

4  
2<sup>ej.</sup>



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
"ZARAGOZA"

EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO COMO  
FENOMENO SOCIAL: IDENTIFICACION DEL  
PROBLEMA Y ALTERNATIVAS DE SOLUCION.

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
CARRILLO PEREZ MA. DE LOURDES  
CASTILLO RUIZ ALICIA  
ROQUE HERNANDEZ MA. DEL PILAR



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1989



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

INTRODUCCION.	1
C A P I T U L O I	
PANORAMA UNIVERSAL DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO.	6
1.1 Antecedentes Históricos.	6
1.2 Definición.	20
1.3 Clasificación.	25
1.3.1 Maltrato Colectivo.	27
1.3.2 Maltrato Institucional.	27
1.3.3 Maltrato Individual.	27
1.3.3.1 Periodo Prenatal.	28
1.3.3.2 Periodo Postnatal.	28
1.3.3.2.1 Maltrato Fisico.	30
1.3.3.2.1.1 Maltrato Fisico Propiamente Dicho.	30
1.3.3.2.1.2 Por Administra- ción de Fármacos.	30
1.3.3.2.1.3 Maltrato Sexual.	30
1.3.3.2.2 Maltrato Emocional.	33
1.3.3.2.2.1 Maltrato Emocional Propiamente Dicho.	34
1.3.3.2.2.2 Negligencia.	35
1.3.3.2.2.3 Abandono.	36

1.4	Etiología.	37
1.4.1	Características de los Padres o Custodios.	38
1.4.1.1	Desórdenes de la Personalidad.	38
1.4.1.2	Características del Propio Desarrollo.	40
1.4.1.3	Problemas de Pareja.	44
1.4.1.4	Explicaciones acerca del Abuso Sexual como forma de Maltrato.	47
1.4.2	Características del Niño.	50
1.4.3	Factores Medioambientales.	54
1.5	Diagnóstico.	60
1.5.1	El Médico frente al Niño Maltratado.	61
1.5.2	Particularidades del Niño Maltratado.	63
1.5.3	Particularidades del Sujeto Agresor.	65
1.5.4	Métodos de Evaluación del Síndrome del Niño Maltratado.	69
1.5.4.1	Instrumentos Médicos.	70
1.5.4.2	Instrumentos Psicológicos.	71
1.5.5	Diagnóstico Diferencial.	76
1.6	Consecuencias.	81
1.6.1	Consecuencias Físicas.	82
1.6.2	Consecuencias Psicológicas.	91
1.6.2.1	Afectivas.	92
1.6.2.2	Conductuales.	93
1.6.2.3	Neurológicas y Cognitivas.	95
1.6.3	Consecuencias Sociales.	97
1.6.4	Consecuencias del Abuso Sexual.	101
N O T A S		105

## C A P I T U L O   I I

EL MALTRATO INFANTIL EN MEXICO.		109
2.1	Antecedentes Históricos de la Asistencia Social.	110
2.2	Instituciones en Materia de Maltrato Infantil.	119
2.2.1	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).	120
2.2.1.1	Programa de Asistencia Jurídica.	121
2.2.1.1.1	Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia.	122

2.2.1.1.2	Departamento de Servicios Sociales.	124
2.2.1.1.2.1	EREMAN.	125
	2.2.1.1.2.1.1 Procedimiento.	126
	2.2.1.1.2.1.1.1 Asistencia y Rehabilitación.	126
	2.2.1.1.2.1.1.2 Investigación.	131
	2.2.1.1.2.1.1.3 Prevención.	132
	2.2.1.1.2 Capacitación del Personal.	132
2.2.2	Instituto Nacional de Salud Mental.	140
2.2.2.1	Clinica del Síndrome del Niño Maltratado.	142
2.2.3	Padres Afectivos (P.A.).	149
2.2.3.1	Organización.	150
2.2.3.2	Funcionamiento.	154
	2.2.3.2.1 El Papel del Coordinador dentro del Grupo.	157
	2.2.3.2.2 Asesoría.	159
2.2.3.3	Conceptualización respecto al Problema del Maltrato.	160
2.2.3.4	Difusión y Colaboración en los Grupos de Autoayuda.	164
2.3	Enfoque Jurídico.	167
2.4	Incidencia.	193
2.4.1	Datos relativos a la Denuncia.	195
2.4.2	Características de la Familia.	200
2.4.3	Aspectos del Agresor.	206
2.4.4	Particularidades del Niño Maltratado.	215
2.4.5	Incidencia del Maltrato en el País.	216
NOTAS.		232
CAPITULO III		
ALTERNATIVAS DE SOLUCION.		235
3.1	Prevención Primaria.	236

3.1.1 Cuidado a los Hijos.	327
3.1.2 Programas de Educación.	239
3.1.2.1 Programas Educativos dirigidos a los Padres.	239
3.1.2.2 Programas para Niños.	244
3.1.2.3 Programas para Profesionales.	247
3.1.3 Detección del Maltrato.	247
3.1.3.1 Detección por Observación.	248
3.1.3.2 Detección por Instrumentos.	251
3.1.4 Servicios Auxiliares.	257
3.1.5 Participación Interinstitucional.	255
3.1.6 Creación de Instituciones Científicas.	257
3.1.7 Formación y Cambio de Actitudes.	258
3.1.8 Denuncia.	260
3.1.9 Aspectos Legales.	262
3.1.10 Difusión.	266
3.2 Prevención Secundaria.	269
3.2.1 Tratamiento dirigido al Niño.	277
3.2.3 Tratamiento dirigido a los Padres o Custodios.	296
<b>N O T A S.</b>	327
<b>CONCLUSIONES.</b>	329
<b>BIBLIOGRAFIA.</b>	341
<b>ANEXOS.</b>	353
Anexo No. 1. DIF: Programas de Asistencia Social.	355
Anexo No. 2. DIF: Organigrama del Programa de Asistencia Jurídica.	357
Anexo No. 3. DIF: Estudio Socioeconómico.	359
Anexo No. 4. DIF-PREMAN: Resumen de Caso.	367
Anexo No. 5. DIF-PREMAN: Visita Domiciliaria.	369
Anexo No. 6. DIF-PREMAN: Programa de Actividades.	371
Anexo No. 7. DIF-PREMAN: Proceso Social.	373
Anexo No. 8. INSM : Organigrama de Funcionamiento.	375
Anexo No. 9. Padres Afectivos: Informe Mensual del Coordinador.	377

## I N T R O D U C C I O N

Es evidente que la humanidad atraviesa por una de sus más grandes crisis. A la crisis económica mundial se suma también un incremento en la violencia del mundo. Sus expresiones son diversas: tensión, enajenación, terrorismo, así como grandes contrastes entre países ricos y pobres, y desafortunadamente, se presenta también tal violencia en el seno de uno de los sectores más numerosos de la población: los niños.

Por estos motivos, una de las mayores preocupaciones de los profesionistas interesados en el bienestar de la niñez, como pediatras, psicólogos, sociólogos, etc., es la de resolver las múltiples dificultades que se presentan durante la infancia.

Una de tales inquietudes, la constituye el llamado Síndrome del Niño Maltratado, problema que se ha venido desarrollando y que ha existido desde los principios de la historia. Aunque este es un fenómeno tan antiguo como la humanidad y su extensión es universal, pues se ha encontrado presente en todos los pueblos del mundo y en sus diferentes épocas, no es sino hasta su conceptualización como síndrome, hecha por Henry Kempe en 1961, que se le reconoce como un problema real, con profundas repercusiones sociales, jurídicas y de salud.

A partir de entonces, se han llevado a cabo diversas investigaciones -

que al interesarse en estudiar cualquier grupo humano en el que se aprecie la interrelación de los niños con los padres o sustitutos, han hallado pruebas notorias de la violencia ejercida sobre los menores mediante diversos procedimientos invocando distintas razones. Tales afirmaciones, han sido aportadas por diferentes disciplinas contemporáneas, que se han interesado y han proporcionado información sobre la crueldad de los padres o custodios: pediatría, criminología, antropología, sociología y psicología entre otras.

En general, tales investigaciones afirman que las agresiones que puede sufrir un infante por parte de custodios, son por lo regular numerosas y variadas, manifestándose de distintas maneras; ya sea activa o pasivamente, expresadas física o psicológicamente.

Es así como la matanza, mortificación, mutilación, denigración y abandono de los hijos, han pasado a ser un hecho de observación cotidiana tan evidente, que la intervención por parte de las disciplinas antes señaladas, debe iniciarse tratando de descubrir y eliminar la aceptación de dichas medidas, que conforman tan reiterado y extendido fenómeno del que todos pueden ser partícipes.

Cabe puntualizar que, aunque por una parte, el logro del bienestar en la salud lleva al menor a depender de sus padres y de la Sociedad en general para la satisfacción de las necesidades que le garanticen su subsistencia, y por la otra, que a pesar de aceptársele como el ser humano más desprotegido ya que desde su nacimiento hasta su madurez atraviesa por un periodo de fragilidad, por lo que requiere de todos los cuidados para establecer adecuadamente su proceso de desarrollo, el debido cuidado de estos niños no es únicamente un acto natural de humanidad, sino que es algo de esencial importancia para el bienestar mental y social de la comunidad.

Por ello, se puede agregar que el comportamiento y los actos parentales que se definen habitualmente como maltrato a la niñez, no deben ser aceptados co-

mo prerrogativas no problemáticas de los padres, en las cuales no deba intervenir la comunidad.

Tales hechos, enfatizan la confirmación del maltrato infantil como un acontecimiento de amplias repercusiones tanto jurídicas, psicológicas, médicas, etc., que se registran en todo el mundo.

En relación a ello, México, país en proceso ininterrumpido de desarrollo afronta muchos y graves problemas, producto, en parte, de la desproporción entre su crecimiento demográfico y de los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de la población. Considerando la situación económica actual, la familia, al ser vulnerable a la problemática existente en el país, se enfrenta también a graves circunstancias como el maltrato infantil. Por lo tanto, los ma los tratos al menor en México, desde ésta perspectiva no son la excepción; por ello, requieren de una especial atención por parte de todos, para llevar a cabo acciones en diferentes aspectos en beneficio de los menores y sus familias afec tadas por tan arraigados hechos.

De tal forma, este síndrome hoy en día, es un reflejo real, serio y sin tomático de la creciente desorganización familiar y social. Por este motivo, es urgente tomar una actitud seria y responsable respecto a la protección de los menores.

Considerando que en el país existe muy poca información al respecto, no porque sea un proceso irrelevante o porque no se presente tal fenómeno, sino — simplemente porque se le ha ignorado, se seleccionó esta grave problemática como tema de Tesis, ya que a pesar de ser tan común, no se le ha prestado la aten ción suficiente, prueba de ello se demuestra con la limitada información de ma terial bibliográfico, por tanto, no se han obtenido estudios, análisis ni estra tegias capaces de solucionar esta situación. Ante tales hechos, desde el comien zo se estuvo consciente de estar pisando un terreno un tanto inexplorado y por

consiguiente, las pretensiones no fueron muy ambiciosas.

Debido a lo anterior, se pretende realizar a lo largo de este trabajo, un análisis de los principales aspectos implicados en dicho fenómeno a fin de contribuir y motivar futuras investigaciones, así como despertar en el lector reflexiones de orden psicológico, neurológico, socioafectivo, jurídico, etc. A través de dicho análisis, intenta dar respuesta principalmente a tres preguntas: ¿Cuál es el panorama universal del Síndrome del Niño Maltratado?, --- ¿Qué medidas se han tomado para resolver este problema en el país? y finalmente, ¿Qué alternativas de solución podrían proponerse?. Cada una de tales interrogativas son contestadas en un apartado específico, fundamentalmente a partir de un exhaustivo trabajo de revisión bibliográfica, analizando contenidos y posturas que en su mayoría, indican lo que se ha venido desarrollando en otros países preocupados por estudiar el problema; por otra parte, proporciona un abundante y básico material de guía para futuras investigaciones en este campo. Se finaliza, aportando diversas alternativas de solución en los niveles primario y secundario en cuanto a prevención de este síndrome.

Cabe señalar que las que suscriben, al abordar el tema, se percataron de su gran extensión y complejidad, por lo que están conscientes de los muy limitados alcances del esfuerzo llevado a cabo. Es por ello, que en esta investigación, se hace una modesta aportación, deseando que en un futuro no lejano, se realicen estudios de mayor profundidad, que enfoquen el problema del menor maltratado y su familia en forma integral con la sociedad.

Se pretende además, como ya ha sido apuntado, que este trabajo proporcione información y datos relevantes sobre el maltrato y otros aspectos de éste, que contribuyan a despertar la inquietud y el interés de otros jóvenes investigadores, ya que como se sabe, existe una gran ausencia de aquellos, y sobre todo, una inmensa necesidad de contar con estudios que respondan a la rea-

lidad y características del maltrato infantil en México; dado que ninguna extra población del extranjero podría ser completamente útil en este caso, sólo puede servir de limitada referencia, más no pueden suplir los trabajos que se realicen sobre el tema en el medio nacional, ni mucho menos, podrían delinear formas de diagnóstico, tratamiento y prevención de este síndrome, sin incurrir en distorsiones y falsas apreciaciones sobre el mismo.

Se sabe que con frecuencia todo comienzo es difícil, empero, existe la plena confianza de que los esfuerzos realizados estimularán en buena medida la colaboración interdisciplinaria de todos los profesionistas relacionados con el cuidado de los pequeños y seguramente en todos los ciudadanos que se precien de serlo, ya que como señaló Marcovich (1981), el futuro de los niños y el futuro del mundo son la misma cosa.

En todo caso, debe tenerse presente que el progreso de un país no puede calificarse como auténtico, si no beneficia a la Sociedad en su conjunto y si los ciudadanos que enfrentan situaciones adversas encuentran cerrado el camino hacia los medios que les permitan satisfacer y desarrollar sus potencialidades.

## C A P I T U L O I

### PANORAMA UNIVERSAL DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Uno de los graves problemas que laceran a la población de menores en las Sociedades Modernas, lo constituye el llamado Síndrome del Niño Maltratado.

Por tal motivo, a lo largo del presente capítulo se pretende establecer una visión panorámica del mismo. Con esta finalidad, se incluyen temas generales referentes al aspecto histórico del maltrato, además de conjuntar diversos conceptos como el del Síndrome antes citado, proponiendo y explicando una definición del mismo.

Asimismo, de gran importancia son también los datos con respecto a la etiología, clasificación, diagnóstico y a las consecuencias que diversos investigadores han aportado con el objeto de caracterizar y esclarecer este Síndrome.

#### 1.1 Antecedentes Históricos.

Realmente aunque el maltrato a los niños (a través de herirlos, tortu-

rarlos, venderlos, abandonarlos e incluso matarlos), ha recibido una gran cantidad de atención en años recientes, es tan viejo como la historia de la humanidad.

Si se retrocede hacia el pasado, se descubrirá que el aborto, el abandono y el infanticidio han sido practicados en diversos grados desde el principio de la historia.

Cuatrocientos años A. de C., Aristóteles expresaba "un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se haga con la propiedad es injusto";<sup>(1)</sup> es decir, "la justicia de un patrón o padre es un caso diferente de la de un ciudadano, de un hijo o un esclavo que son propiedad, y aquí no puede haber injusticia para uno de su propia propiedad".<sup>(2)</sup>

Las historias de niños maltratados y asesinados por sus padres abundan en el mito de la leyenda y la literatura; la mayoría de ellas, conciernen a temas teológicos y arqueológicos que involucran rituales que contienen el incesto, la mutilación, el desfiguramiento y la violación. Por tal motivo, se puede decir que el menor desde una perspectiva histórica, ha sido considerado como instrumento para apaciguar, propiciar y satisfacer el deseo de los Dioses.

Fontana (1984), señala al respecto: los altares de Saturno, alegre Dios de la Cosecha, estaban manchados con la sangre de su propia prole. Además, indica que el Rey Aun, de la antigua Suecia, sacrificó a nueve de sus hijos al Dios Odín, en Upsala, a fin de prolongar su propia vida nueve años cada vez.

Asimismo, menciona que Medea, princesa hechicera del Cólquida, asesinó a los dos hijos que tuvo con Jason, en venganza de las preferencias de éste por otra mujer.

Unado a ello, en la antigua Grecia había casas reales de gran antigüedad en las que era, al parecer, costumbre sacrificar al primogénito cuando la vida del monarca estaba amenazada o cuando se suponía que el propio rey tenía que ser víctima propiciatoria y éste se las arreglaba para relegar a su hijo la

terrible responsabilidad. A este respecto, tanto los Griegos como los Romanos se deshacían de los niños destinándolos a morir al abandonarlos en lugares solitarios donde abundaban animales.

Por tanto, la patria potestad daba a un padre romano el derecho legal para vender, abandonar, matar y ofrecer en sacrificio a todos sus hijos (Oso - rio y Nieto, 1981).

En desaparecidas civilizaciones, como la greca y romana antes mencionadas, los menores fueron deliberadamente privados de la vista o mutilados para inspirar simpatía y lograr éxito al emplearlos como jóvenes mendigos (Fontana, 1984).

En relación a ello, Séneca señala "la explotación de las indefensas criaturas para la supervivencia de los padres por medio de la extracción de un ojo o la amputación de una pierna con la finalidad de convertirlos en limosneros". (3)

Además, hay muchos relatos similares en que los niños eran usados para demostrar la piedad de los padres. Feigelson (1985), apunta que los menores -- también eran sacrificados en las emergencias nacionales; el rey Saúl, por ejemplo, trató de sacrificar a su hijo Jonathan, cuando pensó que esto le podía acarrear la victoria en el campo de batalla. También señala otro caso griego -- en Ifigenia, cuyo padre Agamenón la sacrificó para que la flota troyana anclada pudiera zarpar. Las flotas de Saúl lo urgieron a perdonarle la vida a Jonathan e Ifigenia fué arrebatada del altar por la Diosa Diana.

En México como antecedente, se encuentra que el acto de la agresión que conlleva a los malos tratos, está cubierto por una serie de costumbres, creencias y actitudes. Tal es el caso de las antiguas culturas prehispánicas "donde al menor se le sancionaba, dándole de comer la mitad de una tortilla o atándolo de pies y manos para ser recostado en tierra mojada cuando mostraba actos de rebeldía".(4) En relación a los grupos mazahuas, Parres (1987) advierte que al

niño desobediente se le obligaba a inclinar su cabeza sobre el humo producido por chile quemado. Asimismo, agrega que estos indígenas acostumbraban castigar a los menores, clavándoles puntas de maguey en la espalda y en el caso de las niñas, sólo se les clavaban en las manos. Subraya además, que en este mismo grupo cultural, al infante por no saber la lección se le corregía hincándolo sobre corcholatas con los brazos en cruz, y luego se les dejaba en un sótano húmedo toda la noche. Menciona también, que en otro grupo de esta misma comunidad cultural, por razones semejantes se les colgaba de los cabellos de las sienes, mientras se les pegaba con varas, o se les hincaba sobre grava mientras sostenían una gran piedra sobre sus cabezas.

Otros datos recabados de igual importancia indican que "en la fiesta del quinto mes Toxcal, dedicado al Dios Texcatlipoca, acuchillaban con una navaja de piedra a los jóvenes, muchachos y pequeños en el pecho, en el estómago, los brazos y las muñecas. Otro ejemplo: en el sexto mes fiesta de los Tlaloques, castigaban a los menores por faltas y errores cometidos con el ayuno de cuatro días; los llevaban al agua asidos por los cabellos, maltratándoles y arrojándoles al lodo, dejándolos medio muertos". (5)

No cabe duda que en el pasado, la Patria Potestad se encontraba sujeta al Pater Familia, quien no tenía limitaciones respecto de los bienes, la vida y la integridad física de los miembros; es decir, de las mujeres y los hijos que integraban por filiación y extensión su familia.

De este modo, se puede apreciar que en gran medida, el origen del problema del maltrato infantil es la mala interpretación del llamado Derecho de Corrección, el cual a través de la historia por lo que respecta a los padres, se ha venido manifestando como cuestión de medios y costumbres.

Por otra parte, el Viejo Testamento dice: "perdonar el camino y dañar al niño". (6) En el Nuevo Testamento es referida la matanza que realizó Herodes entre la población infantil del pueblo judío, cuando éste supo del nacimiento de

Jesús.

"Educate filios in disciplina, escribió San Pablo a los Efesios (VII, - II). Y en otros pasajes de la Biblia se repite: quien bien ama, bien castiga".(7)

En la Biblia se desarrolla un tema de abuso y asesinato infantil, de -- "la destrucción del primogénito al poner los huesos de un niño en los cimientos de un nuevo edificio; de un pequeño elegido para ofrecerle abrazado por el fuego a un Dios caprichoso. Abraham mató a su hijo Issac y lo colocó sobre una pira para inmolarlo en reconocimiento de Dios, y se sorprendió cuando su mano fue detenida". (8)

Por otra parte, en algunas civilizaciones, el infanticidio era un medio para deshacerse de los menores con defectos físicos. Así, en Esparta, se arrojaban a la cima del Taigeto a los que estaban deformes. En China, el límite de una familia era de tres hijos; para controlar el aumento de la población, el cuarto hijo era arrojado a los animales salvajes. En la India, a los pequeños con defectos físicos se les consideraba instrumentos del diablo y eran destruidos (Montiel Mejía y cols., 1982).

Velazco Alzaga (1983), indica que en la Edad Media (476-1453), la infancia en general era relativamente ignorada. Los menores se mezclaban con los adultos tan pronto como eran considerados capaces de integrarse a las labores del trabajo de la comunidad.

En América Colonial, se daba "al padre el derecho de ofrecer a su hijo a muerte, y si era necesario, llamar a la Asistencia de Oficiales de la Colonia para realizarlo". (9)

En el siglo XIV, con la idea de sacarle el diablo a los pequeños epilépticos, se les amarraba y se les arrojaba contra los árboles (Márcovich, 1978).

Montiel Mejía y cols. (1982) indican que en el siglo XVI, Martín Lutero ordenó que los niños con retardo mental fuesen ahogados, ya que se creía que eran instrumentos del diablo.

En el siglo XVII, la pérdida de las tres cuartas partes de los menores de una familia, era común, y por ende, la mortalidad infantil no se consideraba como algo insólito. En este tiempo, las formas para deshacerse de los niños eran tan simples como los cuidados; ya que generalmente la madre dormía con él para proporcionarle calor maternal, era sumamente fácil ahogarlo o aplastarlo, pudiendo argüir que la muerte había sido accidental. En otras ocasiones, los envolvían tan apretados que parecían momias y muchas veces terminaban como tales (Osorio y Nieto, 1983).

A este respecto, era prácticamente usual que un pequeño no deseado -- fuese fácil e indiferentemente abandonado por sus padres, sin que estos experimentaran el menor sentimiento de culpa, ni fueran recriminados por la gente o perseguidos por las leyes. En este siglo, en el año 1601, se formuló la Ley más antigua que se conoce para la protección y cuidado infantil (Ley Isabelina), en ella, se establecían las responsabilidades y medidas para el cuidado del menor sumamente maltratado o descuidado. Entre lo importante de dichas medidas, de acuerdo con Fredericksen (1976), se contaba con un sistema de contratación basado en la idea de que tales infantes deberían trabajar. Los amos de la casa responsables, además de los guardianes de la Iglesia, eran nombrados por los jueces de paz capataces de los niños. Añade que estos capataces, al tratarse de menores cuyos padres no pudieran tenerlos consigo o mantenerlos, tenían la obligación de tomarlos como aprendices con algún patrón, por algún tiempo determinado; por lo general, hasta que llegaran a los 21 años de edad.

Con la Revolución Industrial (S. XVIII y XIX), los niños ingresaron al trabajo y se les hacía laborar turnos de 16 horas (Montiel Mejía y cols., 1982).

Marcovich (1978) indica que en este tiempo, los padres enviaban a sus hijos a los molinos en los que debían trabajar 12 horas diarias. Tales menores

eran brutalmente azotados por tiranos supervisores, y en ocasiones los introdujeron en unas cisternas de agua fría para mantenerlos despiertos.

En el siglo XIX, el niño no deseado era puesto a trabajar en circunstancias terribles. Al respecto, Fontana (1984) señala que en las primeras décadas de 1800, a algunos de estos menores se les hacía trabajar en las minas y en las fábricas, inhumanamente explotadoras de Gran Bretaña. Agrega que en dicho país, hacia finales de ese siglo, los niños hacían el mismo trabajo esclavo en análogas clases de lugares, desde que eran poco más que bebés; trabajaban largas horas, estaban encadenados a sus puestos, se les permitía comer poco y eran urgidos a aumentar sus esfuerzos mediante las bofetadas y los golpes de sus capataces.

Por supuesto, los que maltrataban no eran sus padres naturales, pero el maltrato sólo podía producirse porque éstos lo permitían y al menos por omisión, lo estimulaban.

Cuando algunos de los padres ingleses, como una rebelión contra el tratamiento inhumano por los dueños y supervisores de las fábricas, se rehusaron a mandar a sus hijos a trabajar, fueron mandados en su lugar jóvenes mendigos del hospicio y niños sin padres que los protegieran, algunos de 4 o 5 años.

Feigelson (1985), menciona que los manufacturadores con regularidad regateaban con las autoridades parroquiales por lotes de 50 o más niños provenientes de los hospicios. Además, indica que los que tenían 5 años o más, frecuentemente trabajaban 16 horas al día, dejándoseles morir de hambre y golpeándolos; por ello muchos murieron de enfermedades ocupacionales y otros se suicidaron.

Aunque este hecho no pasó inadvertido, la explotación de los menores como trabajadores, prosiguió; las horas siguieron siendo largas, la labor fué más intolerable y estuvieron aún más esclavizados.

No fué sino hasta 1868, cuando Ambroise Tardieu describió por primera vez el Síndrome del Niño Golpeado; basándose en hallazgos médicos obtenidos -- con base en autopsias, destacó un total de 32 infantes golpeados o quemados hasta producirles la muerte (Kempe y Kempe, 1979).

