socioeconómico altamente deficitario. Además de esta realidad, se le suma la presencia del maltrato infantil, es así como la violencia y la pobreza coexisten y subsisten de generación en generación, se cronifican e intensifican (González et al., 2001; Minuchin et al., 2000).

Aquí es importante aclarar y ser enfáticos en que la violencia infantil no afecta solamente a las familias de niveles socioeconómicos bajos (O.M.S, 2005; Ravazzola, 1997). Las familias en extrema pobreza son las que llegan a este tipo de servicios de atención donde se recabó la muestra. Por requisito de INAU<sup>5</sup>, solamente pueden ser atendidas las familias con derivaciones de equipos técnicos, es decir instituciones que generalmente se encuentran en territorio trabajando, excluyendo la participación de familias que quieran ser atendidas por demanda espontánea.

---

<sup>5</sup> Organismo estatal que financia estos Servicios de atención.

Desde el año 2008, en Uruguay se cuenta con el Sistema Nacional Integrado de Salud donde las familias insertas laboralmente tienden a tener acceso a la salud mental mediante asistencia mutual y resuelven su atención a través de los Comités de Recepción de Violencia (Decreto 305/011) o mediante atención privada los que pueden solventar económicamente (psicoterapia privada) (Ley N° 18.211, 2008).

A su vez, los sectores favorecidos económicamente, son muy complejos para detectar situaciones de malos tratos o abusos sexuales, debido a dificultades de la matriz de protección al momento de ingresar a sus dinámicas familiares, situación muy diferente a los sectores socioeconómicos deficitarios, donde por medio de los Programas de Cercanías implementadas en los últimos 8 años, existe una mayor inserción y en algunos casos invasión de las familias en situación de extrema pobreza, donde se logra detectar con mayor frecuencia este tipo de situaciones. La violencia como fenómeno vincular y socio-cultural, atraviesa a todos los sectores de la sociedad, pero en algunos sectores continúa siendo complejo lograr detectar y trabajar, siendo también un riesgo importante para los NNA de sectores socioeconómicos altos (Krug et al., 2013; Ministerio de Desarrollo Social, 2012; Perrone & Nannini, 1997; Ravazzola, 1997).

En cuanto a los tipos de violencias y número de agresores consignados en los NNA que asisten a estos Servicios, se pudo detectar que van entre dos y seis tipologías de malos tratos a la vez y pueden llegar a consignarse entre uno y cuatro agresores a la vez. Queda absolutamente claro que todos estos NNA han sido violentados en el ámbito familiar y que un 7.5% además fueron violentados por una persona extra familiar. Estos datos demuestran que lejos de ser un ámbito de cuidado o contención, la familia muchas veces puede convertirse en un espacio de hostigamiento, violencia, desamparo y de naturalización de conductas aberrantes, que construyen el cotidiano de algunos NNA que nacen y crecen en un sistema familiar con estas características (Coddou et al., 1995; Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1989).

La frecuencia de la violencia, las tipologías, el número de agresores y su cercanía con la víctima, son datos claves al momento de valorar la vulnerabilidad y el riesgo en el que se encuentra el o la NNA, además, delimita las posibilidades de trabajo en su protección. Las secuelas del maltrato infantil dependerán de la subjetividad, del nivel de vulnerabilidad de cada NNA y de los factores anteriormente mencionados (Intebi, 2009).

En el caso de los NNA que asisten a estos servicios de atención, en su mayoría han sido agredidos crónicamente (92% de los atendidos en 2019, más de un año expuestos o siendo víctimas directas de la violencia). Los agresores son personas que componen su núcleo familiar (personas de confianza), que tenían acceso inmediato a los NNA y el 77.5% han sido agredidos por más de dos adultos a la vez. A su vez, se pudo detectar que el 40% de los adultos que respondieron a los cuestionarios ejercen algún tipo de maltrato hacia los NNA a cargo.

Otro dato importante es que en muchos casos los NNA llegan a los servicios con medidas cautelares con el agresor, el cumplimiento de esta disposición judicial es muy complejo, porque queda en manos de la familia reportar cuando hay un incumplimiento. Esto es discutible, ya que en primer lugar no todas las familias están en condiciones de poder dimensionar el riesgo del contacto y reportarlo, en segundo lugar, también hay familias que no logran creer o visualizar el hecho como violencia esto genera desprotección a los NNA y en tercer lugar, existen adultos que dimensionan, visualizan y reportan los incumplimientos de las medidas pero luego hay una gran frustración porque no hay consecuencias judiciales hacia los agresores, de hecho la “inoperancia del Poder Judicial” surge en la categoría “otros” del FILE como algo genera alto nivel de estrés.

## **6.2 ANÁLISIS DE PERCEPCIÓN DE CANTIDAD, TIPOS DE ESTRESORES Y SU NIVEL DE IMPACTO**

Se realizó una descripción de la cantidad y tipos de estresores reportados por los adultos a cargo de los NNA que asisten a los servicios de maltrato infantil, utilizando el inventario *FILE*. Los modelos de estrés y adaptación familiar han insistido en la idea de que una mayor cantidad de estresores se asocia a una mayor vulnerabilidad familiar. Por otra parte, conocer qué estresores son los más reportados también aporta un dato relevante ya que se ha demostrado que algunos son más complejos que otros para afrontarlos (Azar & Kurdahi, 2006; Boss, 2001; McCubbin & Patterson, 1983).

Sobre el total de estresores reportados por las familias participantes se obtuvo una media de 16.7 estresores para el último año de vida, es un número elevado para un período de tiempo tan acotado. Cabe destacar que el estudio que puede semejar a la población y temática analizada es uno realizado en Montevideo que se dedicó a medir sucesos vitales estresantes en familias vulnerables con violencia infantil y se obtuvo que

el 60% de los referentes experimentaron más de 10 sucesos vitales estresantes en los últimos 6 meses (Capano & Pacheco, 2014). Aunque los instrumentos utilizados para medir son diferentes, ambos detectaron niveles elevados de estrés o sucesos vitales estresantes en las familias con maltrato infantil.

Investigaciones previas habían confirmado que las familias con violencia intrafamiliar tienden a reportar mayores niveles de estrés (Brooks et al., 2013; Cabrera et al., 2012) y que las familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica también se reportan mayores niveles de estrés (Cracco, 2017; Cracco & Blanco, 2015; Zachow, 2013).

Algunos estudios dentro y fuera de nuestro país, han encontrado evidencia que dan cuenta de una asociación positiva entre el nivel de estrés, la violencia y la vulnerabilidad socioeconómica (Capano & Pacheco, 2014; Dietrich, 2014; McConnell et al., 2010). Por lo cual, era altamente esperable que en esta población estudiada el nivel de estrés reportado fuera elevado, aún más teniendo en cuenta todas las variables que interactúan en cada núcleo.

En cuanto a los tipos de estresores reportados ocuparon el primer lugar las tensiones intrafamiliares, lo que coincide con investigaciones realizadas en Uruguay (Cracco, 2017; Cracco & Blanco, 2015) y también en la realizada por McCubbin et al. (1989), creadores del inventario de eventos vitales y cambios familiares. Este tipo de estresores refiere a conflictos entre los miembros de la familia y tensiones relacionadas al desempeño de roles parentales. Este resultado no sorprendió teniendo en cuenta que la muestra fue recabada en servicios de malos tratos infantil, por lo cual tanto los conflictos como las dificultades en el ejercicio de roles parentales son frecuentes, asimismo, con esta investigación se obtuvo que estos adultos lo perciben y lo reportan como datos relevantes.