Años después en 1878, el Tribunal de Inglaterra a través del Tribunal Supremo de la Cancillería, señalaba: "el derecho de un padre a la custodia y - control de sus hijos es uno de los derechos más sagrados".<sup>(10)</sup> Tal Tribunal se negaba a escuchar los puntos de vista de los niños, dando el fallo a favor del padre. De acuerdo a Berger (1973), los fallos de estos tribunales eran impor-- tantes, ya que de ellos surgió una fuerte reafirmación de los derechos pater - nos; es decir, en la práctica del padre, pues las madres tenían pocos derechos legales con relación a sus hijos. Al mismo tiempo, tales fallos proclamaban -- dos sutiles advertencias: una para aquellos que empezaban a pensar que la ley se inclinaba demasiado a favor de los derechos paternos y efectuaban campañas para lograr poderes de intervención por parte del Estado; y otra para los ni - ños, para que entendieran que la ley no prestaría atención a sus deseos cuando estuvieran en conflicto con sus tutores.

Sin embargo, en lo que se refiere a la Jurisdicción del Tribunal de - la Cancillería, en su Jurisdicción de Custodia, acudían con frecuencia a él, pa dres que buscaban quién apoyara su desaprobación de la vida que llevaban sus hijos, convirtiendo a éstos en pupilos del Tribunal (Berger, 1973).

De todas formas de acuerdo a Berger (1973), los Jueces de la Cancille - ría tendían a estar alejados de las realidades comunes de la vida y, en gene - ral, la protección de este Tribunal era uno de los derechos que no necesitaban los niños.

Durante el siglo XIX, también hubo en Inglaterra abundancia de Legis - lación con relación a los menores; sin embargo, como señala además Berger, no

se desafió la idea tan firmemente sostenida por la Ley Común, de que los niños eran posesión de los padres; quienes tenían el control absoluto de su ser y vida, y además las nuevas leyes afianzaban esta idea.

Estas leyes hacían hincapié en la protección, y la intención de quienes las apoyaban, era la de salvar a los infantes de los peores resultados de la Revolución Industrial. En su mayoría, los reformadores eran benefactores -- con una "actitud sentimental hacia los pequeños tan amados de los practicantes de una religión, cuya conciencia cristiana se sentía ultrajada al pensar en -- los niños indefensos trabajando en las condiciones apabullantes de la Nueva -- Era Mecánica, cuyos resultados eran mala salud, invalidez, y con frecuencia la muerte". (11)

Por lo antes citado, puede observarse que ninguna Ley de la Legislación Fabril ni Educacional del siglo XIX benefició las relaciones entre el niño y sus padres. Pese a ello, Berger (1973) indica que la única Ley que intentó proteger al menor en el hogar, fué la Ley de Reformas a la Ley de los Pobres promulgada en Inglaterra en 1868; la cual señalaba disposiciones para castigar al padre si se demostraba que la salud del pequeño había sido seriamente afectada por no haberle proporcionado el abrigo y la manutención adecuados. Sin embargo y de acuerdo al mismo autor, no era fácil convencer a los magistrados de que debían castigar a los padres, salvo por las situaciones más ultrajantes, y de cualquier forma era muy difícil resolver qué era descuido y qué era incapacidad debida a la pobreza. Tampoco era fácil decir, qué era castigo razonable y qué era crueldad. En todo caso, esta Ley no fué promulgada para beneficio de los niños.

Uno de los acontecimientos que hicieron reflexionar al mundo, es el referente a una niña de cuatro años de edad que vivía en Nueva York en 1874. Recibía constantes golpes y maltratos, y sin embargo, ninguna acción legal fué --

llevada a cabo ya que el abuso infantil no era considerado como un acto delictuoso en tales fechas. Debido a que no existía Sociedad Protectora para Humanos, se presentó a la Corte este caso avalado por la Sociedad Protectora de Animales. A consecuencia de que los argumentos presentados se consideraron válidos, los agresores fueron castigados (Marcovich, 1981). Un año después, en 1875, se organizó en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad a los Niños.

A este respecto, cabe destacar que hasta después de sesenta años de haberse aprobado una Ley que instituyó que la crueldad con los animales era delito que ameritaba castigo, se aprobó otra para establecer que también la crueldad hacia la infancia era delito. Se promulgó principalmente como resultado de la campaña lanzada por la mencionada Sociedad en favor de los niños (Berger, 1973).

En el transcurso de los años siguientes, se fundaron otras Sociedades Análogas en diversas partes de los Estados Unidos. Durante mucho tiempo, varias organizaciones privadas y los pocos hogares para expósitos que empezaban a surgir en las principales Ciudades de aquel país, fueron las únicas instituciones dedicadas a la protección de los menores. Instituciones similares se crearon en San Francisco, Boston, Rochester, Baltimore, Búfalo y Filadelfia.

Por otra parte, Berger (1973) indica que la Ley de 1889, que algunas veces se llama Carta de los Niños, se ocupaba más de lo malo que se les había hecho que de sus derechos, pero incluyó la idea de que también ellos tenían derechos. Con ello, un menor podría presentar pruebas en contra de sus padres opresivos, aún cuando estuviera demasiado pequeño para comprender la naturaleza del fenómeno; además, el esposo o esposa podían presentar pruebas uno contra el otro.

Es así, como los que estaban a cargo de los niños podían ser castiga-

dos por malos tratos, descuido, abandono o por exponerlos a la intemperie, por lo que se autorizó a los magistrados para retirarlos de la custodia de sus padres y trasladarlos a un lugar más seguro. A la policía y a otras personas autorizadas, se les otorgaron facultades para entrar en una casa, por la fuerza si era necesario, si se sospechaba el trato cruel a un menor. Tales tribunales, podían "ordenar una separación por un lapso prolongado y mantener a los niños bajo su control hasta los 16 años, encomendándolos al cuidado de un pariente u otra persona. A los padres de tales pequeños, podía obligárseles a pagar por el sostenimiento de ellos. Es así, como cuando el Estado los separaba de sus padres, asumía los mismos derechos que tenían éstos sobre los niños".(12)

De acuerdo a Kadushin y Martin (1985), en 1900 se habían organizado - 161 Sociedades para el bienestar del niño en todo Estados Unidos; los primitivos organismos de Servicios de Protección eran voluntarios, no públicos, y posteriormente la responsabilidad de su función fué trasladada gradualmente a los Departamentos Distritales de Bienestar Social.

Durante los últimos años del siglo XIX y bien entrado en siglo XX, los infantes de corta edad estuvieron siendo llevados a los hospitales por padres que relataban extraños accidentes para explicar las múltiples heridas que marcaban los cuerpos de sus hijos.

En relación a ello, Osorio y Nieto (1983) cita que en 1946, el pediatra y radiólogo norteamericano John Caffey, publicó una investigación relativa a 6 lactantes y niños pequeños en quienes se apreció un Síndrome que presenta ha hematoma subdural y fracturas múltiples de los huesos largos, en ocasiones con lesiones epifisarias. Cada uno de los seis menores examinados presentaban un total de 26 fracturas con diferentes etapas de consolidación; por lo que el médico concibió la posibilidad de que tales lesiones tuvieran un origen traumático que en todo caso se había ocultado.

En 1953 F.N. Silverman (citado por Kempe y Kempe, 1979), determinó la causa traumática de casos similares.

Un estudio realizado en Estados Unidos en 1954 para la División de la Infancia de la Asociación Humana Americana, reveló que solo había 84 instituciones privadas que cumplían una función protectora claramente definida (Kadushin y Martin, 1985).

En 1955, P. V. Woolley Jr. y W. A. Evans, apuntaban que en los casos - detectados respecto a fracturas, el origen era traumático e intencional.

Entre 1957 y 1965, Caffey manifestó afirmativamente que el origen de - estas alteraciones de la salud se encontraba en traumatismos derivados de malos tratos (Osorio y Nieto, 1983).

No es sino hasta 1961, que el Dr. Henry Kempe propuso en un Simposio - de la Academia Americana de Pediatría el término de Síndrome del Niño Golpeado (Battered Child Syndrome), para connotar la agresión física hacia el menor por parte de los padres o de los adultos encargados de su cuidado (Marcovich, 1981).

Para el año de 1962, H. Kempe y cols., dieron a conocer una cifra elevada de reportes de infantes que presentaban el llamado "Síndrome del Niño Maltratado" y en el lapso de un año se recopilaron 749 casos en Estados Unidos<sup>(13)</sup>

De acuerdo a Kadushin y Martin (1985), el resurgimiento del interés - por el menor maltratado en los años 60's, tuvo una orientación más claramente - médica que contrasta con la orientación casi exclusiva hacia el trabajo social de los Servicios de Protección del periodo anterior.

En 1962, la Ley del Seguro Social, Ley Federal Básica de los Estados - Unidos en el campo de Bienestar Social, en su título V parte 3 fué modificada - para dar una nueva definición de los servicios de bienestar a los niños, y para proporcionar programas de cuidados diurnos. La sección 528 describe la nueva - definición del término como sigue:

" a) Servicios Sociales Públicos, los cuales complementan o sustituyen el cuidado y supervisión de los padres con el objeto de prevenir, remediar o ayudar en la solución de problemas que puedan dar por resultado negligencia, abuso, explotación o delincuencia en los niños.

b) Proteger y cuidar menores sin hogar dependientes o descuidados".(14)

Por otra parte, informes señalados por Fontana (1984), indican que en 1969 surgió en Nueva York un proyecto de Ley de Protección a los Niños, en cual estableció en el Tribunal Familiar una parte de maltrato para ser mantenida y - separada de todos los demás procedimientos relacionados con este síndrome, encargándose de la inmediata protección de éstos.

Kadushin y Martin (1985), señalan además que en enero de 1974, se aprobó una Ley Federal en Estados Unidos para prevenir y tratar al menor maltratado, la cual fué ampliada en 1978. Esta Ley dispone la asistencia directa a los Estados Unidos, para que desarrollen programas y promoción de investigaciones en el campo de los malos tratos y abandono.

En resumen, el Síndrome del Niño Maltratado, derivó su nombre descriptivo a la naturaleza de las heridas del pequeño, entre las que generalmente figuran abrasiones, contusiones, laceraciones, mordiscos, hematomas, daño cerebral, herida corporal profunda (con o sin daño en el hígado, riñones o costillas), - articulaciones luxadas, fracturas de brazos, piernas, cráneo y/o costillas, quemaduras, escaldaduras, etc.. En general, los daños físicos resultan de golpear repetidamente pegar o azotar con el objeto que se tenga a la mano.

A pesar de que en el siglo XX se han hecho grandes adelantos en pro del niño que presenta este síndrome, conviene acercarse a los acontecimientos y enfrentar la realidad, debido a que en diversas partes del mundo siguen existiendo los malos tratos a la infancia. Por ejemplo, en los años 70's, la Unión So-

viética propuso una Ley que señala que todo pequeño que presente algún defecto físico debe ser aislado de sus padres y enviado a una isla. En Nigeria, la Tribu Yoruba considera como una tradición antiquísima, el que los padres tienen - todos los derechos de marcar a sus hijos como lo consideren conveniente (Marcovich, 1981).

La Tribu Enja, en Nueva Guinea, somete a los niños a severos castigos; a los pequeños que entran al jardín de la casa sin autorización de los padres, se les amputa un dedo o una oreja, la cual debe ser digerida y comida por él. Asimismo, la Tribu Bena Bena de Nueva Guinea, tiene como castigo tradicional - cuando un menor desobedece, encerrarlo durante varios días en un calabozo, privándolo de alimentos y amarrándole las manos. Después de tres días se le saca a la calle, donde en público, la madre le unta excremento y la gente le escupe (Marcovich, 1981).

## 1.2 Definición.

Numerosos estudios han confirmado el hecho de que existen diferencias en la definición del Síndrome del Niño Maltratado en los diferentes sectores - de la población en general, pero también entre los miembros de las distintas -- profesiones vinculadas con este problema.

Como ya se señaló, en 1961 H. Kempe propuso el término Síndrome del Niño Golpeado, al cual definió como: " el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigido a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor".(15)

Kadushin (1967), consideró al maltrato como: "actos de comisión u omisión resultando en daños al niño, los cuales tienen efectos negativos en él y -

que constituyen aprovecharse o fracasar en los derechos de los padres para controlar, disciplinar y castigar a sus hijos". (16)

Birrel R. G. y Birrel J. H. (1968), definieron al síndrome como: "el -- maltrato físico y/o privación de alimentos, de cuidados y de afecto, con cir -- cunstancias que implican que esos maltratamientos y privaciones no resultan ac -- cidentales". (17)

Bennie y Sclare (1969) lo consideran como ocurrente en niños quienes -- han sufrido serias heridas físicas, en circunstancias que indican que la causa fué más bien intencional que accidental.

David Gil (1971) lo conceptualizó como: el uso intencional, no acciden -- tal de la fuerza física o actos de omisión intencionales, no accidentales por -- parte del padre o custodio en interacción con el niño a su cuidado, pretendien -- do herirlo, dañarlo o destruirlo.

De acuerdo a Richard J. Light (1973), es la situación en la cual el ni -- ño está sufriendo serias heridas físicas inflingidas sobre él por medios no ac -- cidentales; está sufriendo por razones de negligencia, malnutrición, abuso se -- xual; está creciendo sin el cuidado físico básico y necesario o bajo condicio -- nes las cuales amenazan su supervivencia física y emocional.

Gil en 1973, definió al Maltrato Infantil como: " cualquier acto de co -- misión u omisión a individuos, instituciones o a la sociedad como un todo, y -- cualquier condición resultante de tales actos de inacción, los cuales priven al niño de los derechos y libertades y/o interfieran con su desarrollo óptimo". (18)

La American Bar Association (1977) adoptó la siguiente posición: "es el daño no accidental que causa o crea un riesgo considerable de provocar desfigu -- ración, deterioro del funcionamiento corporal u otros daños físicos graves". (19)

Marcovich (1978) propuso definirlo como: el conjunto de lesiones orgáni -- cas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad como consecuen --

cia de la agresión directa, no accidental, por un adulto en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social.

Richard Gelles P. H. D. (1978) señaló que: "el maltrato es un acto --- aplicado con intención, o percibir la intención de herir físicamente a otra persona; el daño puede variar desde un dolor pequeño como el provocado por una palmada o bofetada hasta el asesinato. La motivación se podría originar desde una preocupación por la seguridad del niño, hasta una hostilidad intensa que la muerte del niño podría ser deseada".(20)

Henry T. Harbin y Denis J. Madden (1979) declararon: nosotros usamos el término para referirnos a la actual agresión física, amenazas verbales y no verbales que provocan un daño en el niño.

El Departamento del Servicio Social del Estado de Carolina del Norte -- dió la siguiente definición: "el maltrato del niño significa que a un menor de 18 años de edad cuyos padres u otras personas responsables de su cuidado: a) le inflinjan o permitan le sea inflingido un daño físico por medios no accidentales, lo cual cause o cree en él un riesgo considerable de muerte, desfiguramiento, daño de la salud física, pérdida o impedimento de una función de algún órgano corporal o, b) le cree o permita ser creado un riesgo substancial de daño físico por otras personas, a través de medios no accidentales, lo cual puede ser causa probable de muerte, desfiguramiento o daño de la salud física, pérdida o impedimento de la función de algún órgano corporal o, c) cometer o permitir sea cometido algún acto sexual en un niño en violación de la ley".(21)

Victor Montiel Mejía (1982), director del Instituto Nacional de Salud Mental en México, D. F., lo conceptualizó como: el conjunto de lesiones orgánicas y/o lesiones psíquicas que se presentan en un menor de edad por acción directa no accidental, provocado por un mayor de edad en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social.

Osorio y Nieto (1983) propuso la siguiente definición: persona humana - que se encuentra en el periodo de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas y mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que, por cualquier motivo tengan relación con ella.

El Licenciado Alejandro Manterola Martínez, director de Asuntos Jurídicos y Procurador de la Defensa del Menor y la Familia (1983) en Méx. D.F., afirmó que el maltrato a menores es: "la comisión de lesiones tanto físicas como psíquicas o inclusive la muerte, como resultado de la conducta de comisión y omisión, pero en todo caso dolorosa; es decir, intencional".(22)

Un año más tarde lo concibió como: "los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutada por actos de acción y omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o responsables de ellos".(23)

Vicente J. Fontana (1984) dijo al respecto: cualquier trato por el cual el potencial de desarrollo de un niño se vea retardado o completamente nulificado por el sufrimiento mental, emocional o físico constituye maltrato; ya sea negativo, como la privación de las necesidades emocionales o materiales o positivo, como el maltrato verbal o físico.

Feigelson Ch. (1985) señaló: abusar de un niño es la injuria deliberada o intencionada y voluntaria por parte de la persona que lo toma a su cuidado; - esto varía desde el pegar, golpear con un cinturón, cuerda u otro implemento, - azotar contra un muro, quemar con un cigarro, escaldar con agua caliente, encerrar en el sótano, amarrar, torturar, hasta el matar; entraña un tratamiento físico activo, hostil y agresivo .

En 1985, Kadushin y Martin afirmaron que el maltrato se define como: un daño físico no accidental del niño, inflingido por las personas responsables de

su cuidado.

Como puede apreciarse al analizar las definiciones antes citadas, todas coinciden en mencionar que para un hecho de malos tratos se encuentra implicada la fuerza física por parte de un adulto encargado de su cuidado, de manera intencional y no accidental. Solo algunos señalan que incluye negligencia, maltrato emocional, sexual y psicológico.

Por lo tanto, el Síndrome del Niño Maltratado en el presente trabajo se define como: cualquier acto de violencia, ocasional o habitual cometido contra un menor de edad, en forma siempre intencional, que ponga en peligro su desarrollo físico, psicológico, emocional y/o social, el cual puede variar desde lesiones leves hasta provocar la muerte, y que es infligido por sus padres o por el adulto que está a su cuidado en uso y abuso de su superioridad física y/o social.

Como puede observarse, y analizando los elementos que componen la definición propuesta, la violencia se entiende como la agresión física, emocional o ambas que bajo el impulso inmoderado lesionan la integridad corpórea y las funciones intelectuales y afectivas del menor.

La habitualidad, que se manifiesta en el abuso frecuente, constante, repetido y determinado.

La intencionalidad, entendida como la conducta con dolo, que incluye a la acción o a la omisión, queriendo señalar a ésta como resultado de un acto con voluntad, no accidental.

La relación de parentesco, en virtud de que la ley no reconoce otros lazos que los de consanguinidad, afinidad y parentesco civil. Esto es, el consanguíneo, el cual existe entre personas que descienden de un mismo progenitor; el de afinidad, que se contrae por matrimonio entre el varón y los parientes de la mujer y viceversa; el parentesco civil, que nace de la adopción y solo existe entre adoptante y adoptado.

Lógicamente, estos elementos encierran principalmente la temática sustancial de la violencia sobre la niñez dentro del ámbito familiar, y que se considera es la que requiere de especial atención, en virtud de que en la familia se debe encontrar el elemento básico para el desarrollo integral del menor, célula básica de la sociedad, que en sí y para sí, genera la existencia del hombre, su formación comunitaria, el amor a sus semejantes y su preparación para vivir dentro del conglomerado social.

### 1.3 Clasificación.

Desde que se ha conceptualizado el maltrato y una vez reconocido como síndrome en 1961, se han despertado diferentes puntos de vista respecto a lo que constituye el problema, existiendo discrepancias entre las investigaciones debido a que involucran dos o más formas del mismo. Con base en ello, en el presente trabajo se propone la siguiente clasificación de maltrato infantil, la cual se fundamenta en una extensa revisión de literatura:

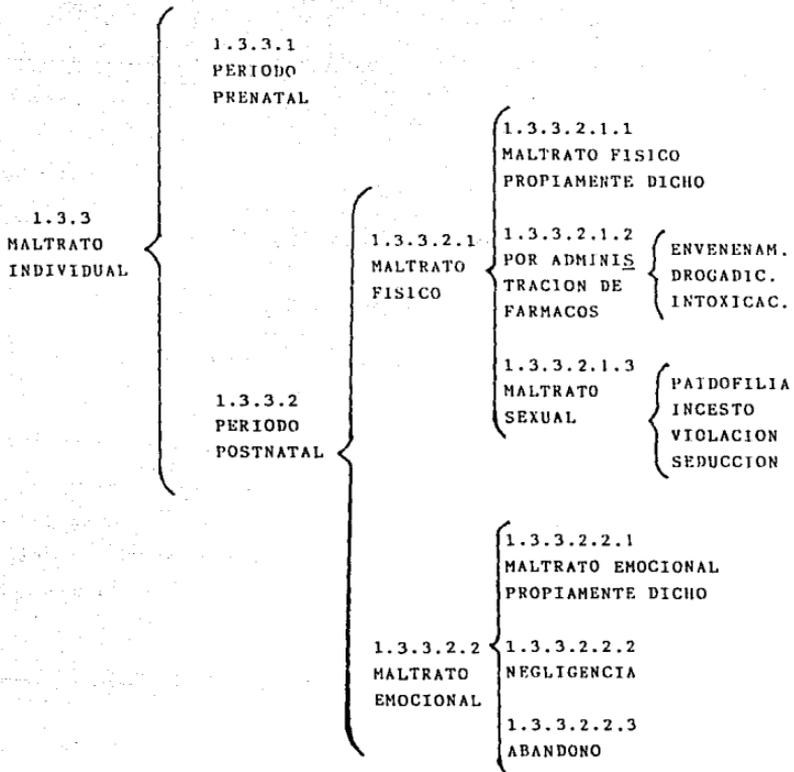
MALTRATO

INFANTIL

1.3.1 MALTRATO  
COLECTIVO

1.3.2 MALTRATO  
INSTITUCIONAL

1.3.3 MALTRATO  
INDIVIDUAL



En primer término, cabe destacar la existencia en general de tres tipos:

- 1.3.1 Colectivo,
- 1.3.2 Institucional e,
- 1.3.3 Individual.

Dicha clasificación, propuesta por Alvy en 1975, señala fundamentalmen-

te los conceptos relativos a los tipos de malos tratos antes citados; por lo -- tanto, a continuación se incluyen las ideas principales sostenidas por éste autor.

### 1.3.1 Maltrato Colectivo.

De acuerdo a Alvy (1975), se refiere a aquellas actitudes mantenidas -- conjuntamente en la sociedad que impiden el desarrollo psicológico y físico del menor. Los ejemplos que incluye en relación al maltrato colectivo, comprenden -- las actitudes de discriminación racial y de clase social; también añade, aque -- llas actitudes de supremacía de los adultos que conllevan a la negación de cier -- tos derechos legales de los niños y jóvenes menores de 18 años. Esas actitudes de supremacía, asimismo contribuyen a la tolerancia y al muy extendido uso de -- la fuerza física como medio de disciplinar y controlar al infante. Es por ello, que esos medios los considera tanto ilegales como personalmente degradantes.

### 1.3.2 Maltrato Institucional.

En este tipo, el citado Alvy se refiere al abuso y a los actos hechos -- por instituciones tales como escuelas, cortes juveniles, centros de detención, casas hogares, agencias de bienestar infantil, correccionales y otras institu -- ciones con responsabilidades hacia los niños.

Señala algunos ejemplos específicos en policías y practicantes que pro -- mueven el uso de la fuerza física con los pequeños, y aquellos que emplean pe -- riodos de encierro y separo que dañan psicológicamente perjudicando a aquellos menores que no se desarrollan dentro de un medio ambiente familiar mínimamente estable.

### 1.3.3 Maltrato Individual.

Aquí, Alvy incluye al descuido físico y emocional que resulta de actos cometidos u omitidos por parte de padres u otros custodios.

Cabe destacar que dentro de éste tipo de malos tratos, se han detectado conductas características en contra de los menores de edad, que en términos genéricos se han considerado maltrato.

En primer término, es preciso mencionar lo señalado por Montiel Mejía - (1980), al indicar que las formas de agresión varían según la etapa en que se encuentra el niño. Por tal motivo, ésta puede presentarse en :

1.3.3.1 El Periodo Prenatal y/o en,

1.3.3.2 El Periodo Postnatal.

#### 1.3.3.1 Periodo Prenatal.

En este periodo, existen formas de franca agresión que pueden culminar en aborto; entre ellas, señalan Katz (1981) y Montiel Mejía (1980), la desnutrición fetal, los traumatismos no accidentales y la utilización de medicamentos - que se sabe conllevan efectos nocivos sobre el feto.

#### 1.3.3.2. Periodo Postnatal.

En el periodo postnatal, Leopoldo Chagoya (1978) apunta la existencia de una relación entre las etapas de desarrollo del niño y los distintos estilos de malos tratos en su contra. Menciona que en este periodo, la supervivencia -- del menor requiere que se satisfagan sus necesidades fisiológicas de alimentación, abrigo y descanso. Los padres pueden maltratar al infante en esta etapa, a través de formas meramente negligentes y no procurando mantener en él, un --- buen nivel fisiológico.

Con el fin de clarificar la interrelación apuntada entre este síndrome y el desarrollo del niño, a continuación se incluyen cinco puntos que esclarecerán tal situación, y que condensan la información esencial propuesta por el citado Leopoldo Chagoya (1978):

- a) Durante los 18 primeros meses de vida del menor, la relación de los padres con él, requiere que ellos acepten su absoluta dependencia. En este periodo, la separación prematura entre padre y niño, es la forma de maltrato que causa en el hijo sentimientos de desamparo, temor e inseguridad, y una desconfianza básica ante cualquier humano.
- b) En los años siguientes, se inicia la separación gradual entre el niño y la madre. Aquí el maltrato se manifiesta en no permitirle que empiece a desarrollar esa independencia esencial.
- c) Cerca de los cinco años, el infante vive ya la polaridad masculino - femenino de los adultos, y define en su mente cómo es o debe ser la relación entre hombres y mujeres. Los modelos principales son sus padres, La agresión hacia el niño en ésta fase puede adquirir la forma de ataque contra su identidad sexual y el fomento abierto o encubierto de una identidad sexual o antisexual. Por ejemplo, la madre que abiertamente ataca a los hombres frente a su hijo, le va introduciendo el sentimiento de que, para lograr el amor materno, no hay que ser hombre.
- d) Entre los seis y trece años se expande la esfera social y emotiva del chico, ya que empieza la interacción con niños y adultos fuera de la familia. Los maestros, los médicos y los vecinos proveen las nuevas experiencias. El maltrato de la familia al niño, consiste en inhibir ese paulatino desligue, en infundirle temor respecto al mundo exterior, en mostrar desinterés en las experiencias escolares del muchacho, o en aprovechar que ya tiene intereses externos para desahacerse de él afectivamente.
- e) En la adolescencia aparecen en el chico los impulsos sexuales diferenciados. La agresión contra el hijo púber toma diversas formas; los padres atacan sus actitudes, gustos, ideales, la búsqueda, la sexualidad incipiente, los intentos de cambiar, la realidad insatisfactoria y otros rasgos típicos.

A través de estos puntos básicos comprendidos en el periodo postnatal, pueden vislumbrarse diferentes formas de maltrato. Sin embargo, y con la finalidad de diferenciarlos claramente, se dividen básicamente en dos tipos:

1.3.3.2.1 Maltrato Físico y,

1.3.3.2.2 Maltrato Emocional.

### 1.3.3.2.1 Maltrato Físico.

De acuerdo a Kadushin y Martín (1985) y Giovannoni (1971), este tipo es considerado como actos de comisión que originan daño en el niño. Constituye además, el que los padres o custodios se aprovechen de sus derechos para controlar, disciplinar y castigar a sus hijos. Por ende, se puede dividir en :

1.3.3.2.1.1 Maltrato Físico Propiamente Dicho,

1.3.3.2.1.2 Por Administración de Fármacos y,

1.3.3.2.1.3 Maltrato Sexual.

1.3.3.2.1.1 Maltrato Físico Propiamente Dicho. Se define como el traumatismo - no accidental inflingido por la persona responsable del niño ( Alvy, 1975; Chevaili, 1987; Espinosa, 1978; Fontana, 1984; Gil, 1971; Katz, 1981; Kempe y Kempe, 1979; Kottmeier, 1987; Manterola Martínez, 1982; Marcovich, 1978-81; Montiel Mejía y cols., 1982; Resnick, 1969; Ruiz Taviel, 1978).

1.3.3.2.1.2 Por Administración de Fármacos. Dentro de este punto, pueden detectarse formas alternas, como lo es el envenenar o drogar al menor. Es posible incluir el uso de alcohol, narcóticos, sedantes; ya sean drogas potencial o verdaderamente tóxicas (Green y cols, 1974; Kempe y Kempe, 1979; Marcovich, 1978; Montiel Mejía y cols., 1982; Resnick, 1969). Además de ello, se incluye la intoxicación intencional con barbitúricos y yerbas (Marcovich, 1978).

1.3.3.2.1.3 Maltrato Sexual. H. Kempe (1981), lo define como el involucramiento de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales, las cuales no alcanzan a comprender plenamente y para las que no son capaces de dar su consentimiento informado; o las que violan los tabúes sociales con respecto a los roles de la familia.

Entre otros investigadores que han identificado al abuso sexual como -- forma de maltrato se encuentran: Alvy (1975), Fontana (1984), Garbarino (1977), Gil (1971), Green y cols. (1974), Kottmeier (1987), Manterola Martínez (1982),

Marcovich (1987-81), Montiel Mejía y cols. (1982) y Muram (1986) entre otros.

Dentro de las diferentes formas en que pueden presentarse estos malos tratos, se incluyen la paidofilia, el incesto, la violación y la seducción.

La paidofilia, de acuerdo a McCary (1984) constituye una forma de variación sexual en la cual los adultos obtienen placer erótico de las relaciones en una forma u otra con los niños. Las prácticas de paidofilia incluyen exposición de los genitales, manipulación, caricias y posible penetración (Kempé y Kempé, 1979; Marcovich, 1981).

Un estudio realizado por Jaffe (1976), mostró que " el 85% de los que molestan a niños manifiestan una conducta como exposición indecente, manipulación de genitales, lenguaje obsceno y manoseo. En 11% de ellos hubo coito vaginal y penetración con violación. De todos los ofensores sexuales, alrededor del 30% son clasificados como paidófilos, siendo la mayoría hombres". (24)

Esta desviación, habitualmente se desarrolla en un intento por parte del paidófilo de enfrentarse al temor de su incapacidad en las relaciones heterosexuales normales, interpersonales, específicamente con un adulto sexualmente experimentado, o el intento de satisfacer un amor narcisista de él mismo bajo la forma de un niño (McCary, 1984).

Por otra parte, y en relación a las diversas formas del maltrato sexual ya mencionadas, se encuentra el incesto al infante; el cual se define como el coito o actos de conducta sexual desviada, incluyendo molestación sexual entre dos personas que están emparentadas muy cercanamente (Browning y Boatman, 1977; Fontana, 1984; Manterola Martínez, 1982; McCary, 1984).

Browning y Boatman (1977), señalan además el incesto de acuerdo a las personas sexualmente involucradas: con tíos, con padres e, incesto múltiple con varias personas ya sean tío, tía, hermanos, abuelos, sustituto paterno o algún otro custodio.

Es importante mencionar, que la forma más común de incesto es quizá "la relación hermano - hermana, especialmente en las familias muy pobres, en las cuales los niños de ambos sexos comparten el mismo lecho y la misma alcoba. El incesto que le sigue en frecuencia es el del padre - hija. En muchos casos, en el incesto padre e hija, ésta fué una participante voluntaria. Frecuentemente - la hija no reporta la relación, ya que ella anhela la atención y afecto del padre e interpreta las insinuaciones del mismo, como un indicio de amor o afecto. En otras circunstancias, la hija puede permanecer callada debido a que teme - represalias o porque teme que el núcleo familiar se vea alterado".(25)

Es por ello, que esta relación llega a ser guardada en secreto. En ella, las actividades más comúnmente reportadas son de acuerdo a Herman e Hirschman (1981), contacto genital, masturbación y contactos uro-genitales..

Por otro lado, el incesto entre madre e hijo parece ser raro; sin embargo, su frecuencia puede ser mucho más elevada de lo que se sospecha, ya que en la actualidad son mínimas las prácticas que se comunican.

Otra variante del maltrato sexual al niño, constituye la violación; la cual se define como "el coito forzado con una mujer en contra de su voluntad.

La definición legal de la violación, incluye casos en los que el hombre o mujer consienten la cópula solo por temor, fuerza o engaño, o que es incapaz de consentimiento racional debido a su retardo mental".(26)

Al respecto, McCary (1984) menciona que los violadores tienen una mayor tendencia a expresar violencia y furia que otras personas. La violación, por lo general, guarda poca relación con la lujuria incontrolable. El perpetrador es motivado por el deseo de dominio, hostilidad y agresión hacia su víctima,, la cual es escogida a menudo por casualidad, y soporta la fuerza de la necesidad del mismo de desahogar sus sentimientos de violencia en ese momento. Añade que en ocasiones, la violación se comete casi en forma incidental en el curso -

de otro delito.

Asimismo, McCary (1984) menciona el concepto de violación estatutaria, que es otra categoría de coito penado e implica el coito con un menor de edad. En ella, las mujeres pueden ser declaradas culpables de violación si ayudan al coito forzado con otra mujer, o a persuadir a un menor de edad para que lo efectúe.

Cabe aclarar, que la violación también puede imputarse cuando la menor esté dormida, inconciente por drogas o alcohol o es embaucada para realizar el coito con un hombre; estos últimos, específicamente los niños, no están exentos de violación.

Puede argumentarse también lo señalado por H. Kempe (1981), referente a que el acto no necesariamente tiene que implicar una violación himenal o penetración vaginal para ser considerado como violación. Con frecuencia, una desgarradura vaginal, evidencia de esperma o infección gonocócica pueden ser encontrados; además, a menudo un perineal acto masturbador lleva a la emisión de esperma fuera de la vagina sobre la piel o el ano.

Finalmente, algunas conductas que no incluyen contacto físico, pero que son claramente motivadas con fines sexuales son incluidas en la categoría de seducción. Para Herman e Hirschman (1981), ejemplos comunes incluyen exhibicionismo, dejar material pornográfico para que el menor lo encuentre, hacerle confidencias de actos de explotación sexual, o descripciones sumamente detalladas sobre actividades sexuales reales o imaginarias.

#### 1.3.3.2.2 Maltrato Emocional.

De acuerdo a Fontana (1984), se presenta cuando el niño es privado de la atención materna indispensable para su desarrollo físico, mental o espiritual. Por tanto, esta categoría puede clasificarse en:

##### 1.3.3.2.2.1 Maltrato Emocional Propiamente Dicho,

1.3.3.2.2.2 Negligencia y,

1.3.3.2.2.3 Abandono.

1.3.3.2.2.1 Maltrato Emocional Propiamente Dicho. Posee diferentes formas de presentación; entre las más importantes o fundamentales se encuentra el encierro del menor en el hogar, que aunque no daña físicamente, es considerado perjudicial para la salud mental (Fontana, 1984; Manterola Martínez, 1982; Marcovich, 1978-81; Montiel Mejía, 1982).

Por su parte Fontana (1984) y Manterola Martínez (1982), señalan la fría indiferencia, el desprecio verbal, el lenguaje hiriente y las amenazas como formas de maltrato. Ejemplos de algunas actitudes expresadas verbalmente que infligen heridas emocionales son:

- ¿Cómo puedes esperar que te quiera cuando sé que no estás haciendo lo posible ?,
- Vete de mi presencia, me das náuseas ¿no ves que estoy ocupada? ,
- Fué tu padre quien quería hijos, no yo. ¿Sabes una cosa?. Cuatro años -- quereros abortos intenté para no tenerte y de todos modos, no pude -- deshacerme de tí.
- Si no dejas eso, voy a romperte un brazo.

Tales expresiones de rechazo, constituyen en sí mismas un descuido afectivo (Corona Sosa, 1983; Chevalli, 1987; Espinoza, 1978; Gil, 1971; Green y cols., 1974; Katz, 1981; Kempe y Kempe, 1979; Kottmeier, 1987; Manterola Martínez, 1983; Ruiz Taviel, 1978).

Otras manifestaciones de maltrato emocional, incluyen las mencionadas por Green y cols. (1974), como la ridiculización, desvalorización, y la carencia de estímulos afectivos. A éstas, se agregan las actitudes de sobreprotección y de permisividad que afectan el desarrollo de la personalidad del niño (Green y cols., 1974; Katz, 1981).

Asimismo, existen formas crónicas de la manifestación de esta categoría de maltrato, cuando se aterroriza al infante o se le inducen miedos, lo cual --

también impide el desarrollo normal de su personalidad (Green y cols., 1974; -- Montiel Mejía y cols., 1982).

Katz (1981), indica como forma de maltrato, a las dificultades maritales que pueden crear en el menor el sentimiento de culpabilidad y la convicción de que sus padres pelean por su culpa; este tipo de maltrato por ende, se manifiesta en hogares deshechos, donde existe el desfile de padres, las constantes mudanzas y los continuos cambios de la escuela.

En el maltrato emocional, asimismo se incluyen la falta de gufo, la ausencia de normas, el exceso de disciplina o la absoluta falta de ella (Fontana, 1984; Manterola Martínez, 1982). En una palabra, es la incapacidad de reconocer al niño como ser humano con derechos o de aceptarlo como tal.

1.3.3.2.2.2 Negligencia. Green y cols. (1974) y Giovannoni (1971), afirman que por negligencia se entiende a los actos de omisión, los cuales tienen efectos negativos en el infante y representan el fracaso para cumplir con los deberes paternos.

Se señala además, que implica el rechazo o descuido en la satisfacción de las necesidades fisiológicas de alimentación y descanso (Chagoya, 1978; Fontana, 1984; Garbarino, 1977; Gil, 1971; Kempe y Kempe, 1979; Manterola Martínez, -- 1982; Marcovich, 1978-81; Montiel Mejía, 1980).

Es así, como puede existir la falta de aporte calórico a pesar de contar con los medios suficientes para proporcionarlo (Gil, 1971; Kempe y Kempe, -- 1979; Kottmeier, 1987; Montiel Mejía, 1980; Montiel Mejía y cols., 1982), la privación de alimentos o líquidos (Alvy, 1975; Espinosa, 1978; Kempe y Kempe, 1979; Marcovich, 1978), la inanición (Marcovich, 1978) y el ayuno prolongado (Marcovich, 1981), que privan al niño de las condiciones saludables de vida. De acuerdo a -- Chagoya (1978), tales necesidades pueden dársele en demasía o demasiado poco y constituyen ambas, formas de maltrato.

Dentro de la negligencia, se incluyen además, el menosprecio a los cuidados y atención tanto médicos (Fontana, 1984; Green y cols., 1974; Manterola Martínez, 1982; Montiel Mejía y cols., 1982); como educacionales (Fontana, 1984; - Kottmeier, 1987; Manterola Martínez, 1982).

De acuerdo a Egeland y Sroufe (1981), existen ciertos tipos de signos - que indican negligencia extrema:

- heridas no tratadas, infecciones o serios malestares,
- que no halla lugar para que el niño duerma y,
- fracaso persistente para vestirlo.

1.3.3.2.2.3 Abandono. Consiste en "ubicar al sujeto pasivo; esto es, un menor de edad en situación de desamparo, lo cual implica la privación momentánea o definitiva de los cuidados que le son necesarios y que conforme a derecho le son debidos en la salvaguarda de su integridad".(27)

Entre los investigadores que sustentan el hecho de que el abandono implica una forma de maltrato, se encuentran: Fontana (1984), Kempe y Kempe (1979), Manterola Martínez (1982), Marcovich (1978-81), Montiel Mejía y cols. (1982) y Retena Vivanco (1978).

Cabe distinguir la existencia de diversas modalidades de abandono; entre ellas, cuando la madre regala a su hijo a otras personas o instituciones - (Retena Vivanco, 1978). También se produce cuando al recién nacido se le deja en el centro hospitalario donde dió a luz su madre, en algún centro de atención infantil; o bien, se les deposita en lugares de la vía pública, como parques, - iglesias, etc.. Esto último, puede suceder también con niños mayores, donde por engaño y por la fuerza se les abandona. Por tanto, el abandono puede producirse como resultado de que el menor pierda a su familia, o por el hecho de que ésta se desintegre.

En suma, de lo expuesto en este apartado referente a las diferentes for-

mas de maltrato, se puede observar, que la presencia de algunas formas de estas no excluye la existencia de otras, ni indica la severidad del daño para el niño; únicamente clasifica el acto cometido en alguna o en varias de las formas antes citadas.

Cabe tener presente, el hecho de que es muy probable que un menor que es maltratado físicamente, también lo sea emocionalmente en una o varias formas; o bien, darse el caso de que el niño maltratado en su ambiente familiar, cuente con ciertas características individuales que hagan posible que en otros ámbitos sociales sea objeto de agresiones. Asimismo, es probable el caso que no siendo maltratado en su hogar, sea objeto de ello física y/o emocionalmente por sujetos adultos de diversos ámbitos sociales, como escuelas, deportivos, grupos juveniles, etc.. Además, es preciso advertir el hecho de que el agresor básicamente no adopte siempre una sola modalidad del maltrato.

En conclusión, pueden considerarse multitud de procedimientos de maltrato; algunos obvios, otros más sutiles, algunos plenamente conscientes, tanto para la víctima como para el agresor, otros que no lo son tanto, al menos para alguna de las partes y otros que incluso pueden pasar desapercibidos.

Por lo tanto, se confirma lo señalado por Giovannoni (1971), al indicar que la distinción conceptual entre las formas del maltrato es quizá más académica que práctica. Tales distinciones son empleadas por aquellos que intentan explicar y explorar la naturaleza de las características básicas de cada modalidad de maltrato.

#### 1.4 Etiología.

Se entiende por etiología del Síndrome del Niño Maltratado, "al estudio

que se realiza acerca de las causas de los fenómenos o de las cosas ".(28) Con base en la revisión de diferentes investigaciones referentes a las causas, se abarca el estudio de tres factores principales:

- 1.4.1 Características de los Padres o Custodios,
- 1.4.2 Características del Niño y,
- 1.4.3 Factores Medioambientales.

Dicha clasificación, puede parecer arbitraria y en algunos casos no muy clara y precisa; pues, tanto las características de los padres o custodios, las características de los niños, así como los factores del medio ambiente se entrelazan y muchas veces la distinción entre unos y otros suele verse un tanto confusa y dudosa, pues un factor puede relacionarse con elementos de otro; además, de que es posible que se den simultáneamente.

#### 1.4.1 Características de los Padres o Custodios.

Tomando en consideración, que las particularidades de los padres o custodios como factores del maltrato son múltiples y que se hallan íntimamente relacionadas, en la presente investigación con el objeto de esclarecerlas, se han agrupado en los siguientes aspectos:

- 1.4.1.1 Desórdenes de la Personalidad,
- 1.4.1.2 Características del propio Desarrollo y,
- 1.4.1.3 Problemas de Pareja.

Finalmente, por tener características específicas, se incluye por separado la revisión de:

- 1.4.1.4 Explicaciones Causales del Abuso Sexual como Forma de Maltrato.
- 1.4.1.1 Desórdenes de Personalidad.

El descubrimiento de un perfil de personalidad existente, o la descrip-

ción de algunos rasgos de personalidad en común a los padres o custodios maltratores, es un prerequisite para identificar a los sospechosos o potencialmente sospechosos.

Los formuladores de las disciplinas médicas, psiquiátricas y de la Psicología Clínica, han enfatizado defectos en la personalidad de los custodios -- (Alvy, 1975; Fontana, 1984; Galdston, 1965; Gil, 1971; Giovannoni, 1971; Kadushin y Martin, 1985; Kempe y Kempe, 1979; Konstat, 1981; Kottmeier, 1987; Marcovich, 1978; Resnick, 1969; Siver, Dublin y Lourie, 1979).

Específicamente se halla una personalidad inmadura, cuando no francamente patológica; ya sea con conductas desviadas, psicóticas (Chevaili, 1987; Fontana, 1984; Kadushin y Martin, 1985; Kottmeier, 1987; Montiel Mejía y cols., 1982; Resnick, 1969), neuróticas (Ajuriaguerra, 1983; Chevaili, 1987; Flynn, 1970; Montiel Mejía y cols., 1982) o sociópatas (Marcovich, 1978). También se han encontrado daño cerebral (Montiel Mejía y cols., 1982) y retardo mental (Fontana, 1984; Kadushin y Martin, 1985; Kempe y Kempe, 1979; Kottmeier, 1987; Resnick, 1969).

Otros rasgos de personalidad que han sido sugeridos en individuos que maltratan a los niños son:

- Sentimientos de inseguridad y angustia con una baja autoestima, autoaceptación, confianza y afiliación (Alvy, 1975; Chevaili, 1987; Fontana, 1984; Green y cols., 1974; Kadushin y Martin, 1985; Kempe y Kempe, 1979; Kottmeier, 1987; Milner y Wimberley, 1980; Montiel Mejía y cols., 1982; Resnick, 1969),
- Baja capacidad para afrontar y resolver problemas (Marcovich, 1978; Kempe y Kempe, 1979; Wright, 1976),
- Historia de privación de afecto y de amor (Belsky, 1980; Kempe y Kempe, 1979; Wright, 1976),
- Inmadurez (Fontana, 1984; Green y cols., 1974; Kadushin y Martin, 1985; Nathan, 1965; Wright, 1976),
- Alto monto de frustración (Alvy, 1975; Galdston, 1965; Kempe y Kempe, 1979; Konstat, 1981; Montiel Mejía y cols., 1982),

- Sadomasoquistas (Ajuriaguerra, 1983; Flynn, 1970).
- Soledad e Infelicidad (Foncerrada, 1983; Green y cols., 1974; Milner y Wimberley, 1980).
- Aislamiento social, escasas relaciones interpersonales, antecedentes de conducta competitiva inadecuada (Fontana, 1984; Kempe y Kempe, 1979; Kadushin y Martin, 1985).
- Falta de capacidad para empatizar con los niños (Kadushin y Martin, 1985; Kempe y Kempe, 1979).
- Sujetos retraídos sin conciencia o remordimiento (Fontana, 1984).
- Disturbios en la formación de la identidad (Green y cols., 1974).
- Dependientes y narcisistas (Ajuriaguerra, 1983; Galdston, 1965; Green y cols., 1974; Wright, 1976).
- Mantenimiento de fantasías (Wright, 1976) y expectativas irreales (Kadushin y Martin, 1985; Kempe y Kempe, 1979).
- Egocentristas (Ajuriaguerra, 1983; Flynn, 1970).
- Rígidos y dominantes (Ajuriaguerra, 1983; Fontana, 1984; Kadushin y Martin, 1985).
- Impulsos agresivos (Galdston, 1965; Green y cols., 1974; Konstat, 1981; Montiel Mejía y cols., 1982; Silver y cols., 1969; Teer, 1970).
- Estados de intoxicación e ingestión de bebidas alcohólicas u otros fármacos (Fontana, 1984; Gil, 1971; Giovannoni, 1971; Kottmeier, 1987; Osorio y Nieto, 1983; Resnick, 1969).

De acuerdo a lo sugerido por Green y cols. (1974), y a lo citado anteriormente, puede observarse que las características variantes, rasgos de personalidad y síntomas psiquiátricos encontrados en los padres o custodios que maltratan a los niños, sugieren que una personalidad maltratadora específica no existe.

#### 1.4.1.2 Características del Propio Desarrollo.

Entre los que apoyan los factores de la personalidad, hay una descripción acerca de los custodios maltratadores que es la siguiente:

Los padres o custodios maltratadores casi siempre fueron maltratados durante sus primeros años, ya sea en forma física, psíquica, sexual, etc. (Alvy, 1975; Belsky, 1980; Corona Sosa, 1983; Chevalli, 1987; Egelend y Sroufe, 1981; - Fredericksen, 1976; Fontana, 1984; Galdston, 1965; Green y cols., 1974; Guiza - Cruz, 1987; Manterola, 1982; Montiel Mejía y cols., 1982; Nathan, 1965; Silver y cols., 1969; Winder, Greif y Kelso, 1976; Wright, 1976).

A este respecto, Curtis (1963), advierte que el niño que es tratado así, puede llegar a ser el asesino del mañana y perpetrador de crímenes de violencia si es que sobrevive. El cree que un menor maltratado:

"podría tener un grado inusual de hostilidad hacia sus padres y hacia el mundo en general. El control y canalización de su hostilidad hacia - avenidas no destructivas para liberarla, podría formular un problema - para él mismo y para la sociedad. En suma, podría identificarse con oj jetos paternos quienes le proporcionarían un ejemplo de destructividad y de liberación relativamente incontrolada de agresión hostil". (29)

Es así, como en un esfuerzo por entender mejor la relación entre el pequeño maltratado y las consecuencias psicológicas, se parte de la evidencia de que el maltrato es intergeneracional, ya que los adultos maltratadores, fueron posibles víctimas en su infancia (Gelles, 1978).

Al realizar un estudio longitudinal y la revisión de antecedentes de fa milias de menores maltratados, Silver y cols. (1969), sostienen que la violencia engendra violencia y que un niño que experimenta violencia, tiene el potencial para llegar a ser un miembro violento de la sociedad en el futuro y el padre abusador del mañana.

Así también, en 1964 Feinstein y cols. (citados por Green y cols., 1974), exploraron la conducta de mujeres con impulsos infanticidas. Tales mujeres, estuvieron caracterizadas por el resentimiento mostrado hacia sus padres por no haber satisfecho sus necesidades. Además, muchas presenciaron o estuvieron suje

tas a la excesiva violencia paterna.

Por lo tanto, los padres o custodios que maltratan tienden a aplicar -- una disciplina estricta (Kadushin y Martin, 1985); explican sus actos diciendo que esa era la forma en que ellos fueron educados y lo mismo intentan para educar a sus hijos, ya que parecen creer que como padres, poseen los derechos y -- privilegios familiares y que los niños, a quienes han hecho el favor de darles -- la vida, tienen hacia ellos, todos los deberes y responsabilidades (Fontana, -- 1984). Kadushin y Martin (1985), enfatizan que pueden juzgar la conducta de los menores, incluso la de los muy pequeños, como desobediencia deliberada y mal intencionada; por lo que la disciplina estricta resulta justificada, puesto que -- el niño está desobedeciendo conscientemente a sus padres.

Los custodios vistos de esta forma, están convencidos de que el castigo sirve para corregir el mal comportamiento y que su aplicación es totalmente permisible desde la edad temprana del infante.

Galdston (1965), considera que tales custodios no difieren de los otros por la cantidad o calidad de su potencial de violencia, sino porque han fracasado en el dominio de este potencial, por no haber adquirido la capacidad de abstracción simbólica y desplazan la cólera derivada de la frustración de sus deseos. Además, señala que se sienten ofendidos por sus hijos pequeños, porque extos les recuerdan una situación pasada personalmente frustrante que ellos mismos no fueron capaces de dominar y asimilar; es decir, al no haber tenido gratificantes propios de la infancia, les falta fuerza yoica y se sienten degradados. Crecen con ésta imágen y cada vez se encuentran más frustrados y más necesitados de cariño; es así como se origina una percepción distorsionada hacia el agrevido, que obedece a la ya mencionada necesidad de afecto y reconocimiento del -- agresor.

En este punto, cabe mencionar lo apuntado por Flynn (197)), quien sus -

tenta que el maltrato puede originarse por una fantasía específica en el padre que lo lleva a la acción violenta contra el menor.