Siendo estos los tensores más reportados, se podría inferir según la clasificación de Boss (2001), que al ser intrafamiliares debían ser internos (provenientes del interior de la dinámica familiar). Cuando se profundiza en estos datos se obtiene que cuatro de los estresores más reportados en la categoría son de fuente interna (puesta de límites, conflictos entre hijos, dificultades de aprendizajes y emocionales); todas concordantes con sintomatología e indicadores inespecíficos de NNA maltratados y características de familias con presencia de maltrato infantil (Castanyer, Horno & Escudero, 2009). Por otra parte, dos de los seis estresores intrafamiliares más reportados son de fuente externa

(aumento del tiempo de la mujer fuera de la familia, aumento de las actividades fuera de la casa en la que participan los hijos).

En segundo y tercer lugar, se reportan los estresores económicos y laborales, esto concuerda con lo mencionado en la clasificación de nivel socioeconómico altamente deficitario que presentan estas familias.

Se pudo ver semejanza en cuanto a los estresores más reportados con la investigación realizada por Cracco (2017) con familias en situación de pobreza, ya que el primer estresor más reportado fue el de tensiones intrafamiliares y el segundo sobre aspectos económicos.

En este estudio se apostó a profundizar en el impacto de cada uno de los estresores reportados. Esto se fundamentó en que no basta con percibir o no un estresor, también es importante tener en cuenta que cada sujeto puede vivir la experiencia estresante de forma única. Boss (2001) y Price et al. (2017), mencionan que se debe tener en cuenta que la experiencia estresante puede funcionar de manera sistémica y su impacto va a depender de un conjunto de recursos individuales, familiares y culturales que van a componer las estrategias de afrontamiento de cada sujeto. Todos estos recursos, conformarán un sistema de respuesta a la experiencia estresante, todos influyen y son influenciados en el proceso de evaluación, organización de la experiencia estresante, creando un entramado vincular y subjetivo complejo.

Teniendo en cuenta, se pudo visualizar que, a nivel general, la muestra reportó un nivel de impacto medio para los estresores. Profundizando más en los datos, se obtuvo que los tensores maritales, los vinculados a la ley y los por enfermedad reportaban niveles de impactos más elevados que el resto, reportando alto nivel. Aquí se puede observar como a pesar de que un elevado porcentaje de los adultos que participan en la muestra no tienen pareja, los tensores maritales les genera un nivel de impacto elevado. Como se mencionó, la ausencia de las parejas en el hogar en muchos casos se ve ligada a la vulneración de derechos, al maltrato al progenitor que queda a cargo de los NNA y también a los NNA directamente. Lo vinculado a la ley puede tener que ver con la población estudiada, ya que el 95% de los participantes atravesó procesos judiciales, cada intervención judicial deja un fuerte impacto en el adulto y en los NNA.

### 6.3 ANÁLISIS DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR LOS ADULTOS

Para dar cumplimiento al objetivo cuatro de este estudio, se realizó una caracterización de apoyo social reportado por los adultos, a través de la escala *MOS*. La misma se divide en dos subgrupos, por un lado el apoyo social estructural y por otro el apoyo social funcional (Rodríguez & Héctor, 2007).

Entre ambos apoyos puede haber diferencias, por un lado se puede tener una red de apoyo estructural muy grande y un apoyo funcional deficitario, o viceversa. Lo interesante de esto, es que depende de la percepción de cada sujeto, cómo lo vive y cómo siente cada uno de estos apoyos cuando los necesita (Rodríguez & Héctor, 2007).

En algunos casos, se pudo detectar que los adultos mencionaban contar muchas personas en su red de apoyo estructural, pero en la realidad cotidiana no cuentan, principalmente en lo que hace referencia al apoyo familiar. Esto puede tener relación con características propias de los participantes, no se debe perder de vista que el 65% de los y las participantes han sido víctimas de violencia de género crónica y además un gran porcentaje han sido víctimas de maltrato en su infancia. Indagar sobre el apoyo social se encuentra muy ligado a la subjetividad de la historia familiar, de los recursos humanos con los que cuentan y puede ser muy doloroso para quienes no lo tienen. Además, al ser víctimas crónicas de violencia presentan algunas distorsiones de la realidad, es así como minimizan, niegan o se disocian para soportar tanto dolor y angustia, esto puede convertirse en un modo de afrontamiento al hablar de cuestiones que generan dolor o que lastiman (Walker, 1989).

Se pudo detectar que el 40% de los referentes dice contar con una red social estructural de 1 o 2 personas (entre familia y amigos), y que el 87.5% cuenta con una red menor a 5 personas. Esto podría indicar que la realidad de estos adultos es deficitaria en cuanto a cantidad de personas que componen su red y que puedan apoyar y sostener sus necesidades.

Por otra parte, se detectó algunos adultos que contaban con redes estructurales muy empobrecidas y limitadas, pero manifestaban apoyo funcional elevado, es decir que tan solo una o dos personas satisfacían todas sus necesidades de apoyos, lo que podría indicar que son redes estructurales limitadas pero funcionalmente muy eficientes según la percepción de estos adultos (Rodríguez & Héctor, 2007).

Nueve adultos (22.5% de la muestra) reportaron niveles de apoyo social funcional elevados (75 puntos o más). No se encontró una relación entre la cantidad de

personas en la red estructural y el nivel de apoyo funcional, para esta población indica que no importaría la cantidad de personas sino la funcionalidad y eficacia que tiene la misma (Terol et al., 2004).

El 35% de la muestra presenta un apoyo social deficitario con menos de 50 puntos sobre 95, el 32.5% presenta un apoyo social medio con entre 50 y 75 puntos y el 32.5 % restante posee un apoyo social más alto. Asimismo, se pudo apreciar que las familias reportan mayor apoyo social afectivo que emocional o instrumental. El apoyo social afectivo tiene que ver con el soporte afectivo con el que cuenta el sujeto, es decir, alguien con quien pasar un buen rato, con quien relajarse, etc. (Rodríguez & Héctor, 2007).

Por otra parte, no se logró asociar el nivel de apoyo social con algún tipo de configuración familiar específica, esto disiente con algunas investigaciones como la de Palomar y Cienfuegos (2007), que asociaban un elevado nivel de apoyo social percibido con las familiares nucleares. Cabe aclarar, que fue limitada la participación de familias con esta configuración, pero su reporte de percepción de apoyo social fue heterogéneo.

#### **6.4 ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y APOYO SOCIAL EN FAMILIAS CON MALOS TRATOS HACIA NNA**

Otro de los objetivos de esta investigación fue analizar las relaciones entre las variables familiares estudiadas: estrés, nivel de impacto y apoyo social. Es importante destacar que se trata de un primer análisis de relacionamiento entre las variables, ya que no existen investigaciones previas en Uruguay.

En cuanto al estrés y al nivel de impacto, se evidenció una asociación positiva en su comportamiento, es decir, a mayor nivel de estrés se obtuvo un mayor nivel de impacto, este resultado era esperado según lo surgido teóricamente hasta el momento, aún más teniendo en cuenta que los participantes se encuentran sometidos a estresores crónicos, más allá de que la técnica tomó los últimos 12 meses de vida (Boss, 2001; Labrador & Crespo, 1993; Price et al., 2017).

Estar sometido a altos niveles de estrés genera mayor impacto en la vida cotidiana y en el desarrollo de cualquier ser humano, afecta la salud, disminuye posibilidades de realizar una lectura ajustada de las necesidades para dar una respuesta efectiva y eficiente. El estrés crónico es tóxico para cualquier ser vivo, para cualquier ser humano, pensar en una dinámica familiar signada por la violencia, las necesidades

básicas insatisfechas, inmediatamente lleva a pensar en los miembros que componen ese sistema, asimismo, no se debe omitir que dentro de los sistemas familiares existen miembros que se encuentran en posición de mayor vulnerabilidad que otros, ya sea por la etapa de desarrollo vital, situación de dependencia u otros motivos, que los hace más sensibles al impacto del estrés y la violencia (Hornos, 2009).

En las familias con dinámica intrafamiliares violentas crónicas, está demostrado que el estrés tiende a encontrarse activo por largos períodos de tiempo, esto indica que su presentación será en fase agotamiento. Esta fase genera disminución progresiva del organismo, lo deteriora y puede generar síntomas graves que afectan el desarrollo humano (Melgosa, 2004; Selye, 1956).

En cuanto a las variables nivel de estrés y apoyo social, se encontró una correlación negativa. Diversas investigaciones han señalado que el apoyo social funciona como recurso para minimizar los efectos negativos de las situaciones estresantes (Abril, 1998; Aduna, 1998; Daniels & Guppy, 1997; Green & Rodgers, 2001; Palomar & Cienfuegos, 2007).

Los individuos que tienen un alto apoyo social percibido generalmente evalúan su entorno como menos amenazador que los que no lo tienen, lo cual propicia crear formas de afrontamiento más activas y racionales, facilitando una mejor lectura de las necesidades (Gottlieb, 1985; Guarino & Sojo, 2011).

Algunos autores describen el modelo de amortiguación del apoyo social, según el cual el apoyo social protege a los individuos en momentos de estrés, potenciando su adaptación, por ejemplo, facilitando conductas de afrontamiento. Es así, como el apoyo social percibido puede reducir el impacto del estrés, eliminando o reduciendo el estresor, reforzando la capacidad de los individuos para enfrentarlo y/o atenuando la respuesta del estrés (Sandín, 2002; Taylor & Aspinwall, 1996).

En investigaciones sobre estrés y apoyo social en población con discapacidad, se ha demostrado que la red de apoyo social funciona como amortiguador del estrés en familias vulnerables, es así como es esperable que ante un elevado nivel de apoyo social exista un menor nivel de estrés (García & Medina, 2016).

En la muestra estudiada, se registró un bajo nivel de apoyo social, siendo un dato esperando, teniendo en cuenta que Gracia et al. (1994) ya habían evidenciado que en familias con maltrato infantil se reportaba menor apoyo social que en aquellas que no ejercían malos tratos a sus hijos. En esa investigación concluyen que los padres que maltratan a sus hijos experimentan niveles de estrés más elevados, índices de

sintomatología psiquiátrica más elevada y que se encuentran en situación de mayor aislamiento, respecto a padres que no maltratan a sus hijos. En Chile, también han encontrado evidencia que asocian negativamente el estrés y el apoyo social en situaciones de malos tratos infantil (Barudy & Dantagnan, 2010, Muzzio & Contreras, 2019).

El apoyo social es un factor significativo para lograr ejercer una parentalidad protectora y bien tratante, que es la finalidad de cualquier programa de intervención por parte de la matriz de protección a la infancia (Barudy & Dantagnan, 2010, Muzzio & Contreras, 2019).

En este estudio se pudo evidenciar niveles de vulnerabilidad socioeconómica graves, niveles de estrés elevados, bajo apoyo social y adultos con sobrecarga de cuidados, todo esto hace que el entramado vincular, social y de la vida cotidiana sea muy compleja y deficitaria. Cracco (2017) encontró que la vulnerabilidad de las familias en situación de pobreza se asocia al impacto que los eventos estresores generan en el lazo emocional que une a las personas entre sí. El aislamiento, la violencia y el estrés funcionan como un terrible engranaje que posibilita la perpetuación de las conductas más aberrantes y vulneradoras (Barudy & Dantagnan, 2010).

## **6.5 ANÁLISIS DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES**

Teniendo en cuenta los aportes ya mencionados de Leibert et al. (2011) y de Winkler et al. (1989), se buscó identificar algunos factores o variables que podrían facilitar o predecir el éxito de las intervenciones psicosociales. Según estos autores, existen determinados factores intra y extra terapéuticos que favorecen el cambio y se asocian al éxito de las intervenciones.

Entre los factores intra terapéuticos, resaltaron la alianza y el vínculo generado entre terapeuta y paciente; entre los extra terapéuticos recalcaron la duración o permanencia del problema, la existencia de pedido de ayuda, la presencia de trastornos psiquiátricos y el apoyo social percibido por el paciente. Cuando hablan de apoyo social refieren a una serie de conceptos interrelacionados, tales como: aceptación, pertenencia, acceso a la información y ayuda material necesaria para contribuir al sostenimiento de la vida cotidiana. Según sus estudios, los pacientes que presentan mayor cambio en las primeras ocho sesiones son los que reportan mayor apoyo social y logran mayor alianza terapéutica. Asimismo, aseguran que el nivel de estrés y el pedido de ayuda también son

factores influyentes en el desenlace de la intervención (Leibert et al., 2011; Winkler et al., 1989).

En este trabajo se intentó identificar la existencia de relación entre el apoyo social, la acumulación de estresores y el nivel de estrés con aquellas intervenciones exitosas o no exitosas. Para ello se delimitó como “intervención exitosa” aquella donde los técnicos intervinientes reportaban niveles de compromiso de parte del adulto con el tratamiento del NNA medio-alto y niveles de asistencia al servicio medio-alto. Por otra parte, se delimitó como intervención “no exitosa” aquella donde el nivel de compromiso y la asistencia es baja, o cuando hay una desvinculación voluntaria del tratamiento (abandono).

Se decidió profundizar en las 5 intervenciones claramente no exitosas (desvinculaciones voluntarias) antes de los 6 meses de intervención y se obtuvo que en todas, los técnicos habían valorado que el nivel de compromiso por parte del adulto a cargo era bajo.

En las desvinculaciones voluntarias, se pudo observar que en el 40% de los casos no había pedido de ayuda, en el 20% había pedido de ayuda no concordante con la temática y el 40% restante había pedido de ayuda concordante con la temática.

En cuanto al apoyo social, no hubo un reporte excepcional o diferenciado entre los que se desvincularon voluntariamente y los que decidieron continuar con el tratamiento. Los antecedentes en el tema indican que el apoyo social sería un factor relevante al momento incrementar las posibilidades de éxito terapéutico o de las intervenciones psicosociales (Barudy & Dantagnan, 2010; Leibert et al., 2011; Winkler et al., 1989). En esta población no se pudo encontrar evidencia que lo asociara.