A este respecto, Kaufman afirma que " el niño no es percibido por su padre como tal, sino como una cierta figura delirante, como una porción psicótica de su propio padre que éste desea dominar o destruir. Otros progenitores, son extremadamente infantiles que desean ser bebés, mostrando resentimiento hacia - la dependencia y necesidades de sus hijos, expresando tal resentimiento por --- vías hostiles; proyectando sus dificultades sobre el hijo y teniendo la impre - sión de que éste último es la causa de las mismas". (30)

Por lo tanto, existen en general cuatro tipos de fantasías observadas - en los padres o custodios de acuerdo a Teer (1970):

- a) Temor al castigo del niño: esto es similar al concepto del rol inverso; sin embargo, las fantasías fueron igualmente elaboradas y no simples preconcepciones de atributos paternos en el menor,
- b) Temor a la impotencia del infante: donde las madres por ejemplo, se identifican con el niño y son arrolladas por fantasías de impotencia total de éste,
- c) Temor a lo atractivo del pequeño: imaginación de los padres de que - éste tiene extraordinaria fuerza sexual,
- d) Decepción con respecto a la incapacidad del niño para encontrar la esperanza preconcebida; fantasías acerca de sus infantes que no pudieron encontrar en la realidad, guiándolos a la desesperación y a - la furia.

En relación a ello, Corona Sosa (1983) señala la falta de correspondencia entre las expectativas de los padres y las elecciones de los hijos.

Es por lo anterior, que los padres o custodios maltratadores pueden reponder a los ataques en su frágil autoestima con una adaptación compensatoria ;

por lo cual, necesitan mantener una fachada positiva y deben defenderse desesperadamente a sí mismos contra el conocimiento de sentimientos subyacentes o indignidad y por el frecuente uso de los mecanismos de defensa (Green y cols., -- 1974).

Por otra parte, las madres no maltratadoras (por ejemplo), cuyos niños han sido maltratados por esposos o amigos, exhiben una pequeña variación en el patrón psicológico antes expuesto. De acuerdo a Green y cols. (1974), la interacción entre la madre y el hijo comienza en una forma similar como la de la madre que dota al menor con atributos de su propia madre rechazante. Sin embargo, sug tentan que la resultante mala autoimagen infantil derivada de su madre es en -- parte mantenida y en parte transferida al niño, mientras la madre mala internalizada es proyectada al compañero abusivo. La madre, entonces, se identifica -- primeramente con la víctima infantil más bien que con un agresor materno.

Así también argumentan, que estas mujeres se someten a la crueldad física de sus compañeros como una repetición masoquista de su victimización infantil al rechazar a padres hostiles. La afición dolor - dependencia al esposo, sirve - como una defensa contra su hostilidad hacia el niño; esto se ve confirmado por - la tenacidad con la cual esas mujeres se adhieren a tales cónyuges brutales y hu millantes y por su tendencia a asumir el rol maltratador si su esposo las deja.

#### 1.4.1.3 Problemas de Pareja.

Las problemáticas conyugales en la pareja pueden originar ciertas repercusiones emocionales ante el afecto hacia sus hijos. Alvy (1975), Beisky (1980), Corona Sosa (1983), Focerrada (1983), Gil (1971), Giovannoni (1971), Green y - cols. (1974), Katz (1981), Kempe y Kempe (1979), Kottmeier (1987), Manterola Martínez (1982), Marcovich (1978), Montiel Mejía y cols. (1982) y Resnick (1969), - apoyan el hecho de que se atribuya a los padres maltratadores el ser propensos a las dificultades maritales.

Corona Sosa (1983), apunta como ejemplo la rivalidad entre los custodios en la lucha por el cariño del niño; asimismo, Katz (1981) y Manterola Martínez (1982), indican que con mucha frecuencia, cuando un matrimonio no funciona y la pareja no ha encontrado la forma de resolver sus dificultades de comunicación interpersonal, creará la necesidad de entablar discusiones y peleas - aprovechando las fallas en el comportamiento de uno de los hijos.

Para algunos expertos, el acto de Maltrato es debido a lo que llaman el deseo de venganza; esto es, muchos están cobrándose la preferencia que el niño puede sentir por el otro progenitor. O bien, por las agresiones de todo tipo - que han tenido que soportar en la oficina o en cualquier otro ámbito de su vida (Palomares, 1983).

Montiel Mejía y cols. (1982), aseguran que en el tipo de unión en el -- que existe un padre con una imagen muy pobre de sí mismo y una mujer rechazada que no encuentra en su esposo la aceptación y el apoyo, es donde hay más peligro para que los dos o uno de ellos vuelque su irritación y su violencia hacia el menor. Además, añade que generalmente es en la pareja cuya relación es tormentosa e insatisfactoria, en la que uno de los dos tiene relaciones extramatrimoniales, cuando el resentimiento surge cada vez en mayor grado y hay más peligro.

También, se ha indicado que en los casos donde la madre no sabe serlo, que es inmadura, aislada y solitaria donde el padre es agresivo y no le ofrece apoyo emocional, es cuando se origina un patrón sumiso - dominante (Teer, 1970); por lo que ambos frecuentemente descargan su frustración en el niño. Es así, - como éste se vuelve más demandante de cariño y esto completa el círculo vicioso, pues la madre al no poder dárselo, se irrita y lo golpea (Green y cols., 1974; Montiel Mejía y cols., 1982).

La inversión de papeles tradicionales de los custodios es un rasgo causal significativo (Belsky, 1980; Caldwell, 1965; Green y cols., 1974). Muchas esp

sas trabajan relegando el cuidado del infante al esposo. En apariencia y conducta, gran número de tales mujeres, de acuerdo a Galdston (1965), son totalmente masculinas y sus esposos pasivos y retraídos.

Muchos investigadores han propuesto un vínculo entre dos problemas: uno de ellos, consiste en que los padres adolescentes pueden ser más propensos a — maltratar a sus hijos que los más maduros (Kottmeier, 1987; Kinard y Klerman, — 1980). El otro señala que la inestabilidad en el núcleo familiar puede deberse a la falta de educación e ignorancia (Corona Sosa, 1983; Fontana, 1984; Manterola Martínez, 1982), a la ausencia de información básica asociada al proceso de desarrollo del niño (Belsky, 1980), o a factores nutricionales (Corona Sosa, 1983).

Por otra parte, cabe destacar que entre los factores que por lo general subyacen en los problemas de pareja, se encuentra la estrecha relación que reconocen Chagoya (1978), Corona Sosa (1983), Kempe y Kempe (1979), Marcovich (1978) y Resnick (1969), entre hijos no deseados e hijos golpeados: "cualquier situación emocional, psicopatológica que derive en violencia hacia el niño se exacerba más fácilmente cuando existe esa indeseabilidad; por lo que puede ser visto incluso como el culpable, el responsable del infortunio paterno o materno en el hogar, en el trabajo, en el matrimonio". (31)

A este respecto, Feder (1978), Kadushin y Martin (1985) y Marcovich — (1978), ponen de relieve los siguientes hechos en relación a los infantes no de seados :

- Había una concepción: pudiendo ocurrir antes del matrimonio o fuera de él,
- Había un embarazo, el cual no era deseado,
- La actitud de los padres denotaba ambivalencias obvias: al mismo tiempo, querían y no querían al bebé, más bien deseaban abortarlo,
- Pero, pese a esa inclinación no se le abortaba,
- La madre se arrepentía de llevar a cabo el aborto,
- Nacía el bebé, pero bajo terribles auspicios debido a que el aborto

pensado pero no practicado implicaba maltratos posteriormente y,

- Al niño se le recogía mal, se le trataba mal y se le rechazaba.

Pese a ello, Fredericksen (1978) señala que aún en las mejores parejas hay épocas en que el papel del padre o madre se vuelve irritante. En ocasiones, estos experimentan sentimientos ambivalentes hacia su hijo; es decir, sentimientos de aceptación matizados de un odio en grado diverso. Las implicaciones de dichos sentimientos, apunta, dependen de su intensidad.

Katz, Marcovich y Natali (1981), mencionan algunas características de los custodios potencialmente agresores, como factores a considerar dentro de las causas de maltrato, las cuales son:

- Preocupación excesiva del desarrollo que va a tener el bebé,
- Ansiedad en relación al sexo del bebé,
- Negación del embarazo,
- La madre no quería subir de peso por temor a la deformación de su cuerpo,
- Depresión por el embarazo,
- Falta de apoyo de la familia o del marido,
- La madre o el padre deseaban abortarlo; sin embargo, era demasiado tarde,
- Los padres habían considerado ceder al niño en adopción,
- El embarazo fué considerado por el padre o la madre como pretexto o motivo para mantener la relación,
- Decepción sobre el sexo del bebé,
- En el momento de nacer: reacción hostil o verbalizaciones inadecuadas,
- Ausencia de contacto ocular,
- Falta de comunicación entre los padres y,
- La madre se rehusa a amamantarlo por temor a una deformación de los senos.

A estos factores, se agregan las dificultades durante el embarazo, así como las complicaciones en el parto (Kadushin y Martin, 1985).

#### 1.4.1.4 Explicaciones acerca del Abuso Sexual como forma de Maltrato.

En relación a las características de los custodios como hecho causal - del maltrato al niño, se encuentran factores etiológicos muy particulares -- en los casos de incesto como forma de abuso sexual.

Los estudios de Browning y Boatman (1977), de Gil (1971), de Herman e Hirschman (1981) y de McCary (1984), señalan como causas precipitantes el carácter violento y dominante, el uso de drogas y los desórdenes de la personalidad - del padre, padrastro u otro custodio.

Un estudio de Ellis y Brancale (1956), arguye al respecto que "los ofensores sexuales que son arrestados, habitualmente demuestran tener trastornos de la personalidad. En dicha investigación, de 300 delincuentes sexuales típicos - en el Centro de Diagnóstico de Nueva Jersey, solo 14% fueron hallados psicológicamente normales; 29% fueron clasificados como levemente neuróticos; 35% como neuróticos graves; 8% como psicóticos limitrofes; 5% como dañados del encefalo por lesión orgánica; 4% como deficientes mentales; 3% como psicopáticos y 2% como psicóticos". (32)

Además de estos estudios, otros han notado una alta incidencia de dificultades en el ajuste sexual (Herman e Hirschman, 1981), deprivación emocional (Browning y Boatman, 1977; Marcovich, 1981) y alcoholismo (Browning y Boatman, 1977; Gil, 1971; Herman e Hirschman, 1981; McCary, 1984).

Browning y Boatman (1977), Gil (1971) y Herman e Hirschman (1981) advierten como causas en la madre, el que esté crónicamente enferma, incapacitada, -- golpeada o ausente. Indican además, que la enfermedad mental, depresión no tratada, psicosis o palizas infantiles repetidas son los factores precipitantes -- más frecuentes del funcionamiento materno perjudicial. En 1966, Lusting y cols. (citado en Browning y Boatman, 1977), describieron que las madres con fuertes necesidades de dependencia tienden a invertir el rol materno. Sarles en 1975 - (citado en Herman e Hirschman, 1981), observó el papel pasivo y subordinado de-

las madres, encontrando una pobre historia marital con esposos distantes.

De acuerdo a Kempe y Kempe (1979), a menudo una madre muy dependiente esta desesperada por mantener ligado al hombre a la familia debido a sus necesidades propias y al apoyo financiero que él le brinda; el papel sexual de la hija, se considera como una forma de proporcionar un lazo más atractivo y más joven -- dentro de la familia, del que ella misma le puede proporcionar. Agregan que esto es especialmente cierto si la esposa es frígida, si es sexualmente rechazada o-- si es promiscua.

En relación con lo anterior, Kaufman y asociados (1954) concluyeron:-- "las niñas involucradas en tales interrelaciones, reaccionaron a los deseos in-- conscientes de las madres al ponerlas en el rol materno y la repetición del acto por promiscuidad fué común". (33)

En último término, el antes citado estudio de Herman e Hirschman (1981), añade que la carga de los deberes tradicionales de la madre fué más frecuentemen-- te impuesto en la hija más grande: rol materno, trabajo del hogar y/o cuidado de los niños. El proporcionar servicios sexuales a sus padres, fué visto como una-- extensión del rol familiar materno.

En conclusión, y despues de haber expuesto los aspectos más sobresa -- lientes en cuanto a características de los padres o custodios maltratadores, -- puede señalarse que algunos investigadores han aceptado durante mucho tiempo -- que estos perpetradores poseen desórdenes de personalidad; un juicio que aún no ha sido confirmado contundentemente.

Por otra parte, está comprobado que son muchos los casos en que los pa-- dres o custodios que maltratan a los menores han pasado por similares experien-- cias dolorosas cuando niños. Pero no es menos cierto que una gran parte de los-- que fueron maltratados, consiguen romper con este ciclo de violencia en la educa-- ción de sus hijos; y también es cierto, que otra proporción de padres maltrata-- dores no pasaron de niños por tales trances. Además, la existencia de problemas

conyugales no es un rasgo definitivo para desencadenar el maltrato a los hijos.

Por lo tanto, se sustenta que un solo tipo de explicación causal acerca del maltrato por parte de los custodios, no existe.

#### 1.4.2 Características del Niño.

Enfocando ahora directamente el componente infantil, puede enumerarse una serie de factores que previsiblemente colocan al niño en gran peligro de -- maltrato. Algunos de estos factores pueden ser atributos del mismo sobre los -- cuales no se tiene control, pero que, de todos modos dificultan la interpretación.

En relación a ello, los rasgos patológicos del menor pueden constituir un tensor adicional para los padres maltratadores promedio; tales rasgos incluyen desviaciones físicas o psicológicas (Corona Sosa, 1983; Green y cols., 1974; Kempe y Kempe, 1979; Marcovich, 1978), entre las que se encuentran anomalías -- congénitas, psicosis, retardo mental, daño cerebral, conducta disruptiva, excesivas demandas de atención, fracaso para aprender, deficiencias auditivas, otoras y lingüales (Belsky, 1980; Galdston, 1965; Gil, 1971; Green y cols., 1974; Kottmeier, 1987; Milner y Wimberley, 1980), que pueden originar la falta de respuestas del infante por lo que son pobremente tolerados por "padres narcisistas -- quienes los ven como nuevas ediciones de su propia autoimagen defectuosa". (34)

Esos niños además, son percibidos como extremadamente gravosos e incrementan la tarea de crianza infantil.

Otros atributos patológicos que pueden constituir tensores adicionales, son los señalados por Belsky (1980) y Green y cols. (1974), en donde los menores que responden pobremente a la alimentación pueden ser los que padecen cólicos, -- los infantes irritables e hipertónicos, quienes son difíciles de satisfacer y -- animar. Indican además, que las madres pueden percibir el desinterés del menor co

mo una reminiscencia de rechazo por experiencias con sus propios padres. También mencionan que niños más grandes que muestran dificultades en el control de impulsos se incluyen en este grupo; pudiendo manifestar conductas problema como mentir, robar, atacar y son frecuentemente disruptivos en la escuela.

Otras conductas características de acuerdo a Crozier y Katz (1979), son: lamentos, dependencia, destructividad, altos grados de conducta negativa y violenta. El niño puede manifestar usualmente amplios periodos de agresión (Galdston, 1965; Green y cols., 1974; Kottmeier, 1987; Milner y Wimberley, 1980; Reidy, 1977), hiperactividad (Kadushin y Martin, 1985; Kempe y Kempe, 1979) ó conducta complaciente debido a condiciones determinadas genéticamente o por una historia de aprendizaje anterior (Barahal, 1981). Al respecto, y en el caso de que el menor presente conducta aversiva en exceso (Bennie y Sclare, 1969; Torres, 1984), ésta puede llegar a ser discriminativa por los esfuerzos del padre por controlarlo a través de medios contra aversivos.

Pese a ello, Frodi y Lamb (1980), sostienen que cuando el temperamento del menor se vuelve relativamente inconsolable, el niño puede llegar a ser un estímulo aversivo a pesar de estar llorando o no, a través de un proceso de condicionamiento. Por ello, los infantes llorones pueden parecer más aversivos y excitar más a tales padres que a otros. Además, señalan que ciertas conductas infantiles podrían provocar una respuesta amorfa, por lo cual son percibidos como repugnantes y es más probable que provoquen respuestas aversivas de los padres.

Otras particularidades infantiles que contribuyen a un episodio de maltrato son: ser un niño ceñudo en vez de sonriente (Fontana, 1984; Kempe y Kempe, 1979; Spinetta, 1972), ser poco atractivos físicamente (Belsky, 1980; Kempe y Kempe, 1979; Kadushin y Martin, 1985), o tender a ser extremadamente perezosos (Kadushin y Martin, 1985). Se cuenta además, la falta de respuestas sociales (Belsky, 1980; Kottmeier, 1987), malas calificaciones y formación en la escuela (Bels-

ky, 1980); o niños que no aportan dinero, que piden comida, que hacen travesuras o que no controlan esfínteres (Marcovich, 1978).

Se ha encontrado también, que el hijo mayor corre un riesgo más grande de maltrato porque los padres consideran que su conducta debe servir de modelo para los hermanos que lo siguen. Por ser el mayor, se espera que dé buen ejemplo, si no lo hace, puede ser acusado de descarrear a sus hermanos (Kadushin y Martin, 1985).

De la misma manera, un menor que exhibe conducta sexual adecuada a su edad puede ser considerado como anormal, y es también incluido entre los niños maltratados. Green y cols. (1974), enfatizan que esta conducta no puede ser tolerada porque evoca los propios impulsos inaceptables del custodio que son excluidos de la conciencia y se adscriben al infante a través de negación y proyección. La actuación sexual en él, por ejemplo la masturbación, frecuentemente provocarán maltrato del padre quien se identifica con los impulsos inaceptables. También, menciona los rasgos normales o accidentales que tienen un significado especial para los progenitores, como la conducta femenina de un hijo varón que desencadena ansiedad por la homosexualidad en la mente del padre.

Por otra parte, cabe señalar que uno de los descubrimientos que con mayor frecuencia aparece en las investigaciones, es la desproporcionada cantidad de niños prematuros y los que nacen con bajo peso al nacer, que luego resultan maltratados (Belsky, 1980; Kadushin y Martin, 1985; Kempe y Kempe, 1979; Kottmeier, 1978; Hunter y Kilstrom, 1979). Esto puede ser debido a que la inicial relación interpersonal entre madre e hijo se altera ocasionando principalmente el retraso en el desarrollo de toda estrecha interrelación temprana (Kadushin y Martin, 1985). Pudiendo el infante presentar por ello "retiro, indiferencia hacia la madre y retardo psicomotor". (35)

Además, Lynch (1978) encontró que los niños maltratados mostraban pro

blemas de salud significativamente mayores durante su primer año de vida, a consecuencia del rechazo evidente del padre hacia el menor o de que el proceso de interrelación temprana madre - hijo se vea alterado.

También, puede darse el caso de que el menor sea identificado con la situación odiada; por ejemplo, que haya sido concebido por abuso sexual (Green y cols., 1974), o en desagradables circunstancias de nacimiento (Gil, 1971).

A este respecto, en varios estudios se ha observado que el infante que resulta de embarazo no deseado, ilegitimidad o de matrimonio forzado, está en mayor peligro de ser maltratado (Kadushin y Martin, 1985; Kottmeier, 1987). Aunado a ello, el sexo del mismo también puede constituir una desilusión para los padres y estimular en ellos una respuesta negativa (Fontana, 1984; Kadushin y Martin, 1985; Kempe y Kempe, 1979). Igualmente, el niño puede llegar a ser maltratado debido a que se parezca a la pareja hacia la cual se tengan sentimientos negativos; o que sea identificado con un amigo, esposo, hermano o sustituto paterno desilusionante (Alvy, 1975; Corona Sosa, 1983; Galdston, 1965; Green y cols., 1974; Kempe y Kempe, 1979; Narcovich, 1981).

Green y cols. (1974), postulan otros casos: infantes cuyos rasgos normales son mal percibidos por padres propensos al abuso. Apuntan casos en donde el padrastro ve al menor como un hijastro molesto o gravoso. En tales circunstancias, agregan que el hijastro es frecuentemente tratado como un hermano rival, quien amenaza la dependencia del padrastro en el compañero. El hijastro, también llega a ser un blanco conveniente para la hostilidad del padrastro dirigida originalmente hacia la esposa.

Asimismo, pueden correr el riesgo de ser maltratados los hijos sustitutos o adoptados (Fontana, 1984; Torres, 1984).

Por otra parte, Silver y cols. (1969) apoyan este punto, y creen que pueden haber factores en el desarrollo de la personalidad de algún infante que invitan a otras personas a herirlo o lastimarlo. Esto es, indican que existen ni-

ños que ejecutan justo la acción o dicen justo la palabra que precipita ser golpeados o maltratados, ya que han aprendido que el amor es igual a estar heridos, y por eso establecen un patrón al invitar al papel de dañar y jugar a la víctima.

En el estudio antes citado de Green y cols. (1974), las madres reportaron al pequeño maltratado como agresivo e inmanejable en casa y escuela, el cual usualmente requirió más atención que sus hermanos. La percepción de la madre señalaba que el menor maltratado era el más agresivo y demandante de sus hijos.

En relación a ello, Galdston (1965) muestra que muchos padres ven al niño como un adulto, con toda la capacidad del mismo para deliberar y actuar intencional y organizadamente. Por su parte, Kadushin y Martín (1985), afirman que en ocasiones no se trata más que de una disonancia disposicional entre el padre maltratante y el hijo maltratado. Este, a diferencia de sus hermanos, actúa de una manera inoportuna para los custodios, induciéndolos así al maltrato. menciona, que un niño ruidoso y una madre alérgica al ruido representan un ejemplo de disonancia.

Finalmente, cabe destacar que el papel del infante en los procesos de maltrato es objeto de serias controversias:

"los estudios al respecto han sido diseñados para valorar la función de éste a favor del maltrato. Sin embargo, si se ha afirmado que así como la conducta de los custodios contribuye a la ocurrencia de los episodios de maltrato, también lo hace la conducta del niño".(36)

#### 1.4.3 Factores Medioambientales.

Varias investigaciones entre ellas las de Gil (1971) y Pelton (1978), -

han tratado ampliamente los factores contextuales y sociales asociados con el maltrato.

Las formulaciones de las causas de maltrato por quienes representan disciplinas que se han enfocado en los factores externos como causas de la conducta desviada, hacen énfasis en el rol causal o contradictorio que desempeñan las circunstancias medioambientales, sociales, culturales y económicas. Estas formulaciones, apuntan en primer lugar al stress medioambiental que tiene efecto sobre los custodios en la etiología del maltrato infantil (Alvy, 1975; Belsky, 1980; Derdeyn, 1977; Fontana, 1984; Gil, 1971; Giovannoni, 1971; Pelton, 1978).

De acuerdo a Green y cols. (1974), el stress medioambiental incluye: -- eventos actuantes que amplían la discrepancia entre la capacidad limitada de los padres y la presión incrementada en la crianza del niño.

Cabe notar, que el stress puede consistir, según estos mismos autores, en la disminución de recursos para la crianza del menor; lo cual, puede ser debido a enfermedad o deserción del esposo o por la inhabilidad del custodio materno, tal como un vecino o algún miembro de la familia. Asimismo, se menciona como estresor medioambiental, a la pérdida real o amenazada de la interrelación clave que proporciona el padre con seguridad emocional y gratificación de dependencia (Fontana, 1984; Gil, 1971; Green y cols., 1974). Se indica además, la falta o adición de un miembro del grupo familiar como factor contributorio al maltrato (Kadushin y Martin, 1985). Existen también, las presiones adicionales a la crianza del infante, tales como el nacimiento de otro niño, infantes enfermos o el asumir el cuidado temporal del menor por enfermedad o muerte de amigos y parientes (Feigelson, 1985; Green y cols., 1974).

Aunado a lo anterior, muchos de los estudios han descrito las características demográficas de las familias maltratadoras. En relación a ello, a menudo se dice que el maltrato tiende a ocurrir con mayor frecuencia en las fami---

lias numerosas (Belsky, 1980; Fontana, 1984; Light, 1973; Marcovich, 1978). Otro factor notado por H. Kempe y cols. (1962) establece que "en las familias maltratadoras hay una alta incidencia de divorcios, separaciones o matrimonios inestables". (37)

Es así, como el maltrato se ha atribuido casi totalmente a los determinantes socioeconómicos; sin embargo, los malos tratos contra los niños se producen en todas las clases sociales y niveles económicos, en todas las razas, nacionalidades y religiones (Alvy, 1975; Crozier y Katz, 1979; Fontana, 1984; Gil, 1971; Kempe y Kempe, 1979; Light, 1973; Osorio y Nieto, 1983; Pelton 1978).

Por otra parte, Pelton (1978) afirma que la irresponsabilidad por descuido es otro de los elementos que puede llevar a consecuencias más lamentables cuando aparece en los padres de clase media. Sugiere que por ejemplo, en tales familias hay una derivación de irresponsabilidades, un lujo que la pobreza no puede tener. Una madre de clase media puede ser descuidada con su dinero y mal gastar algo, pero aún tiene para que sus hijos no se vean privados de sus necesidades básicas. En una madre empobrecida, ello puede originar que sus hijos tengan hambre durante los últimos días del mes.

Asimismo, el aislamiento social (Belsky, 1980; Gil, 1971; Light, 1973; Torres, 1984), la alta movilidad y el desempleo contribuyen también al maltrato infantil. Respecto a éste último, Garbarino (1977) advierte que las mayores tasas de desocupación están asociadas a incrementos de maltrato contra los niños (Belsky, 1980; Corona Sosa, 1983; Galdston, 1965; Gil, 1971; Gómez Pombo, 1979; Kongat, 1981; Light, 1973; Montiel Mejía y cols., 1980; Nathan, 1965; Pelton, 1978).

Igualmente, se menciona como otro factor contributorio entre la gente pobre, aparte del stress medioambiental, el déficit en la interrelación con los sistemas o apoyos comunitarios a que tienen acceso las familias para buscar asistencia emocional y material. Entre tales sistemas se encuentran los servi -

cios de salud, protección, educación, etc. (Belsky, 1980; Bennie y Sclare, 1969; Garbarino, 1977; Giovannoni, 1971; Light, 1973).

A ello, pueden agregarse las contrariedades obvias como la de no tener dinero suficiente para vivir en buenos alojamientos, lo que afecta a todo el ambiente familiar produciendo enojo y descontento. Esto, la falta de recursos monetarios (Belsky, 1980; Feigelson, 1985; Fontana, 1984; Gil, 1971; Kadushin y Martin, 1985), y las condiciones de hacinamiento (Belsky, 1980; Corona Sosa, 1983; Feigelson, 1985; Fontana, 1984; Gil, 1971; Kadushin y Martin, 1985; Pelton, 1978), son factores que pueden desencadenar el maltrato.