Por su parte, Barudy y Dantagnan (2010), refieren que ante elevados niveles de estrés y bajo niveles de apoyo social se incrementan las posibilidades de que los adultos se hermeticen, disminuyendo las posibilidades de incorporar nueva información, formas de vincularse y de tratar a los demás, tendiendo al fracaso de la intervención. En la población que participó de la investigación, no se pudo destacar en las intervenciones psicosociales exitosas o no exitosas, diferencias significativas en cuanto a estas variables. Esto deja entrever que más allá de que ambas sean importantes como factores predictores de éxito en intervenciones psicosociales, seguramente no son las únicas, dejando un amplio abanico de posibilidades e incógnitas.

Se pudo encontrar concordancia en que el bajo nivel de compromiso del adulto en relación al tratamiento de los NNA es un factor constante en los abandonos de las

intervenciones. Esta variable podría influir en el fracaso de la intervención psicosocial en maltrato infantil; vislumbrando que uno de los principales (aunque no el único) eslabón al momento de intervenir con NNA en situación de maltrato podría ser el compromiso del adulto con el tratamiento. Este factor debería ser contemplado al momento de diseñar la intervención; en situaciones donde se detecte bajo compromiso sería importante trabajar en incrementarlo. Esto puede ser elaborando una buena alianza con el adulto, trabajando en el reconocimiento de las situaciones de maltrato y en las consecuencias para el NNA.

Este dato es clave teniendo en cuenta que todos los niños que asisten son violentados dentro del propio sistema familiar y a su vez el 40% de estos NNA conviven y están a cargo de un adulto que ejerce algún tipo de maltrato. En este punto, se considera absolutamente relevante incrementar el compromiso de parte del adulto con el tratamiento, esto puede ser a través de espacios donde se pueda trabajar la historia y la niñez del propio adulto a cargo, para que pueda problematizar y sanar la violencia vivida y la reproducida (Gómez & Contreras, 2019; Gómez y Muñoz, 2015). Esto requiere una articulación de las acciones e intervenciones realizadas con la familias, trabajar para que se fortalezca el pedido de ayuda del adulto, la adherencia al tratamiento de sus NNA cargo, incluir a otros adultos de la red de apoyo social para que pueda oficiar de ayuda al adulto y al NNA, es decir, intervenir desde una mirada sistémica que contemple a la violencia como fenómeno complejo que requiere de muchas acciones en simultáneo (Minuchin et al., 2000).

Aunque en el subgrupo conformado por las desvinculaciones voluntarias (12.5% de la muestra) se halló un bajo compromiso de parte del adulto, en el análisis estadístico de la muestra general no se encontró que las variables estrés, nivel de estrés, apoyo social, nivel de asistencia, nivel de compromiso o pedido de ayuda sean predictoras de éxito o no en las intervenciones psicosociales.

En las intervenciones exitosas (que a los 6 meses reportaban niveles de asistencia media-alta y compromiso medio-alto de parte del adulto), se observó un comportamiento heterogéneo en cuanto a reporte de acumulación de estresores, nivel de estrés y niveles de apoyo social. Esto refuerza la idea anterior, más allá de que son factores relevantes para estabilidad, crecimiento y bienestar de cualquier ser humano, en esta oportunidad y en esta población no se pudo determinar que sean variables que predigan el éxito o no éxito de la intervención psicosocial en maltrato infantil tal como se lo ha medido aquí (Abidin, 1995; Barudy & Dantagnan, 2010; Hornos, 2009; Intebi,

2007; Gómez & Kotliarenco, 2010; Gómez & Muñoz, 2015; Morales & Santelices, 2007).

Estos aportes vislumbran la existencia de otros factores que hacen la realidad de las intervenciones con maltrato infantil y que podrían funcionar como potenciador o debilitador de las mismas. Ejemplo, el bajo compromiso del adulto y su relación con la implicancia activa u omisa en la reproducción de la conducta violenta hacia el NNA, las resistencias a trabajar sobre la temática porque generalmente atraviesa muchas generaciones y contacta con la propia historia de vida del adulto (Hornos, 2009). En segundo lugar, este estudio dejó en evidencia que las familias que llegan a estos servicios además de estar atravesadas por la violencia, también provienen de contextos socioeconómicos altamente deficitarios y son multiproblemáticas; este tipo de familias generalmente representa un desafío al momento de adherir a cualquier tipo de intervención (Gómez & Muñoz, 2015; Minuchin et al., 2000). Por lo cual, ambos factores (la violencia y el contexto multiproblemático) tienen su presentación y no permiten esclarecer que tanto de esas dificultades en la adherencia a los tratamientos e intervenciones tienen que ver con un factor u otro, o con ambos factores interactuando en simultáneo.

Otro punto a destacar, es que muchas de estas situaciones provienen del poder judicial, lo cual se traduce a derivaciones coactivas, esto genera que en muchos casos los adultos no logren ver la derivación y llegada al servicio como una oportunidad para modificar sus conductas e incrementar el bienestar de su familia, sino por el contrario pueden llegar a visualizarlas como una amenaza al sistema familiar. Teniendo en cuenta esto, sería importante trabajar con el derivante, en cómo se hacen las derivaciones para que la familia logre ver al servicio como una oportunidad y que esto favorezca el pedido de ayuda y el compromiso del adulto con el tratamiento.

## CONCLUSIONES

En la presente investigación se realizó un estudio descriptivo de la percepción de los estresores, su nivel de impacto y del apoyo social reportado por adultos referentes de familias con maltrato y/o abuso sexual hacia NNA. Además, se analizó la eventual vinculación de estas variables con los resultados obtenidos en las intervenciones psicosociales especializadas en la temática llevadas a cabo en tres de los siete servicios especializados en maltrato infantil existentes en las ciudades de Montevideo y Canelones, Uruguay.

En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura en la que se pudo exponer y entrelazar diversos autores que han realizado múltiples aportes sustanciales buscando explicaciones a temáticas y problemáticas asociadas a la violencia, el maltrato infantil, al estrés, el apoyo social y a intervenciones psicosociales con familias multiestresadas o multiproblemáticas. Esta revisión, permitió profundizar en la complejidad de los fenómenos estudiados, logrando una aproximación de las variables de estudio, centradas en la familia y en la psicología sistémica como columna vertebral.

Luego se hizo un estudio empírico, para cumplir con los objetivos planteados inicialmente. Se incluyeron datos sobre caracterización socioeconómica, estrés y apoyo social reportados por los adultos a cargo y también datos relacionados al proceso psicosocial realizado en los servicios, consignados por parte de los técnicos a cargo de la intervención.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, donde se obtuvo datos relacionados a las características socioeconómicas de las familias participantes, los estresores que las afectan, el nivel de impacto de los estresores y el apoyo social percibido. De este análisis surgieron datos interesantes, se pudo hacer una caracterización socioeconómica de las familias que asisten a los servicios de atención, obteniendo datos alarmantes que dan cuenta de la precarización socioeconómica en la que se encuentran.

Otro dato relevante fue la evidencia de la feminización de los cuidados en familias con maltrato infantil y la violencia patrimonial generada por el progenitor ausente. Estos datos fueron abordados en las discusiones, donde se planteó las implicancias tanto para las mujeres como para los NNA, al enfrentarse a una sobrecarga de cuidados en situaciones de extrema pobreza y en familias atravesadas intergeneracionalmente por la violencia, el maltrato infantil y la ausencia de un Estado

garante de derechos. Se enfatizó en los avances alcanzados a nivel de la esfera pública a través de legislaciones y políticas sociales, pero aún queda por trabajar y/o efectivizar lo hecho, para garantizar las necesidades más básicas de estas familias y la real protección de todos los NNA.

Sobre el reporte de estrés, acumulación de estresores y niveles de impacto una vez más se constató su alta presencia. Al trabajarse con una muestra de familias muy homogénea en cuanto al nivel socioeconómico, no queda claro si los resultados obtenidos se relacionan a familias con dinámicas violentas, o a familias de contexto socio crítico, o tal vez a ambas.

En cuanto al estudio de la percepción del apoyo social, es considerado uno de los aportes más innovadores arrojados por esta investigación. En la región (Argentina, Brasil y Colombia) existen estudios que lo abordaban, sin embargo, nuestro país carecía de datos anteriores sobre esta variable. Unificar las variables apoyo social, estrés y violencia ha sido una contribución novedosa y relevante porque podría officiar de puntapié para otros estudios.

En el análisis estadístico correlacional, se percibió una correlación positiva entre estresores y niveles de estrés, y una correlación negativa entre estresores y apoyo social. Estos datos demuestran que el apoyo social podría amortiguar las experiencias estresantes; este aporte no difiere a los encontrados en la literatura previa y es consistente con los modelos teóricos de estrés familiar analizados.

Finalmente, en los estudios de regresión logística binaria para identificar si alguna de las variables de estudio podría officiar de predictor de éxito o no éxito en las intervenciones psicosociales, no se encontró evidencia estadísticamente significativa que lo demostrara. Solamente se pudo reportar que en todas las desvinculaciones voluntarias de tratamientos había un bajo compromiso de parte del adulto a cargo.

### **Limitaciones del estudio**

El diseño de este estudio no permite realizar generalizaciones, su alcance admite establecer que el fenómeno analizado se comporta de determinada forma en la población estudiada, sin poder transpolar datos a la población general. Asimismo, este tipo de investigaciones son interesantes porque pueden officiar de puntapié para investigaciones de mayores alcances (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Otra limitación es la población que compone la muestra de estudio, el número de participantes es limitado y además es homogéneo en cuanto a características

socioeconómicas. Al recabarse la muestra en servicios de maltrato infantil financiados por el Estado, las familias derivadas son de niveles socioeconómicos bajos, ya que las familias de niveles medios y altos solventan sus necesidades de atención mediante otro tipo de servicios y/o atención.

Las técnicas utilizadas en este trabajo presentan también algunas debilidades que deben ser mencionadas. La escala de apoyo social utilizada no se encuentra adaptada aún al país y tampoco se cuenta con estudios previos con otras muestras. Otra limitación, puede ser la ficha de seguimiento, que fue elaborada tomando algunos datos de la matriz de intervención del servicio de atención, quizás los indicadores tomados no son lo suficientemente sensibles.

### **Futuras investigaciones**

Se sugiere a los interesados en la temática que se continúe investigando sobre factores predictores de éxito o fracaso en intervenciones psicosociales, para continuar trabajando en el ajuste de las intervenciones, en la optimización de los recursos (que son escasos) y en el abordaje efectivo de esta problemática social que debe ser revertida o al menos disminuida.

También se sugiere que se investigue estas variables en población con niveles socioeconómicos (NSE) heterogéneos, para observar si su comportamiento difiere del visualizado en la población de NSE deficitario. De esa forma podría arrojar luz si los niveles de estrés y de apoyo social reportado se relacionan al NSE o a las familias con características funcionamiento violento.

Se considera importante apostar al ajuste o creación de una escala de medición de NSE más sensible a poblaciones que componen los extremos (de NSE más bajo y más alto), para poder obtener información pormenorizada y más ajustada, sin perder de vista pequeños detalles que hacen la vida cotidiana de estas familias.

### **Implicancias prácticas**

A nivel Estatal, sería importante fomentar el incremento y/o creación de espacios para trabajar en la prevención de maltrato y abuso sexual infantil, y así disminuir su prevalencia ya que está absolutamente demostrado que es un problema social relevante.

A su vez, para las situaciones ya detectadas, es necesario generar espacios de atención para los adultos que ejercen malos tratos, donde se pueda abordar, procesar e

intentar sanar su propia historia, su niñez; donde se logre deconstruir aspectos relacionados a la violencia intergeneracional, desde un enfoque de derechos y de parentalidad positiva y que se trabaje en continua consonancia y articulación con el modelo de intervención desarrollado con el NNA violentado, fomentando un trabajo articulado y fortalecido que permita cambios reales y sostenidos en la vida de estas familias; es decir intervenciones que tengan capacidad logística de incluir a todos los miembros que son parte de ese sistema familiar.

Actualmente, en Uruguay no existen estos espacios (en Chile se viene trabajando en este sentido con buenos resultados). En nuestro país, se encomienda a los proyectos especializados en maltrato infantil, que ya tienen un desborde de trabajo importante, abordar todas las líneas de acción (gestión, protección, reparación de daño y restitución de derechos). Indudablemente, todo esto sobrepasa la capacidad logística y de acción, ya que mucho tiempo de los proyectos se ve absorbido en abordar crisis constantes provocadas en la cotidianeidad de estas familias multiproblemáticas y multiestresadas; en intentar garantizar la protección efectiva de los NNA que están en riesgo; y en el trabajo en reparación del daño psíquico producido por los diferentes malos tratos recibidos crónicamente (trabajo realizado en aquellas situaciones donde hay protección asegurada).

Se enfatiza en la importancia de incrementar el apoyo a estos servicios de atención, aumentando los recursos (en sus diferentes expresiones) para generar espacios para las familias con estas características, resaltando el carácter sistémico en los abordajes. Y así fortalecer el trabajo con los adultos, porque como se pudo percibir son quienes ejercen los malos tratos, pero a su vez, son quienes deciden finalmente si se habilita o no el trabajo con los NNA, como se pudo apreciar en todos los abandonos de las propuestas de atención de esta muestra de estudio había un bajo compromiso del adulto a cargo. Esto se traduce a que si el adulto no está en condiciones de visualizar el maltrato es probable que se genere un abandono del espacio de atención de su NNA a cargo.

Para finalizar, sería importante generar espacios de escucha, diálogo y apoyo para los técnicos que trabajan en la temática y que se encuentran en la primera línea de acción, ya que trabajar con esta temática implica un desgaste importante. Una vez más, incorporar una mirada sistémica que amplíe el foco sobre este tipo de problemáticas, considerando a todos los actores que componen el sistema en pos de fortalecer los recursos existentes, visualizando a los técnicos psicosociales que trabajan como parte.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index*. Charlottesville: Pediatric Psychology Press.
- Abril, V. (1998). Apoyo social y depresión en poblaciones de alto riesgo. *Revista de Psicología Social*, 13(sd), 347-357.
- Acevedo, A. (2012). *Influencias de las premisas de los terapeutas sobre la participación del agresor en terapia de parejas, en caso de violencia conyugal* (tesis de maestría). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Aduna, A. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Almenares, M., Louro, I. & Ortiz, M. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(3), 285-292.
- Amar, J. & Berdugo, M. (2006). Vínculos de apego en niños víctimas de violencia intrafamiliar. *Psicología desde el Caribe*, 18(1), 1-22.
- Amar, J., Kotliarenko, M. & Abello, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y desarrollo* 11(1), 162-197.
- Azar, M. & Kurdahi, L. (2006). The adaptation of mothers on children with intellectual disability in Lebanon. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(4), 375-380.
- Azar, S. & Weinzierl, K. (2005). Child Maltreatment and Childhood Injury Research: A Cognitive Behavioral Approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 598-614.
- Barg, G. (2011). Bases neurobiológicas del Apego. Revisión Temática. *Ciencias Psicológicas* V(1), 69-81.
- Barrán, J. (2008). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. La cultura "bárbara". El disciplinamiento*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.