Aunado a lo anterior, Pelton (1978) señala las condiciones de recreación insuficiente que contribuyen a agregar stress en las familias.

Otro elemento antes citado, que influenciaba los casos de maltrato, y sobre el cual otros factores inciden, son de acuerdo a Alvy (1975), Belsky (1980), Cruz Osorio (1983), Garbarino (1977), Gil (1971), Kempe y Kempe (1979), Pelton (1978) y Torres (1984), las actitudes permisivas determinadas culturalmente hacia el uso de la fuerza física en las interacciones custodia - niño. Al respecto, existen diferencias cuantitativas y cualitativas en varios grupos de clases culturales y sociales en la aprobación y práctica de ésta medida:

" Los diferentes grupos étnicos, a causa de diferencias en su historia, experiencia y tradiciones culturales específicas, mantienen diferentes puntos de vista y han desarrollado diversas prácticas concernientes al uso de la fuerza física con el niño". (38)

Más claramente implicado en los procesos de abuso, está en la actualidad la aceptación general y no sancionada del castigo físico, tanto como medio para controlar la conducta del infante en casa, escuela, instituciones de asistencia social, iglesia, etc. (Belsky, 1980; Gelles, 1978), como para educar y socializarlo (Gil, 1971). Particularmente importante, es la creencia de que el menor es propiedad, que puede ser manejado a la elección paterna (Garbarino, 1977;

Gil, 1971).

Bennie y Sclare (1969) entre otros, han descrito un análisis del niño maltratado en relación a la teoría del aprendizaje social, en donde sugieren - que los padres que maltratan físicamente a sus hijos, lo hacen en un fútil esfuerzo por lograr el control sobre su conducta. De acuerdo a éste punto de vista, los esfuerzos para tratar episodios de maltrato se han enfocado en la interacción social entre los padres y el niño, porque ambos están relacionados como participantes activos en el proceso de maltrato. Añade que los factores que contribuyen a este proceso, incluyen custodios inafectivos, con limitados re--pertorios en el manejo de las situaciones disciplinarias.

Tales autores anexan que por ejemplo, si el castigo físico es la principal táctica disciplinaria, éste puede ser aplicado inconscientemente en la -ausencia de más medios positivos para incrementar la conducta pro - social. El resultado final es que la disciplina fracase, y los sentimientos de los padres frustrados aumenten en su intento por controlar al niño. Por ello, agregan que la hostilidad y el resentimiento que se van acumulando conllevan a los casti--gos más severos; junto con esto, se llega a incrementar el peligro de originar serios daños.

En relación a ello, Corona Sosa (1983), indica que entre las causas de maltratamiento juegan un papel de vital importancia los medios de comunicación masivos, la televisión y los canales publicitarios que ofrecen a la sociedad, imágenes de violencia y de poder que se incorporan en diferentes formas de regpuesta y actitudes negativas.

Tomando en consideración los elementos antes expuestos, puede argumentarse que los formuladores psicodinámicos interpretan los hallazgos respecto a estos tipos de influencias medioambientales e indican que: "los factores socio

económicos, algunas veces toman lugar agregando stress sobre la debilidad básica en la estructura de la personalidad, pero que esos factores no son en sí mismos, suficientes o causas necesarias de abuso".(39)

En contraste a ello, se ha afirmado que "las observaciones en favor a la proposición que apoya la existencia de una historia de maltrato en la infancia de los padres maltratadores, han sido hechas sólo por clínicos no comprometidos en la recolección de datos sistemáticos, y así ignoran enteramente que podría ser relegada la legitimación de la información recogida a través de los sentidos y fuera de los confines de métodos científicos y objetivos".(40)

Por lo tanto, los argumentos respecto a la relativa primacía de factores socioculturales o psicodinámicos son de utilidad limitada. Es decir, muchos perpetradores poseen estructuras de carácter psicopatológicas indicadas por formuladores psicodinámicos, mientras otros no. Otros, en cambio, parecen innegablemente ser el resultado de abrumadores estresores medioambientales, mientras otros son parcialmente influenciados por ese estresor externo o por características propias del niño.

Referente a ello, Marcovich (1978) señala: los factores sociales y económicos no bastan para producir por sí mismos un padre golpeador, pero tienen mucha de la responsabilidad. Además, en 1981 concluye: no existe una causa efectiva de esta agresividad, sino que son causas multifactoriales.

Asimismo, Gil (1971) ha indicado: el maltrato de los niños no es un fenómeno uniforme, con una misma clase de factores causales, sino que es un fenómeno multidimensional. Este, es un fenómeno de síntomas uniformes pero de causas diversas.

Al respecto, Corona Sosa (1983), argumenta que el problema no puede enfocarse sólo desde el punto de vista del agresor, hay que estudiar los factores sociales y ambientales involucrados en dicho fenómeno.

En conclusión, debido a que las causas que originan el episodio de maltrato son multifactoriales, y que no hay una pauta o patrón definido de causa - efecto, el Síndrome del Niño Maltratado puede ser construido como el resultado final de una interacción entre tres factores: 1. los atributos de la personalidad de los padres que contribuyen a la inclinación del abuso y son incompatibles con la adecuada crianza del niño; 2. las características de éste último, que incrementan la probabilidad de estar siendo maltratado y 3. el stress medio ambiental inmediato que maximiza la carga de crianza del menor.

Por lo tanto, está siendo incrementadamente reconocido que el maltrato es producto de una multiplicidad de factores y no sólo de un tipo de influencias actuantes (Belsky, 1980; Cruz Osorio, 1983; Frodi y Lamb, 1980; Galdston, -- 1965; Garbarino, 1977; Gil, 1971; Green y cols., 1974; Light, 1973; Marcovich, 1978).

### 1.5 Diagnóstico.

Es evidente que la gran mayoría de los pequeños maltratados son diagnosticados a posteriori; es decir, una vez que el maltrato se ha producido, o lo que resulta peor, éste ha sido reiterativo.

De acuerdo a los pediatras Ayala Castillo y Cruz Osorio (1983), la evaluación diagnóstica del niño maltratado se inicia con la sospecha de maltrato; se debe pues investigar cuales son los hechos contribuyentes o precipitantes de la agresión, el perfil socioeconómico y cultural del agresor, el perfil del niño agredido, las lesiones físicas y los aspectos jurídico legales que permitan la protección y rehabilitación del menor agredido.

Considerando lo anterior, y con la finalidad de dar a conocer los diferentes aspectos implicados en la evaluación diagnóstica, se expone a continua-

ción la información referente a:

- 1.5.1 El Médico frente al Síndrome de Maltrato,
- 1.5.2 Particularidades del Niño Maltratado,
- 1.5.3 Particularidades del Sujeto Agresor ,
- 1.5.4 Métodos de Evaluación del Síndrome del Niño Maltratado y,
- 1.5.5 Diagnóstico Diferencial.

#### 1.5.1 El Médico frente al Síndrome de Maltrato.

En el desarrollo cotidiano de su profesión, el médico, sobre todo el general y el pediatra, pueden encontrar casos de menores en que se observan lesiones que razonablemente hagan pensar en el empleo de malos tratos. Tales situaciones, pueden presentar problemas para el profesionista en cuanto a la probabilidad de informar a la autoridad investigadora de tales hechos, respecto de la obligación ética de conservar el secreto profesional; y en el aspecto moral, social y jurídico, referente a la conducta que debe asumir al encontrarse ante un caso de probables maltratos a un niño. Estos problemas pueden surgir también, por el temor del médico a verse envuelto en dificultades, a involucrarse en procesos judiciales u otras situaciones consideradas molestas.

De acuerdo a Osorio y Nieto (1983), muchos de ellos son renuentes en aceptar que un adulto, principalmente el padre o la madre, pueda maltratar a un infante; otros, se abstienen de informar a las autoridades, en consideración a los efectos que pudiesen tener las denuncias en su clientela; algunos, piensan que es de mayor utilidad tratar a los agresores que denunciarlos .

Por su parte, Newberger y Bourne (1978), sugieren el hecho de que existen muchos médicos que están convencidos que castigar es un derecho de los cuidadores o padres, y no tienen una clara visión de los límites entre el castigo aceptable y los malos tratos, por lo que puede resultarles difícil establecer

el límite entre ambas situaciones.

Por otro lado, uno de los problemas más serios que frecuentemente confronta el profesional al tratar a éste tipo de familias, es lograr trabajar sin reaccionar excesivamente ante el horror de lo que hacen estas personas; por lo que debe luchar por no proyectar en estas familias sentimientos de rechazo; o bien, actitudes de rescate al niño, y poder en cambio asumir una actitud de mayor respeto y aceptación, ya no se diga de aprobación, simplemente de aceptación, de que en la existencia de estos individuos la violencia es la solución a sus sentimientos de impotencia y de ignorancia que se deben casi siempre al maltrato que recibieron en su infancia y a su falta de identificación con los roles maternos o paternos .

Por lo anteriormente citado, se hace indispensable que el médico cuente con una preparación adecuada para diagnosticar este tipo de problemas; debe estar preparado para asumir con un espíritu crítico y objetivo los supuestos accidentes y las causas aludidas por quienes dan cuenta de ellos, los custodios generalmente; además, de tener en cuenta las características de la correlación clínica - radiográfica.

Asimismo, es necesario que desarrolle hábilmente mediante el ejercicio disciplinario y responsable, su capacidad de observar y registrar fenómenos diversos, muchos de los cuales son de naturaleza extraverbal; siendo esta habilidad fundamental para establecer sospecha de que el menor ha sido maltratado.

En cuanto a ello, el personal médico y paramédico de los Servicios de Urgencias de acuerdo a Foncerrada Moreno (1982), tienen la obligación de estar atentos ante la conducta y actitudes tanto del menor como de sus familiares; lo que hacen y lo que no hacen, registrar reacciones del niño en presencia y ausencia de sus familiares, comportamiento familiar ante el médico, conocer el pronóstico de las lesiones y planes de tratamiento para juzgar si esos datos se —

acercan o no a los esperados cuando un hijo sufre un accidente.

El mismo Foncerrada Moreno (1982), señala además que solo después de haber establecido ese juicio, el profesional puede revisar con más espíritu crítico la severidad, extensión de lesiones, contradicciones u ocultamientos en la o las versiones del informante o las dadas por varios familiares, antecedentes traumáticos o huellas de los mismos, informes en otras instituciones, etc.; en suma, avocarse a la realización de la investigación sistemática, con la finalidad de reunir elementos necesarios para justificar que la institución asuma la tutela del paciente o impida el retorno a su hogar .

Añade a lo anterior, la necesidad de difundir el concepto de que las acciones o investigaciones médicas ante la mínima sospecha de maltrato, tienen como objetivo proteger al pequeño y no castigar al agresor a quien se intentará dar atención como a toda la familia antes de que sea demasiado tarde y de que el daño para todos sea irreparable.

En suma, la revisión de la historia clínica del menor posee características que deben tenerse presentes porque pueden sin duda, orientar con bastante precisión a fin de descubrir el maltrato. Por ello, todo profesional implicado con tal problemática debe tener en cuenta la necesidad de valorar correctamente dos elementos: el niño lesionado y el padre o custodio agresor.

#### 1.5.2 Particularidades del Niño Maltratado.

Datos que contribuyen a identificar el maltrato en el niño, son características observables en él mismo.

Al llevar a cabo la evaluación, puede manifestarse en el menor la presencia de un aspecto triste, temeroso, asustadizo (Ajuriaguerra, 1983; Gutiérrez, 1979; Osorio y Nieto, 1983; Peón Vidales, 1979); o bien, es posible encontrar llanto y un tono muy desesperanzado cuando se le examina (Gutiérrez, 1979). Esto es,

la proximidad de un adulto causa terror en el niño, lo cual se observa en especial cuando son hospitalizados y el personal médico y paramédico se acerca a ellos. En tales casos, se muestran sumamente desconfiados, probablemente con la creencia, según Marcovich (1978) de que también podrían ser agredidos, pues es frecuente que en su hogar sean maltratados en tales circunstancias. Cabe resaltar que en todo caso, el infante está sufriendo por las lesiones ocasionadas, aunado al stress de una hospitalización.

Otros pequeños, se muestran irritables, rechazan a los extraños y se mantienen en guardia constante (Ajuriaguerra, 1983; Marcovich, 1978-81). De acuerdo a Ajuriaguerra (1983), el que el menor adopte una conducta violenta, parece constituir la expresión del deseo de ser reconocido por un adulto. Contrariamente a esta actitud, en otras ocasiones se ven indiferentes, apáticos, faltos de interés y no responden a las preguntas (Ajuriaguerra, 1983; Marcovich, 1981; Csorio y Nieto, 1983; Peón Vidales, 1979). El antes citado Ajuriaguerra, indica además que en tales casos, durante el exámen, el niño puede parecer retraído, cansado y de mayor edad de la que tiene; es factible observar un aspecto desilusionado o su cara es posible que sea inexpresiva y exenta de emoción; pudiendo presentar por ello, una degeneración activa de la existencia o presencia del otro. Además, añade, manejan muy mal su cuerpo, sin que esto necesariamente esté en relación al trastorno neurológico. También, a estos infantes el médico les es indiferente y esperan poco del personal. Cuando se les hospitaliza, lo hacen sin mostrar temor alguno y con una apatía que impresiona (Peón Vidales, 1979).

Ajuriaguerra (1983) y Peón Vidales (1979), notan que en algunos casos solo tales datos observados pueden obtenerse, ya que por la corta edad de los menores en múltiples ocasiones el interrogatorio no puede realizarse. Peón Vidales (1979), añade que cuando se interroga a niños mayores, puede apreciárseles

temerosos de los padres; buscar atención indiscriminada de otros adultos, dar versiones confusas o contradictorias de cómo ocurrieron las lesiones que presentan, negar la existencia de conflictos familiares y de maltrato actual o anterior.

Resumiendo, un pequeño en edades en las cuales la comunicación verbal no existe o se inicia, cuando ha sido objeto de agresiones físicas, no es capaz de dar a conocer cómo sucedieron sus lesiones; cuando es más grande y puede hacerlo, está demasiado asustado o intimidado para poder relatar los hechos.

Al observar tales casos, es evidente que teme a sus padres, y salta a la vista que su actitud es distinta a la de un niño fracturado que se ha desarrollado en un medio normal, en quienes se aprecia cómo buscan la protección de sus padres que, además, son los que habitualmente le acompañan; estos pequeños, muestran en todo momento su preferencia hacia ellos y el deseo de estar a su lado.

Es por ello, que Galdston (1965) afirma que los niños maltratados toleran muy fácilmente la separación de la familia. Al respecto, existe otro hecho observado en algunos menores después de tres o cuatro días, cuando se adaptan al hospital; este hecho se refiere a que cuando alguien les tiende una mano amiga, estos pequeños no quieren jamás regresar a su hogar. Es a lo que Marcovich (1981) ha denominado la hospitalitis del Síndrome del Niño Maltratado; no obstante el abandono de sus familiares, los cuales no se preocupan por conocer su estado de salud.

### 1.5.3 Particularidades del Sujeto Agresor.

En cuanto al padre o custodio agresor, Green y cols. (1974) mencionan la necesidad de realizar una entrevista para obtener la siguiente información: historia obstétrica del nacimiento, antecedentes familiares y experiencia tem-

prana, interacción con padres y hermanos, noviazgo e historia marital, y valoración de la conducta materna del niño, incluyendo síntomas, formación escolar y conductual, interrelación con pares y familia; actitud hacia el menor maltratado y hermanos, actitud materna hacia la crianza y castigo; presencia de psicopatología sobresaliente: psicosis, adicción, alcoholismo, etc.; interrelación con el sexo opuesto (esposo, amigos íntimos, etc.). Señalan además, que mucha información adicional puede ser obtenida a través de entrevistas subsecuentes.

Entre los hallazgos que diversos investigadores han obtenido en cuanto a los custodios, frecuentemente se indican características como las que a continuación se incluyen:

Las versiones que ofrecen respecto a la producción de las lesiones son confusas, en relación a la severidad, extensión y naturaleza de las mismas y -- los datos en muchas ocasiones son francamente discordantes. Generalmente, al interrogar a los padres o a la persona que acude con el niño al hospital, la información que se proporciona es poco congruente respecto al mecanismo de producción, a las circunstancias y al tiempo en que ocurrió la lesión, motivo de la consulta. Esto es, se ignora la hora, el sitio donde sufrió la lesión (Fernández, 1981; Marcovich, 1978-81; Peón Vidales, 1978) y se ofrece como motivo -- del traumatismo caídas que no explican la gravedad del daño sufrido por el niño (Kempe y Kempe, 1979).

Aunado a ello, Marcovich (1978) menciona que en la gran mayoría de casos de maltrato, puede sospecharse que los custodios relatan historias increíbles para explicar las lesiones del niño cuando acuden a consulta; por ejemplo: "es prácticamente imposible que un lactante se fracture los brazos por el simple hecho de dormirse sobre ellos, o que se fracture el cráneo por golpearse con los barrotes de la cuna cuando hacía berrinche. Estas y otras expresiones, son las que usan los padres golpeadores, llegando al extremo de decir que se le ca-

yó encima el tocadiscos con todo y bocinas". (41)

Asimismo, Palomares (1983) observa que los custodios llegan a exponer, como causas de muerte o de lesiones graves, el simple hecho de jugar. En otros casos, pueden manifestar que ignoran la forma en que se hayan producido las lesiones (Fontana, 1984), desorientan, inventan u ocultan información (Gutiérrez, 1979; Marcovich, 1981), o prefieren no proporcionar ningún dato en cuanto a los daños o solo lo hacen cuando son presas del pánico ante la gravedad de las heridas y la posible acción policíaca si el niño llegara a morir (Fontana, 1984).

Aunado a lo anterior, no es difícil advertir, cuando se entrevista por separado a los custodios o padres, cómo caen en contradicciones uno y otro sobre la forma en que se produjo la lesión (Gutiérrez, 1979; Fernández, 1981; Kottmeier, 1987; Marcovich, 1981; Peñ Vidales, 1978).

Por ello, existe generalmente una gran discrepancia entre los hallazgos clínicos; es decir, las características de la lesión encontrada y el relato o relatos de los padres (Ajuriaguerra, 1983; Kottmeier, 1987; Marcovich, 1981).

Es interesante mencionar las observaciones de Marcovich (1981), las cuales indican que en el momento del interrogatorio a los progenitores, en varias ocasiones se encuentra al padre muy bien vestido y a la madre desaliñada.

Gutiérrez (1979), afirma que también llegan a mostrarse hostiles, pueden negar ser los autores de las lesiones pero admitir en un momento dado haber sido víctimas de explosiones de furia y tener control deficiente sobre sus impulsos. En otros casos, se atribuyen la culpa mutuamente.

Otros hechos conciernen a que en varias ocasiones proporcionan un domicilio falso (Marcovich, 1981). Además, cuando el especialista sospecha que las causas de las lesiones fueron propiciadas por ellos, estos tienden ya sea a objetar que el menor sea hospitalizado (Gutiérrez, 1979), prefiriendo trasladarlo a cualquier otro hospital (Marcovich, 1981) o a ir de un hospital a otro; de -

modo que los médicos de cualquiera de estos establecimientos, no entren en sospechas acerca de los accidentes que sufre el niño (Fontana, 1984).

Un aspecto significativo, es el notorio retardo con el que llevan al menor a consulta después del accidente, existiendo estudios que comprueban que -- "el 40% de los padres agresores presentan a consulta a su hijo hasta las 24 a 48 horas después de la agresión, y el otro 60% lo hacen entre los 3 y 6 días siguientes. Obviamente las condiciones en las cuales el niño llega a los hospitales en la gran mayoría de los casos, es en un estado lamentable, o moribundos y en el menor de los casos, muertos", (42)

Cabe mencionar, que es importante la actitud característica de los custodios maltratadores; Peón Vidales (1979) advierte que tal actitud, es diferente cuando acuden con un infante sano traumatizado que cuando se trata de un menor con este síndrome. En el primer caso, están angustiados, frecuentemente lloran y demandan que se les atienda lo más pronto posible; además, no permiten que su hijo, haga movimientos bruscos, etc.; es decir, lo protegen con cariño. En cambio, los custodios golpeadores adoptan generalmente una actitud de indiferencia y depasividad que llama la atención y no hacen referencia durante el interrogatorio, al hecho de que por situaciones parecidas han llevado al niño a otro hospital.

Asimismo, ha llamado la atención el poco interés que muestran por la salud de su menor, no siendo raro que durante la hospitalización, desaparezcan o no se interesen por el pronóstico de las lesiones (Cutiérrez, 1979; Kottmeier, -- 1987); o bien, que el niño como ya se dijo sea abandonado en la Institución donde es atendido (Galdston, 1965; Marcovich, 1981), dando por resultado que muchas Instituciones se conviertan en centros depositarios de estos infantes maltratados.

Por consiguiente y por todo lo anteriormente expuesto, es fundamental tener en mente dentro de la evaluación diagnóstica, a fin de corroborar la his-

toria clínica, el detectar relatos inverosímiles o contradictorios en relación al estado del niño, a través del interrogatorio o anamnesis; identificar por medio de exámen físico lesiones de diferentes tipos, gravedad y tiempo de evolución; además de esto, es importante investigar el por qué no se buscó atención con rapidez y valorizar el estado de interés de los familiares por la salud del mismo.

En conclusión, las que suscriben el presente trabajo están de acuerdo con Gutiérrez (1979), quien señala que la correcta identificación en la evaluación diagnóstica del Síndrome del Niño Maltratado lleva implícitos los siguientes pasos:

- La aceptación por parte del profesional de salud de que el problema existe y de que suele presentarse en familias aparentemente común y corrientes.
- El conocimiento y búsqueda de los datos clínicos y radiológicos que caracterizan a este síndrome.
- El conocimiento y búsqueda de las características psicodinámicas de estas familias.
- La consulta con especialistas para definir y realizar planes terapéuticos, preventivos y rehabilitatorios, del menor y de la familia o de hogares sustitutos.
- El tratamiento de las lesiones.
- Considerar la denuncia de los hechos ante las autoridades legales correspondientes, cuando no se encuentra cooperación entre los familiares o se juzga de extrema peligrosidad.

#### 1.5.4 Métodos de Evaluación del Síndrome del Niño Maltratado.

Con el fin de determinar o confirmar la existencia y magnitud de las lesiones físicas producidas por el maltrato, además del interrogatorio y la exploración física, se pueden emplear otros procedimientos que aportan información útil y veraz para la integración del diagnóstico. Entre los procedimientos que se aplican a los niños con sospecha de maltrato, se encuentran por un lado,

los empleados por la medicina general y por otro, los instrumentos de evaluación psicológica.

#### 1.5.4.1 Instrumentos Médicos.

Las pruebas de laboratorio y de gabinete son muy numerosas en la actualidad y existen muchas técnicas incluso para estudiar a un mismo parámetro; sin embargo, los estudios que se incluyen a continuación son los que se realizan con más frecuencia en casos de menores con sospecha de maltrato. Es necesario - apuntar además, que permiten la exploración indirecta del paciente, por lo que - deben practicarse después de haber realizado el interrogatorio y la exploración física antes citados.

Por su parte, Ayala Castillo y Cruz Osorio (1983) afirman que el llevar a cabo tales estudios, depende de las alteraciones que se encuentren y con el fin de realizar el diagnóstico, recomiendan aplicar una biometría hemática completa, pruebas de coagulación, de calcio sérico, exámen general de orina y radiografías de cráneo y huesos largos. Este último estudio radiológico, de acuerdo a Marcovich (1978) constituye el factor fundamental para establecer el diagnóstico. Por ello, debe efectuarse ante la posibilidad de una lesión traumática del sistema músculo - esquelético.

Al respecto, Peón Vidales (1978) indica que las radiografías deben incluir huesos largos, columna vertebral y cráneo, en las cuales frecuentemente se encontrarán lesiones traumáticas en diferentes estados evolutivos. Estas radiografías, se recomiendan debido a que prácticamente todo el sistema músculo-esquelético puede estar involucrado en casos de traumatismo. Además, en ocasiones el empleo de contraste intra-articular (artografías) se hace necesario para mostrar la magnitud de la lesión.

Cabe indicar que en general, el estudio radiológico de la zona lesionada debe incluir toda su longitud abarcando las articulaciones vecinas. La imá-

gen dependerá del tiempo que tenga el niño recibiendo traumatismos. Existen fundamentalmente dos tipos de lesiones :

" las primeras, son aquellas producidas por golpes y estiramientos muy severos pero frecuentes, ante los cuales el menor, coloca los miembros en actitud de protección; la traducción radiológica consiste en levantamientos periósticos con calcificaciones y pequeñas fracturas o fracturas metaepifisiarias que algunos autores consideran como patognómicas. Las segundas ocurren cuando los traumatismos son muy severos, entonces, además de lo anterior, se producen fracturas de diferentes grados. La imagen radiográfica, además de señalar la lesión, visualiza si se trata de una refractura (engrosamiento de los corticales) o si hay otras deformidades por fracturas antiguas, si existen deslizamientos epifisarios, etc.; estos últimos, son difíciles de diagnosticar porque en niños tan pequeños las epifisis son aún radiotransparentes".(43)

A tales estudios, se añaden los registros de la actividad eléctrica continua de origen cerebral o Electroencefalograma (EEG), ya que es el parámetro frecuentemente usado para el estudio y la exploración funcional del Sistema Nervioso Central; pues refleja aunque con ciertas reservas, las variaciones funcionales del mismo, ya sea debidas a causas fisiológicas, patológicas o inducidas por la acción de fármacos.

Además, la detección e identificación de la población infantil maltratada con riesgo de sufrir disfunción cerebral puede realizarse con tales métodos electro-fisiológicos de evaluación de la actividad cerebral.

Por ello, como sugiere Olmos (1981), existe la necesidad de practicar estudios electroencefalográficos a fin de confirmar el diagnóstico de daño orgánico y hacer el pronóstico de las condiciones a corto y largo plazo.