- Batthyány, K., Ferrari, F. & Scavino, S. (2015). Dichos y hechos: juventud, representaciones sobre el trabajo no remunerado y brechas en el uso del tiempo. En Boado (Coord.) *El Uruguay desde la Sociología*. Montevideo: Doble Clic.
- Bedoya, M. & Giraldo, M. (2011). Vivir la violencia materna. La voz de los niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 607-617.
- Benavides Delgado, J. & Miranda, S. (2007). Actitud crítica hacia el castigo físico en niños víctimas de maltrato infantil. *Universitas Psychologica*, 6(2), 309-318.
- Benavides Delgado, J. (2012). La transmisión intergeneracional del maltrato infantil. *De familias y terapias*, 23(34), 155-172.
- Bentancor, G., Lozano, F. & Solari, M. (2017). *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar*. Uruguay, UNICEF.
- Bolívar, L., Convers, A. & Moreno, J. (2014). Factores de riesgo psicosocial asociados al maltrato infantil. *Psychologia* 8(1), 67-76.
- Boss, P. (2001). *Family Stress Management: A contextual approach*. California, Estados Unidos: Sage.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. & Evans, G. (2000). *Developmental Science in the 21st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings*. Publication History.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Brooks, J., Schneider, W. & Waldfogel, J. (2013). The Great Recession and the Risk for Child Maltreatment. *Child abuse and neglect*, 37(10), 721-729.
- Cabella, W., Fernández, M. & Prieto, V. (2015). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay*. Montevideo: Trilce.
- Cabrera, V., González, M. & Guevara, I. (2012). Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. *Universitas Psychologica*, 11(1), 241-254.
- Canstayer, O., Horno, P., Escudero, A. & Monjas, I. (2009). *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia* (2da. ed). España: Desclée de Brouwer.
- Cantón, J., Cortés, M., Justicia, M. & Cantón, D. (2013). *Violencia doméstica, divorcio y adaptación psicológica. De la desarmonía familiar al desarrollo de los hijos*. Granada: Pirámide.

- Capano, A. & Pacheco, A. (2014). Estrés y violencia doméstica: un estudio con adultos referentes de niños, niñas y adolescentes. *Ciencias Psicológicas*, 8(1), 31-42.
- Carrasco, C. Borderías, T. & Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teórica y políticas*. Madrid: Los libros de la catarata.
- Clavijo, A. (2002). *Crisis, familia y psicoterapia*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Coddou, F., Kuntsmann, G., Maturana, H., Méndez, C. & Montenegro, H. (1995). *Violencia en sus distintos ámbitos de expresión*. Santiago de Chile: Dolmen.
- Cohen, S. (2010). *Infancia maltratada en la postmodernidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Colapinto, J. (1995). Dilution of family process in social services: implications for treatment of neglectful families. *Family Process*, 34(1), 59-74.
- Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. (2009). *Evaluación de Riesgo Psicosocial en Familias con Menores, Junta de Andalucía*. España: s/d.
- Convención de los derechos del Niño. (1989). Recuperado de: [https://www.unicef.org/uruguay/spanish/CDN\\_20\\_boceto\\_final.pdf](https://www.unicef.org/uruguay/spanish/CDN_20_boceto_final.pdf)
- Cracco, C. & Blanco, M. (2015). Estresores y estrategias de afrontamiento en familias en las primeras etapas del ciclo vital y contexto socioeconómico. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 129-140.
- Cracco, C. (2017). *Acumulación de estresores y funcionamiento familiar en contextos de pobreza*. (Tesis Doctoral). Universidad del Salvador, Argentina.
- Daniels, K. & Guppy, A. (1997). Stressors, locus of control and social support as consequences of affective psychological wellbeing. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(2), 156-174.
- De la Cerda, F., Goñi, T. & Gómez, I. (2006). Síndrome de Munchausen por poderes. *Cuadernos de Medicina. Forense*, 11(43), 47-55.
- Dietrich, N. (2014). *Estrés y recursos familiares en familias con maltrato hacia niños y adolescentes*. Memoria Final de Grado, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay.
- Duval, F., González, F. & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318.
- Everydayhealth. (2018). Cortisol: Everything You Need to Know About the Stress Hormone. Recuperado de: <https://www.everydayhealth.com/cortisol/guide/>
- García Calvente, M., Mateo, I. & Eguiguren, A. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(s/d), 132-139.

- García, E. (1997). *Para una historia del control penal de la infancia: la informalidad de los mecanismos formales de control social, en Derechos de la infancia y la adolescencia en América Latina: De la situación irregular a la protección integral*. Colombia: Forum Pacis.
- García, E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: percepciones de padres e hijos. *Psicothema*, 14(2), 274-279.
- García, M. & Medina, M. (2016). Apoyo social y afrontamiento del estrés en personas con discapacidad intelectual. *INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 215-220.
- Gimeno, A. (2008). *La familia: el desafío de la diversidad*. Barcelona, España: Ariel.
- Golovanevsky, L. (2003). *Los trabajadores y los trabajos en crisis. 6º Congreso nacional de estudios del trabajo*. Argentina, ASET.
- Gómez, E. & Kotliarenco, M. (2010). Resiliencia familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2), 103-131.
- Gómez, E. & Muñoz, M. (2015). *Escala de parentalidad positiva. E2P, 2da ed. Fundación ideas para la infancia*. Recuperado de: <http://danalarcon.com/wp-content/uploads/2015/05/Manual-de-la-Escala-de-Parentalidad-Positiva-2015.pdf?1d3745>.
- Gómez, E. y Contreras, L. (2019). *Manual Escala de Parentalidad Positiva E2P V.2*. Chile: Ediciones Fundación América por la Infancia.
- Gómez, E., Muñoz, M. & Haz, M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: Características e intervenciones. *Psykhe*, 16(2), 43-54.
- González, M., Vandemeulebroecke, L. & Colpin, H. (2001). *Pedagogía familiar. Aportes desde la teoría y la investigación*. Montevideo: Trilce.
- Gottlieb, B. (1985). Social support and the study of personal relationship. *Journal of Social and Personal Relationship*, 2(s/d), 351-375.
- Gracia, E. & Musitu, G. (2003). *Child Abuse and Neglect* 27(s/d), 153- 168.
- Gracia, E., Herrero, J. & Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Gracia, E., Musitu, G. & García, F. (1994). Apoyo Social y Maltrato Infantil. Un estudio en España y Colombia. *Revista Interamericana de Psicología*, 28(1), 13-24.