#### 1.5.4.2 Instrumentos Psicológicos.

En el estudio del Síndrome del Niño Maltratado, destaca por sus características propias, la valoración psicológica. Dicha valoración, adquiere una importancia fundamental en el establecimiento del diagnóstico diferencial, sobre

todo cuando se carece de información directa y veraz; facilitando la implementación de técnicas y acciones terapéuticas adecuadas en cada caso particular.

Es así, como las pruebas psicológicas pueden reunir datos en forma propositiva a pesar de las manifiestas actitudes y conductas de encubrimiento y oposición a las verdaderas situaciones que en un momento determinado, llevaron a un sujeto a maltratar al menor. Asimismo, contribuyen para conocer la situación interna que existe en el niño como consecuencia de la agresión.

De este modo, los instrumentos de valoración psicológica pueden clasificarse de acuerdo a las diferentes áreas que se pretenden investigar; y bien es cierto que algunos de ellos evalúan más de una o varias a la vez y en diversos aspectos.

Cabe agregar que son de administración objetiva, cuantitativa y cualitativa, impidiendo de tal manera la subjetividad del examinador (Marcovich, -- 1981).

Habitualmente, para estudiar el Síndrome del Niño Maltratado, de acuerdo a Konstat (1981), se utiliza una batería de pruebas que abarca aspectos de inteligencia, afectividad, personalidad, psicopedagógicas y de adaptabilidad social.

Debido a que la información propuesta por la citada Konstat, contiene los aspectos más sobresalientes en cuanto a valoración psicológica se refiere, este punto se expone con base en la información principal indicada por la autora.

Dentro de los instrumentos en general, señala que las pruebas que valoran la Inteligencia, sirven para obtener el nivel de funcionamiento intelectual, así como el desarrollo de las funciones psicológicas de alto nivel integrativo.

Asimismo, encuentra la existencia de pruebas que dadas sus características, evidencian con mucha claridad si existe alguna forma de patología orgánica, ya sea daño estructural o funcional, ya que proporcionan datos sobre el funciona

miento de la actividad de funciones cerebrales como la atención, concentración, memoria, sensopercepción, motricidad, coordinación, comprensión, juicio, orientación, análisis, síntesis, abstracción, simbolización y habilidad psicolingüística.

Además, cabe citar la existencia de un gran número de material psicológico que permite indagar profundamente aspectos emocionales, de personalidad y de adaptación social, que en el caso del Síndrome del Niño Maltratado, adquieren una vital importancia. Al respecto, Konstat menciona que en el adulto agresor, se pueden evidenciar trastornos afectivos con las pruebas proyectivas que miden frustraciones y agresividad, además de permitir obtener ciertos perfiles de personalidad que clarifican su patología. También, agrega que existen pruebas que detectan en estos individuos la inadaptabilidad social.

En este punto, puede afirmarse que los instrumentos de evaluación psicológica se seleccionan con base en las entrevistas iniciales, que dan las pautas a seguir. Para la evaluación de niños, la citada investigadora indica que el material es diferente al de los adultos, y que en ambos casos, pueden utilizarse en forma individual o colectiva, según se requiera; enfatizando que la batería de pruebas debe ser lo más completa posible y abarcar en forma integral a la persona que se evalúa. Añade, que es necesario tomar en consideración que la mayoría de los menores agredidos se encuentran en edades muy pequeñas, lo que hace difícil la aplicación y evaluación de dichas pruebas.

Por lo tanto, los instrumentos psicológicos más comúnmente empleados de acuerdo a Konstat (1981), se dividen en dos áreas:

1. La Psicométrica en la cual a través de pruebas de Inteligencia se mide el nivel en que ésta se encuentra y el rendimiento en las funciones psiconeurológicas superiores, que generalmente se observan alteradas en el caso de sujetos que presenten síntomas indicativos de agredidos o agresores. Entre las más utilizadas incluye :

- Escala de Inteligencia Wechsler para niños: WISC - R.
- Escala de Inteligencia Wechsler primaria y preescolar: WIPPSI,
- Escala de Inteligencia de Matrices Progresivas de Raven para Adultos y Niños,
- Test de Diagnóstico de Arnold Gessell,
- Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Método de Evaluación de la Percepción Visual de Frostig,
- Test Illinois de Habilidades Psicolinguísticas de Kirk.

2. Las pruebas psicológicas que investigan el estado emocional y de adaptabilidad social de los sujetos. llamadas proyectivas o de personalidad. Indica que a través de estas pruebas, los sujetos proyectan sus sentimientos y emociones relacionados con el medio ambiente que los rodea, dando así la imagen interna que tienen de sus propias vivencias. Entre las más conocidas menciona:
- Test de Apercepción Temática Infantil de Bellack (CAT),
  - Test de Apercepción Temática de Murray (TAT),
  - Test de Symonds,
  - Test de Frustración de Rosenzweig,
  - Test de Percepción de la Interacción Familiar (FIAT),
  - Test del Arbol de Karl Koch,
  - Test de Frases Incompletas de Forer,
  - Test de Frases Incompletas de Sacks,
  - Test de Psicodiagnóstico de Rorschach,
  - Test Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI).

Por lo tanto, dentro de la evaluación diagnóstica, el psicólogo debe recabar de los sujetos implicados en el maltrato, la información que cubra diversos aspectos como: su conducta, problemas, capacidad en la enseñanza, nivel intelectual, etc. Todo lo cual, puede ser utilizado para elaborar la Historia Clínica, como ya se mencionó anteriormente, recabando a través de la (s) entrevista (s), observación directa y test psicológicos.

Por otra parte, cabe mencionar el proceso por medio del cual tal profesionalista llega a establecer su diagnóstico:

1. Planeación de los procedimientos para la recopilación de información,

2. Recopilación de los Datos de la Evaluación.
3. Procesamiento de la información y establecimiento de la Hipótesis y,
4. Comunicación de datos de la Evaluación.

Dentro de los primeros puntos, es imprescindible que él decida qué tipo de información es más valiosa que otra, cómo se puede detectar, eliminar - aquella que sea intrascendente y a través de qué medios podrá obtenerla.

Respecto al tercer punto, el profesionista deberá tratar de integrar los datos disponibles, mediante una actitud objetiva y libre de prejuicios a fin de determinar, descifrar e interpretar el significado de los mismos. Finalmente, debe tener presente cuál será el impacto de su evaluación sobre las vidas de las personas implicadas y tener en mente la posibilidad de que se efectúe un mal uso o abuso de los resultados encontrados.

Por todo lo anterior, se vislumbra la importancia y trascendencia del rol del psicólogo, pues el beneficio que se obtiene a través de los instrumentos psicológicos en la evaluación del Síndrome del Niño Maltratado es definitiva, y es además, innegable la ayuda que proporciona para su diagnóstico, con lo cual el profesionista tiene las posibilidades de determinar el nivel de daño sufrido en el infante, tanto física como emocionalmente.

De esta manera, el psicólogo puede establecer un pronóstico, además de que planea, elabore e implemente programas de intervención adecuados y oportunos en cada caso en particular.

En suma, se puede concluir que los métodos de evaluación tanto psicológicos como médicos, deben ser utilizados, fomentando ante todo una comparación e integración interdisciplinaria de la información, sin minimizar los datos que cualquiera de estas áreas reporte, como criterio fundamental para el establecimiento de un diagnóstico completo y confiable que diferencie el Síndrome del Niño Maltratado de otros padecimientos.

### 1.5.5 Diagnóstico Diferencial.

El diagnóstico diferencial del maltrato infantil, de acuerdo a Marco vich (1978) es el punto básico en el que se inicia la labor del equipo multidisciplinario de salud, es la conclusión final del análisis del problema de un paciente, colocándolo dentro del tipo que le corresponde e indicando el grado, aunque sea aproximado, de la severidad del problema.

Por ser el maltrato de índole diversa, frecuentemente, el médico general requiere de la colaboración de otros profesionales de la salud más especializados (neurólogo, radiólogo, psicólogo, etc.) para poder permitir el diagnóstico diferencial.

Por tal motivo, los hechos significativos que van a ser analizados e interpretados deben provenir de tres fuentes principalmente:

- Los datos aportados por especialistas que deben ser consultados,
- Las informaciones obtenidas a través de familiares del paciente y,
- Las observaciones obtenidas durante el exámen clínico del niño.

Asimismo, es importante conocer las características clínicas y radiológicas de esta entidad, porque podría cometerse el error de confundirlo con otros padecimientos. Por ello, el diagnóstico diferencial es vital ya que puede eliminar confusiones, pues síntomas y signos en presencia de un antecedente traumático pueden ser rápidamente atribuidos a éste y en ausencia del mismo, pueden dar lugar a toda clase de confusiones.

Es por esto, que el especialista deberá coordinar todos los datos e informaciones que constituyen la investigación biológica, psicológica y social del menor, reconstruyendo los factores que han actuado en la producción de anomalías observadas; ya que para obtener el diagnóstico, tal especialista deberá basarse no sólo en la descripción y clasificación de las características observadas ó en los datos aportados por distintas fuentes, sino también en el análisis e interpretación de estos datos, para comprender y determinar que efectiva

mente se trate de maltrato infantil.

Es por ello, que a continuación se menciona una serie de padecimientos que podrían guardar cierta similitud con el diagnóstico del síndrome del niño -- maltratado, y con las cuales es posible llevar a cabo un diagnóstico diferencial "siempre y cuando la explicación de los padres no justifique los datos clínicos-- encontrados o, a pesar de esto, cuando dichas lesiones sean de carácter repetitivo o bien los familiares proporcionen información contradictoria".<sup>(44)</sup>

De acuerdo a Dávila Montesinos (1978), las lesiones traumáticas son -- las más frecuentemente encontradas en los casos de maltrato y en ocasiones, una radiografía es la única pista para diagnosticarlas. Por ello, indica que el especialista debe estar alerta a fin de identificar el sitio de la fractura, el tipo y número de las mismas, buscar fracturas antiguas y, ante la duda del diagnóstico, solicitar radiografía de todo el esqueleto.

Por otro lado, señala además que en ocasiones llegan a estar implicados en este síndrome, algunos trastornos o fracturas patológicas como la osteogénesis imperfecta, escorbuto, raquitismo, hipofosfatasa, sífilis, displasias óseas y algunas neoplasias (tumores), las cuales pueden representar cierta dificultad diagnóstica pero un radiólogo pediatra siempre ayudará a confirmar o descartar-- dicho diagnóstico.

Rasgos de gran importancia que pueden llegar a dificultar el diagnóstico diferencial en relación a tales fracturas, son por ejemplo, "en la osteogénesis imperfecta, sus múltiples hematomas y deformidades; en el escorbuto, sus -- grandes hematomas calcificados y frecuentes deslizamientos epifisiarios; en la sífilis ósea, sus lesiones epifisiarias y de doble contorno perióstico y en fin, con un tumor óseo debido a los callos exuberantes de las fracturas sin tratamiento, signos que bien pueden presentarse como consecuencia del maltrato al menor".<sup>(45)</sup>

Asimismo, frecuentemente estas fracturas se acompañan de sintomatolo --

gía agregada según el sitio de las mismas lo que dificulta aún más el diagnóstico diferencial; por ejemplo, una fractura de cráneo puede acompañarse de convulsiones, vómitos, alteraciones de pares craneales, o bien datos de hematoma subdural o hemorragias subaracnoidea (Dávila Montesinos, 1978). Esto es, convulsiones que aparecen después de un traumatismo craneoencefálico son motivo para -- sospechar un hematoma subdural; en cambio, sin historial traumático, las mismas sugieren la existencia de algún tumor; o bien, si además hay fiebre, algún tipo de meningoencefalitis (Peón Vidales, 1978).

Por otra parte, cabe citar la existencia de ciertos trastornos que -- contribuyen a efectuar tal diagnóstico; por ejemplo a nivel cervical, como Dávila Montesinos (1978) menciona, la compresión o fractura de cuerpos vertebrales y apófisis espinosas por jalones de cabellos a que son sometidas las criaturas durante el maltrato, pudiendo incluso coexistir compresión modular. Considera además, que para clarificar tal diagnóstico son importantes las fracturas de la parrilla costal por traumatismo directo, complicadas a veces con neumotórax o neumomediastino, agravando con ello el pronóstico de sobrevida. Advierte también, que a nivel abdominal se llega a encontrar otro tipo de patología que debe tenerse en cuenta: el abdomen agudo, ya que con relativa frecuencia existen estallamientos de víscera (hígado, bazo y riñón) que obligan a una intervención quirúrgica de emergencia. En extremidades, es posible observar una gran variedad de lesiones que van desde pequeños hematomas y cicatrices hasta quemadura total de genitales, pasando por francas deformidades.

Asimismo y en general, en la piel es donde pueden hallarse más fácilmente huellas que apoyan un diagnóstico de maltrato repetido; ya que si bien es lógico que un niño al correr impulsado por su curiosidad se caiga tantas veces como días tenga su primera infancia, no es creíble que estas pequeñas caídas le llenen su cuerpo de hematomas. Por eso, ante la duda, Dávila Montesinos (1978)

indica que deben descartarse problemas hematológicos del tipo de las hipoprotrombinemia, púrpuras, discrasias sanguíneas por defecto en factores de coagulación entre las que sobresalen la hemofilia, hipoplasias, aplasias medulares o leucemias.

Cabe señalar, que en los casos de lactantes en los que se niegue o sea dudoso el antecedente traumático, a menos que presenten un cuadro doloroso con repercusión en el sistema músculo-esquelético es fácil incurrir en confusiones y equivocaciones.

En tales circunstancias, de acuerdo a Peón Vidales (1979), los principales padecimientos que deben tenerse en cuenta a esta edad, por dar lugar a -- confusión en una fase de evolución son los siguientes:

- Infecciosos; sífilis, sepsis, osteoartritis, tuberculosis,
- Metabólicos; escorbuto, raquitismo,
- Traumáticos; fracturas patológicas, deslizamientos epifisarios,
- Tumores; leucemias, rhabdomyosarcoma, histiocitosis,
- Diversos; hiperostosis cortical infantil, hemofilia, falacias.

El médico que sospecha de la existencia de maltrato, apoyado en los - datos mencionados, debe hospitalizar al paciente independientemente de la severidad de sus lesiones. El objetivo primordial, es el de completar el estudio para poder así confirmar plenamente y en el mínimo de tiempo posible el diagnóstico y establecer las medidas iniciales para brindar a los niños una protección - adecuada.

Por lo tanto, la mejor forma de comprender el maltrato físico del menor es la de considerarlo, en cada episodio particular, como la consecuencia de una interacción compleja de un número limitado de factores identificables (Kadushin y Martin, 1985).

Resumiendo, se debe aceptar que cuando se está en presencia de un niño traumatizado en el cual existan los siguientes aspectos, el profesional debe es

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

tar obligado a considerar, por las razones expuestas, que se encuentra ante un caso de maltrato hasta no demostrar lo contrario.

1. Falta de relación entre la historia clínica y la exploración,
2. Actitudes hostiles, de temor e inseguridad tanto de los custodios como del niño, así como de familiares que lo manejen con negligencia,
3. Negación de conflictos familiares y de maltrato a los infantes,
4. Extraordinaria pasividad por parte de los custodios,
5. Antecedentes accidentales frecuentes; es decir, antecedentes de internamientos o consultas por situaciones similares en diferentes - hospitales,
6. Presencia de lesiones actuales o antiguas sin explicación satisfactoria,
7. Hallazgos radiológicos considerados como muy sugestivos o característicos, como:
  - Fracturas metafisiarias localizadas,
  - Hematomas subperiósticos calcificados, gran número de lesiones de tejidos blandos y,
  - Lesiones traumáticas múltiples óseas en diferentes etapas de curación,
8. Convulsiones, hematoma (sangrado por orina), esquimosis, etc. sin explicación alguna,
9. Condiciones de vida no satisfactoria,
10. Estado general y nutricional que puede probar la negligencia y,
11. No aparición de nuevas lesiones durante la estadía hospitalaria.

Como puede advertirse, la lista de padecimientos y enfermedades que - en un momento dado pueden guardar relación con algunos aspectos del maltrato al niño, es casi interminable. Es por ello, que todo profesionista en general debe tener presente que entre sus pacientes, más frecuentemente de lo que se imagina, puede encontrar a menores con Síndrome de Maltrato.

Por lo tanto, la función del diagnóstico diferencial no debe ser solo la de proporcionar un membrete, sino más bien, la de lograr una evaluación cui-

dadosa de la sintomatología que permita planear el manejo del caso y, en la medida de lo posible, establecer el pronóstico.

Asimismo, es prudente intentar realizar diagnósticos más precisos no solo señalando la existencia de maltrato infantil; sino más bien, especificando el grado de trastorno tanto físico como psicológico.

#### 1.6 Consecuencias.

Las diversas repercusiones físicas, psicológicas y sociales que se originan a partir de los malos tratos a los menores de edad, son materia del presente apartado, por lo cual se exponen múltiples situaciones que con fundamento en la experiencia y opinión de los diversos profesionales que se han abocado a entender las vicisitudes del desarrollo infantil, pueden ser consideradas como resultado de las conductas que atentan contra los niños.

Por lo tanto, es posible dividir las principales repercusiones en tres tipos:

- 1.6.1 Consecuencias Físicas,
- 1.6.2 Consecuencias Psicológicas y,
- 1.6.3 Consecuencias Sociales.

Si bien, el maltrato puede producir las secuelas citadas, ya sea a corto y/o largo plazo, con la finalidad de diferenciarlas más claramente se incluyen por separado, no sin antes subrayar que su presentación puede ser simultánea y en algunas ocasiones irreversible.

Además, cabe asegurar que ninguna de las consecuencias que se incluyen, ya sea de naturaleza física o mental, tiene valor patognómico; es decir, que por sí sola asegure el diagnóstico. Sin embargo, el considerar y tener pre

sente las consecuencias ya encontradas en estos infantes, podría orientar a todo aquel que se enfrente a tales casos.

Cabe señalar, que la recabada lista de repercusiones no es exhaustiva, pero sí incluye las características más frecuentemente encontradas en relación a este tipo de Síndrome.

#### 1.6.1 Consecuencias Físicas.

Si bien existen lesiones físicas que caracterizan a los niños maltratados, tales alteraciones pueden también producirse como resultado de accidentes u otros padecimientos.

Como se puede advertir, es importante tener en consideración la lista de consecuencias físicas o biológicas que en un momento dado pueden guardar relación con algunos aspectos de maltrato, pues cada día la mente humana encuentra nuevas formas inauditas a veces, de manifestar la agresión hacia el infante.

De aquí la importancia, sobre todo de los profesionales vinculados con la problemática, de tener presentes las repercusiones físicas o biológicas de los malos tratos si en verdad se piensa en el pequeño, ya que la posposición del mismo puede significar una falla imperdonable en el diagnóstico del maltrato infantil.

Respecto a ello, clínicamente un niño puede denotar, según el tiempo a que ha estado sujeto a la agresión, las siguientes alteraciones.

En primer término, cabe mencionar a las contusiones; esto es, a las lesiones producidas por choque o aplastamiento contra un cuerpo duro, no cortante (Fernández, 1981; Foncerrada, 1983; Fontana, 1984; Galdston, 1965; Gil, 1971; -- Kottmeier, 1987; Osorio y Nieto, 1983; Silver y cols., 1969).

Dentro de las contusiones que presentan este tipo de menores, pueden-- enumerarse:

1. Escoriaciones,
2. Contusiones con derrame seroso o sanguíneo,
3. Contusiones profundas sin herida cutánea y,
4. Heridas contusas.

1. Escoriaciones (Fernández, 1981; Osorio y Nieto, 1983; Peón Vidales, 1979). De acuerdo a Osorio y Nieto (1983), la escoriación es una lesión superficial que destruye la epidermis y, a veces, la capa superficial de la dermis. Incluye además, que esta lesión se distingue porque presenta un ligero derrame seroso, externo, sanguinolento o sanguíneo.

Dentro de las escoriaciones pueden encontrarse:

- Abrusiones; leve ulceración de la piel o de las mucosas (Fontana, -- 1984; Gil, 1971; Kottmeier, 1987).
- Rayaduras (Marcovich, 1978),
- Laceraciones (Ajuriaguerra, 1983; Fontana, 1984; Gil, 1971; Kottmeier, 1987; Marcovich, 1978). Silver y cols. (1969), señalan tales laceraciones presentes en los tejidos blandos,
- Petequias; son manchas parecidas a la picadura de una pulga (Fontana, 1984; Marcovich, 1978).

2. Contusiones con derrame seroso o sanguíneo (Osorio y Nieto, 1983).- La contusión con derrame sanguíneo puede presentarse en tres formas en tales niños maltratados:

- Equimosis: es un derrame sanguíneo provocado por choque que presenta la rotura de vasos cutáneos y tejido celular (Ayala Castillo y Cruz-Osorio, 1983; Dávila Montesinos, 1978; Espinoza, 1981; Kottmeier, 1987; Osorio y Nieto, 1983).  
La equimosis es de especial interés, pues mediante su estudio puede - determinarse el objeto que originó la contusión y el tiempo transcurrido desde el traumatismo.
- Hematoma: es un derrame sanguíneo que afecta los planos subcutáneos-- y produce coagulaciones (Fernández, 1981; Foncerrada, 1983; Goldston,

1965;Gil, 1971;Osorio y Nieto, 1983;Silver y cols., 1969).

Dávila Montesinos y Marcovich (1978), además apuntan la existencia de hematomas subperiósticos calcificados con fracturas de todos tipos y grados. Por su parte, Fernández (1981), agrega la presencia de hematoma abdominal .

- Bolsa sanguínea: es un derrame con bordes y proyección al exterior (Osorio y Nieto, 1983). Entre ellas, pueden detectarse las ronchas que levanta un golpe dado con un verdugo; es decir, verdugones (Fernández, 1985;Foncerrada, 1983;Galdston, 1965;Gil, 1971;Silver y cols.).

3. Contusiones profundas sin herida cutánea: son aquellas en las cuales la piel, por razones de elasticidad o bien por el mecanismo de impacto, no presenta heridas visibles, pero que producen lesiones internas profundas, graves y frecuentemente mortales (Osorio y Nieto, 1983). En este tipo de contusiones, se incluyen:

- Roturas viscerales: Kottmeier (1987), Osorio y Nieto (1983) y Peón Vidales (1979), ejemplifican las de hígado, riñón y bazo.
- Estallamientos: Osorio y Nieto (1983), nombra los presentados en órganos abdominales como: hígado, mesenterio o intestino.
- Desgarres: indicados por Marcovich (1978) y Osorio y Nieto (1983).
- Fracturas: observadas por Ayala Castillo y Cruz Osorio (1983), Foncerrada (1983), Fontana (1984), Gil (1971), Kottmeier (1987), Marcovich (1978-81), Olmos (1981), Rascovsky (1974), Gutiérrez (1979).

4. Heridas contusas: se caracterizan por presentar una secuencia de continuidad en la piel; algunas veces son lesiones profundas y otras no (Kempe y Kempe, 1979;Osorio y Nieto, 1983).

Retomando las consecuencias ya apuntadas en la piel, es posible enumerar además la presencia de:

- Cicatrices múltiples: reconocidas por Ayala Castillo y Cruz Osorio (1983),Dávila Montesinos (1978), Espinoza (1981),Kempe y Kempe----

(1979), las cuales pueden ser debidas a antiguas lesiones (Kottmeier, 1987; Marcovich, 1978).

- Salpullido (Silver y cols., 1979), infecciones (Egeland y Sroufe, - 1981 ; Ráscovsky, 1974), mordeduras (Fontana, 1984; Marcovich, 1978).
- Heridas sobreinfectadas (Osorio y Nieto, 1983) en diferente grado - (Gil, 1971; Lynch, 1978), o no tratadas (Egeland y Sroufe, 1981; Fontana, 1984).

Asimismo, en los niños maltratados es posible observar lesiones cutáneas en general (Foncerrada, 1983). Al respecto, se agrega la frecuente manifestación de hemorragias cutáneas y subcutáneas en diferentes etapas de recuperación, sobre todo en cara y nalgas, pudiendo presentarse también, en antebrazos, como consecuencia de actitudes defensivas del niño (Osorio y Nieto, 1983).

Las quemaduras de diferente grado, recientes o antiguas son otras formas frecuentes en que se causan lesiones a los menores (Ayala Castillo y Cruz Osorio, 1983; Dávila Montesinos, 1978; Fernández, 1981; Foncerrada, 1983; Fontana, 1984; Gil, 1971; Kempe y Kempe, 1979; Kottmeier, 1987; Osorio y Nieto, 1983; Ráscovsky, 1974; Silver y cols., 1969). Benain las define como "un conjunto de lesiones determinadas por la acción de agentes físicos, químicos o biológicos que, actuando sobre los tejidos, dan lugar a procesos de reacción locales y generales, cuya gravedad guarda relación con su extensión o profundidad".(46)

Los signos típicos de estas lesiones, de acuerdo a Osorio y Nieto (1983), son eritema y flictema:

La eritema es una congestión edematosa de la dermis que reproduce la forma del objeto si es sólido, tratándose de líquidos se presentan líneas o trayectos serpenteantes. La flictema es acumulación de serosidad entre la dermis y la epidermis.

Por otra parte, y dentro de las contusiones profundas mencionadas anteriormente, están las fracturas, las cuales pueden presentarse repetidamente y en ocasiones en forma múltiple. Dentro de tales fracturas, pueden apuntarse las

de cráneo (Fernández, 1981;Foncerrada, 1983;Gil, 1971;Lynch, 1978;Kottmeier, -- 1987;Marcovich, 1978-81;Osorio y Nieto, 1983;Silver y cols., 1969), de costillas (Fernández, 1981;Kottmeier, 1987;Osorio y Nieto, 1983), de dedos (Ajuria-guerra, 1983;Fernández, 1981;Marcovich, 1981;Osorio y Nieto, 1983;Silver y --- cols., 1969), y las fracturas de huesos largos (Fernández, 1981;Kottmeier,1987; Marcocich, 1978;Osorio y Nieto, 1983). Dentro de éstas últimas fracturas pueden observarse esguinces (Fernández, 1981), dislocaciones y torceduras (Fontana, -- 1984;Gil, 1971).

Es importante además mencionar, que las fracturas múltiples de huesos, en algunas ocasiones han provocado la amputación de las manos (Marcovich,1978) o de cualquier otro miembro (Rascovsky, 1974).

En las fracturas de huesos largos, mediante exámen radiológico, se -- puede apreciar que "las láminas que cubren la diáfisis, cuerpo o tallo de hueso largo comprendido entre los extremos o epífisis, forman una vaina que hace más grueso el hueso en la parte de la fractura; también en el mismo exámen, puede - percibirse fragmentación irregular de la metáfisis del hueso, punto de unión de la diáfisis con la epífisis junto con el tejido anormal de formación reciente o neoformación ósea, fuera del conducto medular".(47)

Con respecto a la epífisis, Dávila Montesinos y Marcovich (1978), men- cionan la existencia de deslizamientos con deformidad articular o sin ella.

Por lo tanto, estas deformaciones pueden presentarse en los miembros y aún en la columna (Ayala Castillo y Cruz Osorio, 1983;Fernández, 1981; Peón Vidales, 1979), específicamente en las vértebras lumbares (Ajuria-guerra, 1983).

Tales deformaciones conllevan alteraciones en el sistema músculo esquelético en el 80% de los casos de niños maltratados de acuerdo a información porporcio- nada por Marcovich (1978). También, puede coexistir la detención del crecimien- to parcial de alguno de los cuatro miembros (Marcovich, 1978;Peón Vidales, ---

1979), la invalidez motora (Marcovich, 1978; Osorio y Nieto, 1983), contracturas particulares (Peón Vidales, 1979), etc.

Cabe citar otro tipo de lesiones en los menores maltratados; estas -- son las lesiones cerebro-meníngicas, que pueden ser debidas a derrames subdura-- les, los cuales de acuerdo a Osorio y Nieto (1983), se manifiestan en:

- Convulsiones,
- Epilepsia,
- Parálisis ligeras o incompletas, llamadas paresias,
- Vómitos,
- Coma,
- Tensión del espacio no osificado del cráneo llamado fontanela,
- Invalidez sensorial,
- Hemorragias retinianas y.
- Parálisis oculares.

En relación a éste último punto, Ajuria Guerra (1983), señala la posi-- ble existencia de daños oculares que se caracterizan por puentes atróficos en la periferia del campo retiniano temporal.

Otras lesiones, indican un aumento del perímetro craneal (Osorio y -- Nieto, 1983) en niños maltratados. Sin embargo, Martín (1972-74) encontró microcefalea en tales casos, con "una circunferencia dos o más desviaciones están-- dar abajo del promedio. Algunos permanecieron microcefálicos y otros se recupe-- raron. Argumenta que en estos niños, la microcefalea es probable por mala nutri-- ción, lo cual lleva al diagnóstico de pobreza intelectual".(48)

A. pesar de que ya se han enunciado múltiples consecuencias físicas -- originadas por el maltrato, cabe anexar la probable existencia de:

- Daño cerebral : apuntado por Fontana (1984), Gil (1971), Kottmeier (1987), Osorio y Nieto (1983), Palomares (1983).
- Trauma craneoencefálico (Fernández, 1981; Resnick, 1969).
- Hundimiento craneano (Kempe y Kempe, 1979; Marcovich, 1978).
- Alteraciones de Cráneo (Marcovich, 1978).

- Lesiones neurológicas (Fernández, 1981; Lynch, 1978; Palomares, 1983; Rascovsky, 1974) y,
- Lesiones en el metabolismo (Galdston, 1965; Kottmeier, 1987).

A tales repercusiones, puede agregarse la existencia de inanición intencional (Fontana, 1984; Kempe y Kempe, 1979; Rascovsky, 1974; Resnick, 1969) ó desnutrición en grado variable (Ayala Castillo y Cruz Osorio, 1983; Dávila Montesinos, 1978; Fernández, 1981; Foncerrada, 1983; Fontana, 1984; Galdston, 1965; Gil, 1971; Kempe y Kempe, 1979; Kottmeier, 1987; Lynch, 1978; Marcovich, 1978-81; Osorio y Nieto, 1983), las cuales pueden originar anemias agudas (Kempe y Kempe, 1979; Osorio y Nieto, 1983), manifestándose ya sea en altura disminuida en relación a la edad del niño (Fernández, 1981; Lynch, 1978; Marcovich, 1978), o en un peso inferior (Lynch, 1978; Silver y cols., 1969).

Asimismo, diversas formas de intoxicación pueden presentarse, ya sea por enervantes o bebidas (Ayala Castillo y Cruz Osorio, 1983), o por medicamentos (Fontana, 1984; Kempe y Kempe, 1979; Marcovich, 1978). En otros casos, puede presentarse envenenamiento (Gil, 1971; Marcovich, 1978; Rascovsky, 1974; Resnick, 1969).

También, es posible detectar el fenómeno llamado alopecia; es decir, - la caída de cabello (Kottmeier, 1987; Osorio y Nieto, 1983). Se ha observado --- además la nariz tumefacta (Osorio y Nieto, 1983), lisis del tabique nasal (Kottmeier, 1987; Ajuriaguerra, 1983), infecciones respiratorias (Fontana, 1984), ney motórax traumático (Fernández, 1981), la existencia de dientes rotos, desgarres de encías (Osorio y Nieto, 1983), escaldaduras (Kottmeier, 1987; Marcovich, --- 1978), o destrucciones y cicatrices del velo del paladar (Ajuriaguerra, 1983).

Aunado a lo anterior, en el infante maltratado puede detectarse un mal estado de higiene (Dávila Montesinos, 1978; Kempe y Kempe, 1979), diarreas (Foncerrada, 1983; Kempe y Kempe, 1979; Silver y cols., 1969), o hipotermia (Rascovsky, 1974).

Finalmente, es preciso mencionar que en los casos más severos de mal-tratamiento, las consecuencias de éste pueden llevar a la culminación de la existencia del infante. Dentro de ello, la asfixia es la forma más frecuente de privar de la vida a tales niños (Foncerrada, 1983;Galdston, 1965;Marcovich, 1978; Pelton, 1978;Resnick, 1969).

La muerte por asfixia de acuerdo a Osorio y Nieto (1983), puede pre--sentar las siguientes formas:

1. Sofocación,
2. Estrangulación,
3. Ahorcamiento y,
4. Sumersión.

1. Sofocación: es para este autor un tipo de asfixia originada por un obstáculo en las vías respiratorias o un impedimento en la función pulmonar.

Indica que en sus formas más frecuentes, se manifiesta por:

- Obstrucción de los orificios respiratorios,
- Introducción de cuerpos extraños,
- Compresión toráxico - abdominal,
- Enterramiento,
- Aire confinado y,
- Aspiración de gases.

Dentro de los signos externos propios de la muerte por sofocación, incluye la cianosis craneofacial, el punteado equimótico cutáneo, presencia de --equimosis en conjuntivas y ligero edema facial.

2. Estrangulación: es cuando se emplean las manos, las lesiones típi--cas que menciona son las escoriaciones producidas por las uñas, llamadas estigmas ungulares; las cuales añade, se encuentran en número y ubicación variables, según se utilice la mano derecha, izquierda o ambas.

Por ello, si la estrangulación se efectúa con un lazo o cuerda, se --origina una lesión llamada surco, que generalmente es profunda, horizontal y --

presenta un círculo más o menos completo a la altura de la laringe, con un fondo pálido que conlleva líneas equimóticas cuyos bordes son violáceos; la cara del agredido aparece tumefacta, cianótica y con puntos equimóticos.

3. Ahorcadura. De la observación externa del cadáver del niño, señala que pueden apreciarse ciertos signos característicos; cara congestionada, ojos salientes, lengua hacia afuera y, a veces, contusiones en miembros superiores e inferiores que han golpeado contra muebles o paredes.

Por tal motivo, cita que las lesiones más típicas son en el cuello -- donde aparece el surco, el cual, a diferencia de la estrangulación, tiene una dirección oblicua, es más profundo y se acompaña de bordes más marcados que en la estrangulación y en círculo incompleto; el surco reproduce la forma y el ancho del instrumento utilizado y se localiza arriba de la laringe.

4. Sumersión. Balthazard entiende por sumersión " estar los orificios de las vías aéreas, boca y nariz, sumergidos en un líquido cualquiera, penetrando éste líquido en los pulmones en lugar de aire".(49)

El líquido que con mayor frecuencia produce la muerte por sumersión, es el agua, y su signo característico es el llamado hongo que es un tapón de espuma ligeramente rosado. Esta característica es de especial interés, ya que en los casos en que el menor muera por otra causa y el cadáver sea arrojado al agua, el hongo no aparece; también se encuentra en los asfixiados por sumersión una mancha torácica verde (Osorio y Nieto, 1983).

Después de enumerar las cuatro formas mediante las cuales puede provocarse la muerte por asfixia, es preciso incluir lo citado por Lynch (1978), quien señala que dentro de las consecuencias del maltrato que desencadenan la muerte están las heridas subsecuentes y las repercusiones a largo plazo de la agresión.

La muerte, también se presenta con frecuencia como resultado de gravi-

simas lesiones cerebro-meníngeas o viscerales, de cualquier otra lesión o conjunto de lesiones (Osorio y Nieto, 1983).

El resultado de la muerte es evidentemente la más intensa y grave consecuencia que se puede causar al infante. La frecuencia de dicho desenlace mortal en los casos de maltrato infantil, puede deberse a la debilidad y fragilidad propias del niño, así como a la extraña e inaudita crueldad con que son tratados por parte de los agresores.

En suma, de la revisión de las consecuencias físicas apuntadas, se desprende que las características incluídas son comunes en los menores maltratados; sin embargo, aún cuando pueden haber casos en que no se presenten estos rasgos, normalmente se advierten uno o varios de ellos, además de las secuelas de lesiones ya enunciadas.

#### 1.6.2 Consecuencias Psicológicas.

Algunas repercusiones de los malos tratos a los niños son evidentes;-- tal es el caso de las alteraciones de la salud y de la muerte, pero otras no son muy claras . Por ello, es necesario también dar prioridad al cuidado de la Salud Mental Infantil, a fin de evitar futuros trastornos psicológicos.

La falta de Salud Mental, producto de los malos tratos, repercute en - varios aspectos involucrados en la vida del infante. Esto es, después de un episodio de maltrato, es posible que en él, se genere una serie de sentimientos positivos o negativos, ya sea hacia sí mismo, a su medio familiar o hacia su medio social; los cuales a su vez, pueden manifestarse a través de conductas inadecuadas también respecto a sí mismo o hacia los integrantes del medio en que se desenvuelve. O bien, es igualmente posible que en el niño el maltrato genere una serie de problemas que afectan su personalidad o su aprendizaje.

A fin de esclarecer tales consecuencias psicológicas, que pueden origi-

narse por el maltrato, se exponen dentro de los tres aspectos generales que a continuación se señalan:

- 1.6.2.1 Afectivos,
- 1.6.2.2 Conductuales y,
- 1.6.2.1 Neurológicos y Cognitivos.

#### 1.6.2.1 Consecuencias Afectivas.

En relación a las repercusiones afectivas, es posible que el infante manifieste un sentimiento de carencia de afecto (Osorio y Nieto, 1983) o desprotección (Konstat, 1981; Marcovich, 1981). También pueden originarse sentimientos de amargura o resentimiento, pensar que están solos (Kempe y Kempe, 1979; Konstat, 1981; Marcovich, 1981), o abandonados (Ayala Castillo y Cruz Osorio, 1983; Konstat, 1981; Marcovich, 1981).

Además, es probable que posean sentimientos de minusvalía (Belsky, 1980; Kempe y Kempe, 1979; Konstat, 1981; Lynch, 1978; Marcovich, 1981; Osorio y Nieto, 1983), o de baja autoestima (Belsky, 1980; Kempe y Kempe, 1979; Lynch, 1978; Marcovich, 1978), o que presenten stress (Egeland y Sroufe, 1981; Kadushin y Martin, 1985; Katz, 1981; Osorio y Nieto, 1983; Silver y cols., 1969). En relación a éste último, Lynch (1978), menciona que el niño es incapaz de relajarse; por ello, puede mostrarse desesperado como si viviera en una angustia constante (Konstat, 1981; Osorio y Nieto, 1983).

Asimismo, el infante maltratado puede llegar a la frustración (Fontana, 1984; Osorio y Nieto, 1983); lo cual puede repercutir en él al sentirse infeliz (Fontana, 1984), manifestar tristeza, depresión (Kempe y Kempe, 1979; Konstat, 1981; Marcovich, 1978; Montiel Mejía y cols., 1982), o poseer un profundo sentimiento de dolor y pesar (Kadushin y Martin, 1985; Osorio y Nieto, 1983).

Aunado a lo anterior, el niño puede desenvolverse siendo un ser inseguro (Chevaili, 1987; Fredericksen, 1976; Fontana, 1984; Osorio y Nieto, 1983; Palomas, 1983), desconfiado o temeroso (Belsky, 1980; Egeland y Sroufe, 1981; Kadu —

shin y Martín, 1983; Marcovich, 1978-81; Palomares, 1983).

También es posible, que en el menor se desarrollen sentimientos de culpa (Kempe y Kempe, 1979; Konstat, 1981; Marcovich, 1981; Osorio y Nieto, 1983; Palomares, 1983), o el pensar o sentir que es un retrasado mental, creándose mecanismos severos de autodestrucción (Katz, 1981; Marcovich, 1981). En otros casos, el niño termina por aceptar la imágen que de él tienen sus padres, creyendo que merece ser castigado porque es malo, porque no actúa correctamente (Palomares, 1983), o porque es indigno (Osorio y Nieto, 1983).

Además, es probable que perciba que es rechazado (Belsky, 1980; Kadushin y Martín, 1985; Kempe y Kempe, 1979; Marcovich, 1981; Montiel Mejía y cols., 1982), sentir que tiene pobreza emocional que no le permite querer a otros (Marcovich, 1987-81; Osorio y Nieto, 1983); percibir que se encuentra dentro de un medio ambiente hostil y agresivo (Belsky, 1980; Kempe y Kempe, 1979; Konstat, 1981) o sentir vergüenza (Marcovich, 1978; Osorio y Nieto, 1983; Palomares, 1983).

#### 1.6.2.2 Consecuencias Conductuales.

En los menores sujetos al maltrato, es frecuente encontrar la afectación de su conducta en general (Katz, 1981), la cual puede ser problemática en casa y en la escuela (Reidy, 1977). Tal comportamiento además, es posible que se manifieste con notables niveles de desorganización (Kempe y Kempe, 1979; Konstat, 1981; Palomares, 1983), o de inestabilidad (Osorio y Nieto, 1983).

Un gran número de investigadores interesados en los efectos psicológicos del maltrato, han observado en los niños maltratados, conductas hostiles — (Ayala Castillo y Cruz Osorio, 1983; Fredericksen, 1976; Katz, 1981; Lynch, 1978; Marcovich, 1978-81; Palomares, 1983), agresivas (Barrett y Fine, 1980; Belsky, 1980; Fontana, 1984; García Guerra, 1987; Kadushin y Martín, 1985; Pawlostsky, 1970; Reidy, 1977; Silver y cols., 1969), rebeldes (Kempe y Kempe, 1979; Marcovich, 1981) ó catastróficas (Konstat, 1981).

Entre otras consecuencias que pueden deberse al maltrato, se halla el retraso psicomotor (Ayala Castillo y Cruz Osorio, 1983; Dávila Montesinos, 1978; Galdston, 1965; Gil, 1971; Montiel Mejía y cols., 1982; Olmos, 1981) o la hiperactividad (Belsky, 1980; Kempe y Kempe, 1979).

Asimismo, los infantes maltratados pueden carecer de control de impulsos (Konstat, 1981; Palomares, 1983; Reidy, 1977), presentar conductas incontrolables negativas (Gil, 1971; Silver y cols., 1969) sujetas a severos temperamentos de berrinches (Marcovich, 1978; Reidy, 1977), llanto constante (Ayala Castillo y Cruz Osorio, 1983; Kempe y Kempe, 1979; Osorio y Nieto, 1983) o decremento en la conducta apetitiva (Ajuriaguerra, 1983; Galdston, 1965; Pawlostsky, 1970).

Otras manifestaciones como resultado del maltrato, pueden originar retraimiento o inhibición (Osorio y Nieto, 1983; Reidy, 1977). Es frecuente la presencia de evasión hacia los demás (Konstat, 1981; Marcovich, 1981), o específicamente hacia el padre agresor (Kadushin y Martín, 1985).

Igualmente, puede estar implicado el aislamiento (Belsky, 1980; Katz, 1981; Lynch, 1978), y la apatía (Galdston, 1965; Marcovich, 1978; Montiel Mejía y cols., 1982; Palomares, 1983). Al respecto, en el menor maltratado es factible observar una pobre respuesta a los estímulos del medio (Montiel Mejía y cols., 1982; Pawlostsky, 1970), o una reacción desproporcionada al estímulo (Kempe y Kempe, 1979; Konstat, 1981). En efecto, es posible encontrar poca capacidad para disfrutar de la vida (Belsky, 1980); o bien, baja productividad y creatividad (Gil, 1971; Heredia y Rabasa, 1981; Konstat, 1981; Marcovich, 1981; Osorio y Nieto, 1983).

En casos más extremos, es probable la total indiferencia al medio (Ayala Castillo y Cruz Osorio, 1983; Marcovich, 1978-81; Palomares, 1983), la impotencia e incapacidad para defenderse (Heredia y Rabasa, 1981; Marcovich, 1981), el sometimiento (Konstat, 1981), la incapacidad para establecer relaciones inter-

personales (Belsky, 1980), la improductividad (Marcovich, 1978), o el morir por falta de amor (Fontana, 1984).

### 1.6.2.3 Consecuencias Neurológicas y Cognitivas.

Los trastornos neurológicos y cognitivos de acuerdo a Reidy (1977), pueden estar presentes en niños víctimas del maltrato. Entre tales deficiencias, se encuentran las que originan los problemas de aprendizaje (Belsky, 1980; Fontana, 1984; García Guerra, 1987; Montiel Mejía y cols., 1982; Rascovsky, 1974), el retraso del habla (Galdston, 1965; Lynch, 1978; Pawlostsky, 1970), o la tartamudez (Belsky, 1980).

Otras perturbaciones que pueden desencadenarse, son los defectos perceptuales (Kempe y Kempe, 1979; Marcovich, 1978; Montiel Mejía y cols., 1982; Palomares, 1983). Al respecto, Lynch (1978) indica que los daños visuales permanentes, pueden ocurrir como resultado de sangrado intramuscular, estrabismo y baja agudeza visual; señala además, que la atrofia óptica puede presentarse.

Asimismo, las alteraciones conceptuales (Marcovich, 1978; Palomares, 1983), los defectos en la memoria (Montiel Mejía y cols., 1982) y aún la pérdida de la misma (Palomares, 1983) pueden originarse; determinando que el niño no distingue correctamente las características esenciales y diferenciales de lo que le rodea, ni capte claramente el sentido de lo que ocurre en su entorno. De esta manera, se distorsiona y en muchos casos, como indica Palomares (1983), se anula totalmente la capacidad del menor para formarse ideas objetivas y emitir juicios sobre los hechos, las personas y los objetos.

Otro hallazgo importante en los niños maltratados, es la probable presencia de un cociente intelectual disminuido (Belsky, 1980; Fontana, 1984; Gil, 1971; Kempe y Kempe, 1979; Lynch, 1978; Rascovsky, 1974). Al respecto, Elmer y Gregg (1967) encontraron que "el 57% de su muestra tenía un C.I. abajo de 80. Morse y cols. (1970), consideraron al 52% de su muestra como mentalmente retar-

dada. Martín (1970), tuvo un 33% con C.I. abajo de 80. Posteriormente Martín y cols. (1974) encontraron que un 53% tenía un C.I. abajo de 85".<sup>(50)</sup> Por ello, - como afirma Lynch (1978), no puede descartarse el hecho de que el maltrato se - presente en un niño que viva en una institución para retardados mentales.

Otras repercusiones del maltrato infantil, suelen desencadenar altera-- ciones más severas en la personalidad del menor, originando una personalidad re primida (Fontana, 1984), enfermedad psiquiátrica (Barrett y Fine, 1980; Marcovich, 1981), psiconeurosis (Palomares, 1983); y en general, desintegración del yo --- (Belsky, 1980; Konstat, 1981; Marcovich, 1981; Pawlostsky, 1970) o pérdida de la - objetividad y realidad (Konstat, 1981).

Además de ellas, se han encontrado fobias (Silver y cols., 1969), enu-- resis (Ajuriaguerra, 1983; Belsky, 1980; Pawlostsky, 1970; Silver y cols., 1969), - encopresis (Ajuriaguerra, 1983) y el no crecer en absoluto y enfermar (Fontana, 1984). En relación a este último punto, Osorio y Nieto (1983), señala que puede originarse un retraso en el crecimiento denominado enanismo por carencia afecti va.

Después de la revisión de las diversas consecuencias psicológicas que - pueden presentarse debido al maltrato, cabe argüir en resúmen, la detección e - identificación de tales repercusiones que afectan al niño es vital, si se desea aumentar la probabilidad de que el infante consiga un adecuado desarrollo tanto en el ámbito afectivo, conductual y de personalidad. Ello es muy importante si - se trata de contribuir a que logre la capacidad de mantener relaciones armonio-- sas con los demás, para que se acepte y respete a sí mismo o para que sea ca-- paz de participar adecuadamente en su ambiente físico y social; y en general, a fin de que su Salud Mental esté presente.

Asimismo, las mencionadas consecuencias psicológicas lamentablemente -- pueden influir en el sujeto agravando o repercutiendo en su vida adulta. Tales -

repercusiones, es posible que se manifiesten desde un inadecuado o aparente -- desenvolvimiento e integración social, hasta originar un grave desequilibrio individual que puede o no ocasionar a su vez problemáticas sociales.

### 1.6.3 Consecuencias Sociales.

Como se ha visto, el problema del maltrato es grave y sus efectos son -- significativamente negativos; por lo tanto, hay que detectarlo a la brevedad posible para evitar probables repercusiones que afecten a la comunidad en particular, y a la vez influyan en el desarrollo del individuo como ente social.

Una de tales repercusiones del maltrato, puede conducir directamente a la desintegración familiar (Marcovich, 1978-81; Osorio y Nieto, 1983; Torres, --- 1984). Respecto a esto último, debe tenerse presente que el medio familiar es de primordial importancia en el desenvolvimiento del menor, pues es la base de su -- desarrollo, ya sea positivo o negativo. En elevado porcentaje, Osorio y Nieto (1983), postula que los menores infractores presentan defectos en la formación moral; y dentro de esta deformación, tienen especial importancia los malos tratos que implican falta de cariño, lo que puede producir jóvenes carentes de afecto hacia sus semejantes, individuos que no han recibido nada positivo y que, en reciprocidad, no saben ofrecerlo. Por ello, el maltrato puede producir jóvenes antisociales y, en este sentido, se entiende y considera que las conductas juveniles antisociales, en múltiples casos, son consecuencia de dicho problema sufrido en la infancia. Es decir, el infante que sufrió de malos tratos, no sólo de índole física, crecerá en muchos casos, carente de claros y definidos conceptos de -- solidaridad humana, de respeto a los individuos y a la colectividad, además de -- los ya mencionados sentimientos de odio, agresividad y, tal vez, de revanchismo; le será difícil adaptarse a la vida colectiva, pudiendo incurrir en conductas antisociales como reacción a las agresiones sufridas (Osorio y Nieto, 1983).

Entre tales conductas antisociales, se incluye la delincuencia, la cual tiene raíces muy profundas en la personalidad y en la formación de los sujetos; algunas de tales raíces pueden ser las vivencias familiares de los primeros años del individuo, las relaciones con sus padres, el sentirse querido o rechazado, atendido o abandonado, tratado adecuadamente o maltratado.

Respecto a ello, Carlos Rafael Portillo, reveló que "sobre 86 procesados por diversos delitos, 7 de cada 10 iniciaron sus carreras delictivas a la edad de 10 años. Todos procedían de hogares donde el maltrato era una realidad angustiante y permanente".(51)

Por ello, se estima razonable el afirmar que una de las consecuencias de los malos tratos a los niños, puede ser la delincuencia (Ajuriaguerra, 1983; Fontana, 1984; Gil, 1971; Palomares, 1983; Pawlostsky, 1970; Silver y cols., 1969; Torres, 1984).

Asimismo, semejante fenómeno en la infancia genera y desarrolla con -- frecuencia los ya nombrados sentimientos de odio, venganza y revancha que muchas veces producen sujetos incapaces de integrarse positivamente a la sociedad.

Estos sentimientos y personalidades antisociales, suelen proyectarse a través de la comisión de delitos en cualquiera de sus tipificaciones legales: delitos contra la vida y la integridad corporal, delitos sexuales, patrimoniales o cualesquiera otros tipos.

Entre los delitos contra la vida y la integridad corporal, están las -- conductas criminales (Kadushin y Martin, 1985; Resnick, 1969; Silver y cols., 1969), que pueden conllevar asalto con arma mortal y destrozos (Resnick, 1969; Silver y cols., 1969), convirtiéndose así en posibles asesinos (Ajuriaguera, 1983; Fontana, 1984; Resnick, 1969).

En relación a tales delitos, el doctor E. Nau de la Universidad de Fren -- ien, Alemania, en un artículo publicado en 1967, expresó: "gran parte de los --

criminales, de los homicidas y de los asesinos provienen de medios en los cuales se presentan los malos tratos a los niños".(52)

Así, también en lo referente a delitos sexuales Osorio y Nieto (1983), señala que la extrema rigidez y la severidad familiar, muchas veces asociadas al maltrato, pueden generar prostitución. En este caso, los malos tratos no son específicamente causas de prostitución, pero sí, expresiones de severidad y rigidez familiar, por lo cual se cree que existe relación entre tales factores. No deben dejar de incluirse además, los casos no insólitos, en los que los padres mismos prostituyen a sus hijos, algunas veces de corta edad. En éste caso, la prostitución viene a ser en realidad, un maltrato. Por lo tanto, pueden argumentarse que la prostitución, puede ser una consecuencia directa o indirecta, mediata o inmediata, según el caso, del maltrato infantil.