- Green, B. & Rodgers, A. (2001). Determinants of social support among low-income mothers: A longitudinal analysis. *American Journal of Comunitary Psychology*, 29(3), 419-442.
- Grinberg, J. (2015). Entre la pediatría, el psicoanálisis y el derecho: apuntes sobre la recepción, reelaboración y difusión del "maltrato infantil" en Argentina. *Revista De Estudios Sociales*, 1(53), 77-89.
- Guarino, L. & Sojo, V. (2011). Apoyo social como moderador del estrés en la salud de los desempleados. *Universitas Psychologica*, 10(3), 867-879.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Hasanbegovic, C. (2016). Violencia basada en el género y el rol del Poder Judicial. *Revista de la Facultad de Derecho*, 40(sd), 119-158.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ta. ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hornos, P. (2009). *Amor y Violencia, La Dimensión Afectiva del Maltrato de Pepa Horno*. Sevilla: Desclée de Brouwer.
- Iglesias, M. (2001). *Intervención terapéutica. Manual de reflexión y procedimientos, atención en casos de maltrato y abuso sexual infantil*. Lima: Cesip.
- Intebi, I. (2007). *Valoración de sospechas de abuso sexual infantil*. España: Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Intebi, I. (2009). *Intervención en casos de maltrato infantil*. España: Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Juby, C. & Rycraft, J. (2004). Family preservation strategies for families in poverty. *Families in Society*, 85(4), 581-588.
- Junco, J. (2014). Análisis psicosocial del maltrato infantil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2(22), 179-191.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2013). Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*, 45(3), s/d.
- Labrador, F. & Crespo, M (1993). *Estrés. Trastornos Psicofisiológicos*. Barcelona: Eudema.
- Larraín, S. & Bascuñán, C. (2008). Maltrato Infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis comparativo 1994-2000-2006. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 64-79.

- Larraín, S. & Bascuñán, C. (2012). *4° estudio de maltrato infantil UNICEF*. Recuperado de: [http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc\\_wp/maltrato%20infantil.pdf](http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/maltrato%20infantil.pdf)
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Leibert, T., Smith, J. & Agaskar, V. (2011). Relationship between the working alliance and social support on counseling outcome. *Journal of clinical psychology*, 67(7), 709-719.
- Ley N° 17.815. (2004). Violencia sexual contra niños, adolescentes o incapaces. República Oriental del Uruguay. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17815-2004>
- Ley N° 18.211. (2008). Creación del sistema nacional integrado de salud. República Oriental del Uruguay. Extraído de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- Ley N° 18.214. (2007). *Código de la Niñez y Adolescencia. Ley de Integridad personal de niños, niñas y adolescentes*. República Oriental del Uruguay. Recuperado de: <https://sip21-webext.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1740909.htm>
- Ley N° 19.580. (2018). Violencia hacia las mujeres, basada en género. República Oriental del Uruguay. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu249011015347.htm>
- Lin, N. & Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological review*, 54(s/d), 382-399.
- Lin, N., Dean, A. & Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depresión*. Londres: Academic Press.
- Lizana, R. (2012). *A mí también me duele. Niños y niñas víctimas de la violencia de género en la pareja*. Barcelona: Gedisa.
- Llanos, T., & Sinclair, C. (2001). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos Fundamentales. *Psykhé*, 10(2), 53-70.
- López, C., Alcántara, M., Castro, M. & Martínez, A. (2017). *Menores expuestos a la violencia de género*. Murcia: Pirámide.
- Madanes, C. (1993). *Sexo, Amor y Violencia: Estrategias de Transformación*. Barcelona: Paidós.
- Maguirre, K. (2012). *Stress and Coping in Families*. Cambridge: Polity Press.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37.

- Maturana, H. & Dávila, X. (2015). *El árbol del vivir*. Santiago: MVP Editores.
- Maturana, H., Montt, J., Maldonado, C., Da Costa, M. & Franco, S. (2000). *Bioética. La calidad de la vida en el S XXI*. Colombia: Del Bosque.
- McConnell, D., Breitzkreuz, R. & Savage, A. (2010). From financial hardship to child difficulties: main and moderating effects of perceived social support. *Child: care, health and development*, 37(5), 679-691.
- McCubbin, H., Patterson, J. & Wilson, L. (1989). Inventario Familiar de Eventos y Cambios Vitales. En D. Olson, H. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen, & M. Wilson, *Family Inventories*, University of Minnesota, Minnesota. Traducción de A. Hernández, *Inventarios sobre familia*, (pp. 127-159). Universidad de Santo Tomás, Bogotá.
- Melgosa, J. (2004). *Sin Estrés*. España: Editorial SAFELIZ, S.L.
- Mesa, M. & Moya, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. *Neurol*, 52(8), 489-503.
- Mesterman, S. (s/d). *Malos y buenos tratos a la infancia: aspectos ideológicos subyacentes*. Argentina. Recuperado de: [http://silviamesterman.com/docs/Articulos/art\\_07\\_Malos\\_y\\_buenos\\_tratos\\_a\\_la\\_Infancia.pdf](http://silviamesterman.com/docs/Articulos/art_07_Malos_y_buenos_tratos_a_la_Infancia.pdf)
- Ministerio de Desarrollo Social. (2012). Programa Cercanías. Infamilia. Recuperado de: <http://www.infamilia.gub.uy/page.apx?1,7,210,O,S,0>
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución, familia*. Madrid: Amorrortu.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1998). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchín, S. & Nichols, M. (1994) *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona, España: Paidós.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Morales, S. & Santelices, M. (2007). Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 25(2), 163-172.
- Musitu, G. & Cava, M. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona, España: Octaedro
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Suiza. Recuperado de: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/abstract\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf)

- Organización Mundial de la Salud (2005). Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Ginebra: Suiza. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43390/924359351X\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43390/924359351X_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2016). Maltrato infantil. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Ortego, M., López, S. & Alvarez., A. (2011). Apoyo Social. *Ciencias psicosociales I*. Departamento de enfermería. Universidad de Cantabria.
- Orue, I. & Calvete, E. (2010). Elaboración y validación de un cuestionario para medir la exposición a la violencia en infancia y adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 279-292.
- Pacheco, A., Capano, A., Fernández, E., Ubach, A. & Carugo, N. (2019). Violencia patrimonial: estudio piloto con niños, niñas y adolescentes. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos. ASIBA*, 35(1), 37-55.
- Palomar, J. & Cienfuegos, Y. (2007). Pobreza y Apoyo Social: Un Estudio Comparativo en Tres Niveles Socioeconómicos. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 177-188.
- Pearlin, L. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3) 241-256.
- Perera, M. & Cazulo, P. (2016). *Índice de Nivel Socioeconómico. Propuesta de actualización*. Montevideo: CINVE.
- Perera, M. (2018). *Índice de Nivel Socioeconómico*. Montevideo: CINVE.
- Peroni, G. & Prato, J. (2012). *Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente*. Cooperativa Andenes. Montevideo. Recuperado de: <http://www.buentrato.org.uy/wp-content/uploads/2013/10/Aportes-abuso13-4-12FINALWeb.pdf>
- Perrone, R. & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Pozo, P., Sarriá, E. & Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18(3), 342-347.
- Price, C., Bush, K. & Price, S. (2017). *Families and change. Coping whit stressful events and transitions* (5th. ed.). California: Sage.
- Ravazzola, C. (1997). *Historias infames: los malos tratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.

- Rodrigo, M., Máiquez, M., Martín, J. & Byrne, S. (2008). *Preservación Familiar Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid, España: Pirámide.
- Rodríguez, L., López-Cepero, J. & Rodríguez, F. (2009). Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema*, 21(2), 248-254.
- Rodríguez, S. & Héctor, E. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate*, 7(12), 155-168.
- Rodríguez, S. (2010). Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261-275.
- Rojas, J. (2002). Violencia doméstica y medidas cautelares. *Medicina legal de Costa Rica*, 19(1).
- Sandin, B. (2002). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Sastre, A. (2015). *Más solas que nunca. La pobreza infantil en familias monoparentales*. España: Save The Children.
- Selye H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. (2018). Informe de Gestión 2018. Uruguay.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. (2019). Informe de Gestión 2019. Uruguay.
- Sluzki, C. & Greaser, D. (2004). Acerca de la violencia: un credo para terapeutas. *Journal of Family Psychotherapy*, 11(2), 1-8.
- Soriano, F. (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. *Pediatría Atención Primaria*, 11(41).
- Szabo, S., Tache, Y. & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor of Nature. *Informa Healthcare USA*, 15(5), 472-478.
- Taylor, S. & Aspinwall, L. (1996). Mediating and moderating processes in psychosocial stress. En H. Kaplan (Ed.), *Psychosocial Stress. Perspectives on structure, theory, life-course and methods* (pp. 71- 110). San Diego, CA: Academic Press.
- Terol, M., López, S., Neipp, M., Rodríguez, J., Pastor, M. & Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo Social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35(1), 23-45.
- Torío López, S., Peña Calvo, J.V. & Inda Caro, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1), 62-70.

- Valdivieso, I., Ormza, M. & García, F. (2018). La inteligencia emocional y su relación con las estrategias de afrontamiento del estrés en los alumnos de la Universidad técnica de Manabí. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*.
- Vidal, R. (2001). *Conflicto Psíquico y estructura familiar*. Montevideo: Psicolibros.
- Vidal-Conti, J., Muntaner-Mas, A. & Palou Sampol, P. (2018). Diferencias de estrés y afrontamiento del mismo según el género y cómo afecta al rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Contextos educativos*, 22(2018), 181-195.
- Viquez, M. (2014). *Castigo físico en la niñez. Un maltrato permitido. Estudio sobre la autoridad parental*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Costa Rica.
- Walker, L. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44(4), 695-702.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Weber, J. (2011). *Individual and family stress and crisis*. California, Estados Unidos: Sage.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. & Snhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista de Terapia Psicológica*, VIII(11), 34-40.
- Zachow, F. (2013). *Estresores en familias con hijos en edad adolescente de distintos contextos socioeconómicos de Montevideo*. Memoria de Grado, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay.

## **APÉNDICE: CONSENTIMIENTOS**

## CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL:

Montevideo, 11 de marzo de 2019

Dirección

Institución xxxx

Presente

Dentro de la línea de investigación sobre Estrés y Adaptación familiar de la Universidad Católica, y en el marco de mi Tesis de Maestría en Psicología Familiar Sistémica de la misma universidad, me encuentro realizando un estudio sobre percepción de estrés y apoyo social de referentes de familias con presencia de maltrato y abuso sexual hacia los niños, niñas y adolescentes (NNA) que tienen a cargo.

El trabajo enfoca su atención en la percepción que tienen los adultos a cargo de los NNA, sobre el estrés y el apoyo social, y su eventual relación con la participación y compromiso de las familias en la atención que se brinda en su Servicio.

Para lograr estos objetivos se realizará un estudio descriptivo, donde se evaluará la situación sociodemográfica de las familias, la cantidad, tipo de estresores y el nivel de estrés generado, se evaluará el apoyo social percibido por los adultos a cargo. Se analizará si existe algún tipo de relación entre la percepción del estrés y del apoyo social. Además, se plantea el seguimiento de estas situaciones en un lapso de seis meses, donde se solicitará a los técnicos intervinientes información muy concreta respecto al proceso de atención.

A tales efectos, les solicitamos autorización para realizar en la Institución a su cargo, la aplicación de estas escalas y de un breve cuestionario socio-demográfico a los adultos referentes que acepten participar en este estudio. Según las posibilidades y la preferencia de su institución, podrían llevarse a cabo antes o después de las entrevistas

de ingresos, contemplando que las mismas se administrarán antes de la cuarta asistencia a la institución. Se les solicitará la participación voluntaria a los referentes brindando el consentimiento informado. En relación a las escalas se estima que llevará no más de 30 minutos y puede ser completada por uno o más referentes adultos de él o de los niños.

En cuanto a la valoración que se solicitará a los técnicos, será 6 meses posterior al ingreso del Proyecto. Se solicitará información sobre el nivel de asistencia y su evaluación respecto al nivel de compromiso de los adultos en el proceso de atención. Y en caso de estar egresado al momento, se solicitará información del motivo (en base a la categorización dispuesta por INAU). Esto se estima que insuma no más de 5 minutos del tiempo para ser completado.

En relación al análisis de los datos se realizará en forma global, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Al cierre de este estudio ofrecemos una instancia de devolución de los resultados y conclusiones generales a la Institución, con posibilidad de brindar espacios de discusión y asesoría a nivel del Equipo de cara al fortalecimiento del servicio ofrecido a las familias.

Desde ya agradezco su tiempo y dedicación, quedando a su entera disposición para ampliar la información que necesiten.

Cordialmente,

Lic. TS. M<sup>a</sup> Eugenia Fernández.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_

Función en la Institución: \_\_\_\_\_

Montevideo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Sello:

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ por voluntad propia acepto participar en el proyecto de investigación “Percepción del Estrés y apoyo social en familias en atención en por maltrato hacia NNA”, sabiendo que:

- ✓ El estudio será llevado a cabo por la Lic. En Trabajo Social M<sup>a</sup> Eugenia Fernández, estudiante de la Maestría en Psicología Familiar Sistémica de la Universidad Católica del Uruguay.
- ✓ Deberé completar las preguntas de una serie de escalas durante aproximadamente 30 minutos, con apoyo técnico de la investigadora.
- ✓ Brindar la información que me será requerida no me generará inconvenientes y tampoco existirá compensación económica por ello.
- ✓ Tengo plena libertad de dar por finalizada mi participación en cualquier momento, sin que esto signifique ningún tipo de perjuicio.
- ✓ Los datos individuales obtenidos estarán protegidos por la confidencialidad siendo manejados únicamente con fines de investigación, se preservará siempre el anonimato de los participantes de la investigación.
- ✓ El análisis de los resultados se realizará en forma grupal, no existiendo devolución de los resultados individuales.
- ✓ Esta investigación ha sido aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Católica del Uruguay ([http://www.ucu.edu.uy/comite\\_etica](http://www.ucu.edu.uy/comite_etica)).

He comprendido la información suministrada. He podido formular las preguntas que he creído convenientes.

Firma de la persona: \_\_\_\_\_

Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Montevideo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Modo de contacto con el Investigador principal: [eugenia.f.1991@gmail.com](mailto:eugenia.f.1991@gmail.com)