Otra clase de delitos en que han incurrido los sujetos maltratados, son los patrimoniales, encontrándose episodios de robo (Palomares, 1983; Silver y cols., 1969).

Igualmente, se considera que los malos tratos pueden ser, en algunas ocasiones factores que generen la vagancia (Silver y cols., 1969) y la farmacodependencia (Osorio y Nieto, 1983; Palomares, 1983); la cual puede provocar los ya citados estados de desasosiego, angustia y sufrimiento tanto en la infancia como en la adolescencia. Por tanto, la farmacodependencia puede presentarse como "una forma de evasión de la realidad, de huida ante las complicaciones familiares y los malestares psíquicos y físicos; la droga puede significar, para el sujeto que fué o es maltratado, un sostén ilusorio en los momentos de inseguridad personal".(53)

Otra consecuencia que puede desencadenarse, es el suicidio, autodestrucción o privación intencional de la vida por el propio individuo; acto que de acuerdo a Osorio y Nieto (1983), entraña el máximo de la desesperación y no

siempre es un acto impulsivo realizado en un momento de irracionalidad transitoria, sino que muchas veces, menciona, es producto de una profunda reflexión, y se llega a esta decisión cuando se han agotado todas las soluciones vitales imaginadas.

Alrededor del suicidio de un sujeto que es o fué maltratado, existen -- los ya listados sentimientos de temor, culpabilidad, falta de dignidad, desvalorización, indolencia, apatía, retraimiento, melancolía, llanto y angustia; en -- fin, condiciones personales y ambientales nocivas. Es natural, por tanto, que el niño desarrolle temor en un medio ambiente perjudicial, donde los padres lo hacen sentirse culpable, indigno, carente de valor, etc., todo lo cual como ya se ha dicho, puede conducir al suicidio.

Finalmente cabe agregar otra repercusión ya manifestada, respecto a que las conductas inadecuadas de muchos adultos agresores, son consecuencia de las agresiones a que fueron sometidos en su infancia. Tales conductas, pueden manifestarse en la edad adulta, en actitudes de inafectividad, pues como en su niñez carecieron de afecto, les resulta difícil, cuando no imposible, desarrollarlo y manifestarlo (Osorio y Nieto, 1983). Igualmente, es muy probable que sea el adulto que maltrate a la mujer y a los hijos, convirtiéndose así en un padre agresor (Ajuriaquerria, 1983;Dirx, 1972;Kadushin y Martín, 1985;Osorio y Nieto, 1983;Torres, 1984).

Además de maltratamiento físico, es muy factible que sea negligente en el cumplimiento de sus obligaciones dentro del hogar; y que el mismo cuadro deteriorado, negativo e inestable en el cual se desarrolló, hace que se vuelva a repetir en su nueva familia (Fontana, 1984;Osorio y Nieto, 1983;Palomares, 1983).

Por tanto, la agresividad para con los hijos y la proyección de esta destructiva conducta hacia la nueva familia, pueden ser también otras dañosas y graves consecuencias.

#### 1.6.4 Consecuencias de Abuso sexual.

Finalmente como ya se ha dicho, los malos tratos sexuales suponen la explotación de niños mediante actos tales como incesto, abuso y violación. Sus circunstancias especiales merecen una exposición de las principales consecuencias - como caso especial; algunas de dichas repercusiones ya han sido puntualizadas anteriormente, sin embargo es oportuno distinguirlas para una mejor comprensión - del problema.

De este modo, y continuando con la misma clasificación empleada en el apartado de consecuencias, se tienen en primer término los trastornos o daños físicos; entre ellos, el niño puede presentar contusiones (Kempe y Kempe, 1979; Kottmeier, 1987; Sanfilippo y Schikler, 1986), lesiones de la piel, laceraciones, fracturas (Sanfilippo y Schikler, 1986), escoriaciones e inflamación de los tejidos contusos (Muram, 1986).

Asimismo, la víctima es probable que manifieste síntomas somáticos (Browning y Boatman, 1977; Sanfilippo y Schikler, 1986), estreñimiento, diarrea, intestino inflamado (Sanfilippo y Schikler, 1986), evidencia de inflamación (Kottmeier, 1987), embarazo (Kempe y Kempe, 1979; Marcovich, 1981; Herman e Hirschman, 1981; Sanfilippo y Schikler, 1986), aumentos repentinos de peso (Kempe y Kempe, 1979) - o contrariamente a ello, una evidente pérdida del mismo.

Específicamente en el abuso sexual, es posible evidenciar en general -- trauma genital (Kottmeier, 1987), manifestado por lesiones vaginales (Marcovich, 1981; Muram, 1986; Sanfilippo y Schikler, 1986), entre las que se encuentran desgarramiento vaginal (Kempe y Kempe, 1979; Marcovich, 1981; Muram, 1986) e infecciones vaginales (Marcovich, 1981); las cuales pueden estar acompañadas de severas hemorragias de distinto grado (Muram, 1986).

También es probable que existan desgarraduras del cuerpo perineal y canal anal (Kottmeier, 1987; Sanfilippo y Schikler, 1986), que pueden extenderse -

dentro de la vejiga; además, es posible observar laceración o desgarre del hi--men (Muram, 1986; Sanfilippo y Schikler, 1986), presentar hematoma vulvar infecta do o no, o bien irritación vulvar que puede obstruir la uretra (Muram, 1986) ó provocar infecciones en el canal urinario (Sanfilippo y Schikler, 1986).

Otros hallazgos, son las mordeduras a genitales externos, que originan traumas a los tejidos e infecciones secundarias, encontrándose bacterias que re presentan a la flora oral normal. Tales mordeduras, pueden propiciar enfermeda--des transmitidas sexualmente como, hepatitis, herpes (Muram, 1986), o enfermeda--des venéreas en general (Kempe y Kempe, 1979; Kottmeier, 1986; Marcovich, 1981), entre ellas, la gonorrea (Marcovich, 1981; Sanfilippo y Schikler, 1986) o sffi--lis (Sanfilippo y Schikler, 1986).

Asimismo, el infante es posible que desarrolle trastornos a largo plazo como frigidez (Marcovich, 1981) o SIDA (Kottmeier, 1987).

Por otra parte, las manifestaciones sociales del maltrato sexual inclu--yen rebelión del adolescente (Herman e Hirschman, 1981; Marcovich, 1981), fugas, vagabundeo (Kempe y Kempe, 1979), actos delictivos (Kempe y Kempe, 1979; Marco--vich, 1981), robo, abuso de drogas, promiscuidad y prostitución (Herman e Hirs--chman, 1981; Marcovich, 1981).

En lo que respecta a los trastornos psicológicos que pueden originarse como consecuencia de abuso sexual, se han encontrado ansiedad (Browning y Boat--man, 1977; Kempe y Kempe, 1979; Sanfilippo y Schikler, 1986), stress (Herman e Hirschman, 1981; Marcovich, 1981), desesperación, enfado, vergüenza, temor, des--confianza (Browning y Boatman, 1977; Herman e Hirschman, 1981), sentimientos de culpa (Kempe y Kempe, 1979; Marcovich, 1981), tristeza, depresión (Browning y --Boatman, 1977; Kempe y Kempe, 1979), baja autoestima (Kempe y Kempe, 1979; Marco--vich, 1978), aislamiento (Sanfilippo y Schikler, 1986), miedo a las represalias (Browning y Boatman, 1977; Herman e Hirschman, 1981; Kempe y Kempe, 1979), o sen--

tir la necesidad de proteger a sus padres, intentando racionalizar las conductas de los mismos (Browning y Boatman, 1977).

Otros hallazgos incluyen fobias (Herman e Hirschman, 1981; Marcovich, 1981), insomnio, terrores nocturnos (Kempe y Kempe, 1979; Sanfilippo y Schikler, 1976) o daños más severos como enfermedad psiquiátrica (Marcovich, 1981), psicosis (Herman e Hirschman, 1981; Sanfilippo y Schikler, 1986), estados de pánico, histeria (Kempe y Kempe, 1979), o específicamente histeria conversiva (Herman e Hirschman, 1981; Marcovich, 1981).

Asimismo, se han presentado sumisión, comportamiento persistente (Kempe y Kempe, 1979), trastornos agresivos de conducta (Browning y Boatman, 1977; Marcovich, 1981), impulsividad (Herman e Hirschman, 1981), enuresis, encopresis (Sanfilippo y Schikler, 1986), problemas escolares (Browning y Boatman, 1977; Herman e Hirschman, 1981; Kempe y Kempe, 1979), problemas psicosexuales, conductas de apego, actos explícitos de sexualidad y masturbación excesiva (Sanfilippo y Schikler, 1986).

Después de la revisión de los diversos tipos de repercusiones tanto físicas, psicológicas y sociales que pueden generarse a partir del maltrato, es necesario apuntar lo señalado por Fontana (1984) en lo referente a que el niño que sobrevive a tal maltrato, rara vez se recupera de él, quedando permanentemente dañado ya sea corporal, cerebral o psicológicamente, y a veces en las tres formas simultáneamente. Sin embargo y aunque es evidente que tales malos tratos pueden generar múltiples resultados de lesiones físicas, mentales o sociales, o todas a la vez, se considera que éstas si se detectan y diagnostican oportunamente, pueden ser susceptibles de recuperación, y no en todo caso irreversibles con secuelas definitivas.

Finalmente, cabe indicar que quizá la razón por la cual el énfasis ha estado en el estudio de las secuelas físicas, sea porque éstas son más observa-

bles; no obstante, debe siempre tenerse presente y aceptarse la posibilidad de que el maltrato conlleve una o varias consecuencias psicológicas, que si bien tienen otras formas de manifestarse, poseen igualmente gran importancia y requieren también su correcta detección.

## N O T A S

- (1) Osorio y Nieto (1983). El Niño Maltratado. México: Trillas, p. 14.
- (2) Light J. R. (1973). Abused and Neglected Children in America: A Study of Alternative Policies. Harvard Educational Review. 43 (4), p. 559.
- (3) Marcovich, J. (1978). Maltrato a los Hijos. México: Edicol, p. 22.
- (4) DIF (1979). Simposium Internacional del Síndrome del Niño Maltratado. México: Autor, p. 1.
- (5) Marcovich (1978), Op. cit. (3), pp. 66 - 67.
- (6) Light J. R. (1973), Op. cit. (2), p. 559.
- (7) Nicola, F. y Gil, G. (1903). Los Niños Mal Educados. Barcelona: Editor, pp. 176 - 177.
- (8) Fontana, J. V. (1984). En Defensa del Niño Maltratado. México: Pax, p. 29.
- (9) Light J. R. (1973), Op. cit. (2), p. 559.
- (10) Berger, Neil y cols. (1973). Los Derechos de los Niños. México: Extemporáneos, p. 209.
- (11) Idem. p. 211.
- (12) Idem. p. 222.
- (13) Osorio y Nieto (1983), Op. cit. (1), p. 15.
- (14) Fredericksen, H. (1976). El Niño y su Bienestar. México: CECSA, pp. 61 - 62.
- (15) Marcovich (1978), Op. cit. (3), p. 18.
- (16) Giovannoni, J. (1971). Parental Mistrreatment: pe petrator and victims. --- Journal of Marriage and the Family. 33 (4), p. 649.
- (17) Osorio y Nieto (1983), Op. cit. (1), p. 12.
- (18) Alvy, K. (1975). Preventing Child Abuse. American Psychology. 30 (9), p. 21.
- (19) Kadushin y Martin (1985). El Niño Maltratado. México: Extemporáneos, pp. -

18 - 19.

- (20) Giovannoni (1971), Op. cit. (16), p. 649.
- (21) Milner y Wimberley (1980). Prediction and Explanation of child abuse. Journal of Clinical Psychology. 36 (4), p. 876.
- (22) DIF (1983). Memoria, Seminario: manejo actual del síndrome del niño maltratado en México. México: Autor, p. 67.
- (23) DIF (1984). Memoria: informe anual del consejo consultivo para las acciones en beneficio del menor maltratado. México: Autor, pp. 1 - 2.
- (24) McCary, J. L. (1984). Sexualidad Humana. México: Manual Moderno, p. 246.
- (25) Idem. p. 254.
- (26) Idem. p. 259.
- (27) Marcovich, J. (1981). Tengo derecho a la Vida. México: Editores Mexicanos Unidos, p. 135.
- (28) Osorio y Nieto (1983), Op. cit. (1), p. 25.
- (29) Silver y cols. (1969). Does Violence Breed Violence? Contributions from a study child abuse syndrome. American Journal Psychiatry. 126 (3), p. 152.
- (30) Ajuriaguerra, J. (1983). Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Masson, p. 944.
- (31) Gómez Pombo (1979). Violencia de la Miseria. México: Proceso, 28 de Mayo, No. 134, p. 14.
- (32) McCary (1984), Op. cit. (24), p. 283.
- (33) Browning y Boatman (1977). Incest: children at risk. American Journal of Psychiatry. 134 (1), p. 70.
- (34) Green y cols. (1974). Child Abuse: pathological syndrome of family interaction. American Journal of Psychiatry. 131 (8), p. 884.
- (35) DIF (1979), Op. cit (4), p. 90.
- (36) Gines, R; Sandgrund, A. y cols. (1978). Etiological Factors in Child Maltreatment: a multivariate study of abusing, neglect and normal mothers. Journal Abnormal Psychology. 87 (5), p. 532.
- (37) Osorio y Nieto (1983), Op. cit. (1), p. 27.
- (38) Alvy (1975), Op. cit. (18), pp. 924 - 925.
- (39) Idem. p. 924.
- (40) Belsky, J. (1980). Child Maltreatment an Ecological Integration. Ameri-

can Psychologist. 35 (4), p. 322.

- (41) Marcovich (1978), Op. cit. (3), p. 30.
- (42) Idem. p. 76.
- (43) DIF (1979), Op. cit. (33), pp. 78 - 79.
- (44) Marcovich (1978), Op. cit. (3), p. 77.
- (45) Marcovich (1981), Op. cit. (27), p. 64.
- (46) Osorio y Nieto (1983), Op. cit. (1), p. 42.
- (47) Idem. p. 31.
- (48) Lynch, M. (1978). Annotation the Prognosis of Child Abuse. Journal of Psychology and Experimental Psychiatry. Vol 19, p. 177.
- (49) Osorio y Nieto (1983), Op. cit. (1), pp. 43 - 44.
- (50) Lynch (1978), Op. cit. (48), p. 178.
- (51) Palomares, A. (1983). Niños Maltratados (nuestras indefensas víctimas). - México: Editores Mexicanos Unidos, p. 163.
- (52) Osorio y Nieto (1983), Op. cit. (1), p. 59.
- (53) Idem. p. 57.

## CAPITULO I I

### EL MALTRATO INFANTIL EN MEXICO

Al considerar la extensión y profundidad del fenómeno de maltrato a nivel mundial, se cuenta ya con un antecedente básico para identificarlo. Sin embargo, ya que tal síndrome no se presenta uniformemente de sociedad a sociedad; esto es, en la misma manifestación y magnitud, es necesario conocer y establecer el panorama de maltrato en el país, ya que es uno de los graves problemas que afectan a la población infantil. Tales medidas, son el primer paso si se pretende hacer algo en pro de la niñez mexicana.

Por tal motivo, se exponen a lo largo del presente capítulo, los antecedentes históricos de la Asistencia Social en México, las Instituciones abocadas a tal problemática, las medidas legales que se han establecido tendientes a solucionar el maltrato y, por último, la magnitud registrada que ha alcanzado hasta la fecha, exponiendo las estadísticas proporcionadas principalmente por las Instituciones pertenecientes al Sector Salud.

## 2.1 Antecedentes Históricos de la Asistencia Social.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, el maltrato al menor es un problema que ha existido siempre; en el país, sus primeras manifestaciones datan desde la época prehispánica. Precisamente, es a partir de estas culturas primitivas como se han originado y desarrollado los cambios conceptuales que han transformado las acciones tendientes a lograr el bienestar integral y por lo tanto, la salud infantil; ésto es, el conocimiento que se tiene de los servicios asistenciales datan de tales culturas prehispánicas. En ésta época, "los aztecas mantenían una asistencia social integral, pues cubrían las necesidades del hombre, desde su nacimiento hasta su muerte. Y es hasta la Colonia, cuando la asistencia al necesitado se desarrolló con base en la caridad cristiana".(1)

Al respecto, es preciso apuntar que en el año de 1523, dos después de la Conquista, se creó en Texcoco la primera Escuela para Niños, la cual puede considerarse el primer servicio social asistencial instaurado de acuerdo a informes de Gómez Torres y cols. (1986).

Cabe añadir, que correspondió a Vasco de Quiroga ser el creador en México de los primeros sistemas asistenciales conocidos; en 1532, fundó Santa Fé, la primera Casa de Niños Expósitos. Posteriormente, al ser designado Arzobispo de Michoacán fundó Hospitales con el fin de atender problemas de salud inmediata, e inició la obra de adiestrar a los indígenas en trabajos que les fueran útiles para su subsistencia (D.I.F., 1984).

En relación a lo anterior, en el siglo XVIII, Fernando Ortíz Cortés, fundó " un establecimiento que amparaba a las personas con extrema necesidad; - siendo autorizado por el Rey de España Carlos III, con la condición de que se protegiera especialmente a los menores expósitos, primera concepción de la Colo

nia de la actual Casa de Cuna. En el mismo siglo y por cédula real, se fundó en 1771 el Asilo de Pobres o Casa de la Misericordia, inaugurada por el Virrey Bucareli". (2)

Otros datos importantes mencionados por Gómez Torres y cols. (1986), indican que siendo Arzobispo de México Antonio Lorenzana y Butrón, estableció una Casa de Niños Expósitos, formándose para tal efecto un patronato que perduró -- hasta principios del siglo XX.

Por otra parte, los anteriores autores agregan que el Capitán Francisco Zúñiga, fundó la escuela "La Patriótica", constituyendo el más lejano antecedente del hoy Internado Nacional Infantil.

Otros informes proporcionados por el DIF (1984), refieren que posterior al movimiento de Independencia, correspondió a Valentín Gómez Farías, pensar en establecer un sistema para auxiliar a las personas con carencias; siendo hasta el movimiento de Reforma en donde tomara cuerpo doctrinario el concepto de Beneficencia Social.

Cabe citar que al dictarse las Leyes de Reforma, y crearse el Registro Civil, se dió lugar a los primeros actos de Beneficencia Pública y como consecuencia, de la Asistencia Social.

Es importante enfatizar que el año de 1861, marca la etapa en que se dejó al margen la caridad cristiana y se inició la Beneficencia Pública al Gobierno del Distrito Federal; creándose la Dirección General de Fondos de Beneficencia (D.I.F., 1984).

No es sino hasta el 7 de noviembre de 1899, de acuerdo a los ya citados Gómez Torres y cols. (1986), que el presidente Porfirio Díaz decretó la primera Ley de Beneficencia Privada, independientemente de las Asociaciones religiosas y vigilada por el Poder Público.

A partir de entonces y con fecha del 24 de enero de 1929, se constituyó

la Asociación de Protección a la Infancia, como una Asociación Civil, para ---  
"prestar asistencia, brindar protección y amparo a los niños de escasos recur-  
sos en el país y su función principal consistió en la distribución de desayu-  
nos a los menores que concurrían a la Asociación o que asistían diariamente a  
las escuelas en donde se administraban dichos desayunos; de esta manera, se --  
trataba de complementar la dieta de la niñez mal alimentada". (3)

Ocho años más tarde, el 31 de diciembre de 1937, el presidente Lázaro  
Cárdenas estableció la Secretaría de Asistencia Pública, absorbiendo a todos -  
los establecimientos que correspondían a la Beneficencia Pública. Esta Secreta  
ría, perduró hasta el 8 de octubre de 1943, fecha en que se fusionaron sus ac-  
tividades con las del Departamento de Salubridad Pública, creándose la actual  
Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyos objetivos eran "cuidar de la ni-  
ñez, disminuir la mortalidad y lograr mejores generaciones para México, sin --  
descuidar la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, aumentar  
la capacidad de los trabajadores, de la familia y de la comunidad con caren -  
cias". (4)

Es entonces cuando comienzan a vislumbrarse diferencias esenciales en  
tre el concepto de Asistencia Social en relación a la mística de la Caridad -  
Cristiana.

Un hecho importante indicado por el DIF (1984), señala que el 31 de -  
enero de 1961, se creó por decreto presidencial, un organismo público descen -  
tralizado denominado Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), -  
para atender a la creciente demanda de los servicios otorgados por la Asocia-  
ción de Protección a la Infancia, A.C.

En relación a la creación del INPI, el 15 de julio de 1968, se cons-  
truyó un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de  
Asistencia a la Niñez (IMAN), a fin de contribuir a resolver los problemas --

originados por el abandono y explotación de menores (Gómez Torres y cols., 1986).

Un hecho de vital trascendencia, es el relativo a que el 24 de octubre de 1974, se expidió un decreto mediante el cual se reestructuró la Organización del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), ampliando sus objetivos y atribuciones "procurando el desarrollo integral y efectivo de la niñez, - llevando a cabo labores de promoción del Bienestar Social en los aspectos de -- cultura, nutrición, médico, social y económico". (5)

En relación a ello, para el año de 1975, las atribuciones determinadas a este Instituto ya no eran de su competencia, por lo cual se estimó necesaria la creación del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI), mediante decreto del 30 de diciembre de 1975 (Gómez Torres y cols., 1986).

Posteriormente, mediante decreto presidencial del 10 de enero de 1977, se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia - DIF, a través de la fusión de los ya citados Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (DIF, 1984).

En diciembre de 1982, por decreto del Ejecutivo Federal, el Sistema DIF se integró como organismo descentralizado al sector que corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encomendándosele la realización de los Programas de Asistencia Social del Gobierno de la República; para lo cual, se adecuaron sus objetivos y pusieron a su disposición los bienes muebles e inmuebles y los recursos que la mencionada Secretaría venía destinando a servicios de -- Asistencia Social y de Rehabilitación, de carácter no hospitalario (Gómez Torres y cols., 1986).

Dentro de este marco, es precisamente donde se han llevado a cabo las acciones del DIF en cuanto al problema del maltrato a menores, en sus diferentes etapas y aspectos.

Es así como en el mes de mayo de 1983, se efectuó un evento cuya tras--

cendencia ha sido de gran importancia, debido a que en esta fecha quedó instalado el Consejo Consultivo para el manejo de las acciones en beneficio del menor maltratado.

Una vez instalado dicho consejo, señala Leobardo C. Ruiz Pérez, correspondió al DIF ser el organismo rector, por lo que se convocó a los miembros del Consejo para que se organizaran en cuatro comisiones dirigidas por la Sra. Paloma C. de De la Madrid, el 12 de mayo de 1983 en el Seminario denominado Manejo Actual del Niño Maltratado en México, cuyo fin fué intercambiar experiencias entre Instituciones abocadas al manejo de casos del Síndrome del Niño Maltratado; SSA, IMSS, ISSSTE, DDF y DIF-INSM, que a juicio de los integrantes, abarcan todos los aspectos circunscritos al fenómeno en la comunidad social.

El día 10 de julio de 1984, el citado Ruiz Pérez, director del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, informó y conmemoró un año efectivo de trabajos coordinados, que han venido desarrollando los Miembros del Consejo Consultivo para las Acciones del Menor Maltratado en México.

Por otra parte, cabe señalar lo subrayado por Marcovich (1978), referente a que en el área del D.F., la Sección de Salubridad y Asistencia ha establecido desde el año de 1940 hasta 1978, aproximadamente 80 Hogares Sustitutos y una Casa Cuna en Coyoacán. Indica también, que el Departamento del Distrito Federal hasta tal fecha, tenía en operación dos Albergues Temporales de Protección Social, uno para niños y otro para niñas de edades de 4 hasta los 14 años; además del funcionamiento de la Fundación "Margarita Maza de Juárez", para atender a 800 menores abandonados. Agrega que el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez, estableció una Casa Cuna y una Casa Hogar, y que el Instituto de Protección a la Infancia, contaba con un Albergue Temporal y un Centro de Orientación Nutricional. Asimismo, apunta que la iniciativa privada, operaba hasta tal fecha con las instalaciones para la atención de los menores de "Mier y Pesado",

"Rafael Dondé", "García Conde" y "La Granja", además de Centros de Asistencia de Austria y la organización llamada S.O.S. que hasta la fecha citada construyó tres Casas Hogares.

Por otro lado, Fontana (1984) menciona que Padres Anónimos, organiza -- ción de autoayuda y ayuda mútua en México se inició en 1979, con la colabora -- ción de la Junior League, la cual seguía los mismos lineamientos de su homónima en Estados Unidos, de la que recibió ayuda pues empezó siendo una filial de ésta. Añade que al ser creada en México, estaba enfocada en proporcionar asisten -- cia ante problemas de malos tratos, por lo cual, el anonimato era importante.

Cabe agregar, que al pasar el tiempo tal organización se cambio el nom -- bre con la idea de dar un enfoque más positivo, por lo cual se calificó como Pa -- adres Afectivos. El pertenecer a Padres Anónimos, implicaba la necesidad de admi -- ti -- ti -- r que se tenían problemas de maltrato en el hogar; lo que aún siendo cierto, era difícil de aceptar para la mayoría de las personas, y el permanecer anóni -- mos, implicaba la idea de que se tenía algo que esconder. Es así como al cam -- bi -- ar de nombre, se amplió también el panorama, atendiéndose ya entonces a todo tipo de personas interesadas en mejorar la relación con sus hijos o aún mejor, -- en prevenir los problemas que pudieran presentárseles en el futuro. De este mo -- do, ya no constituye una organización a la que los padres ocultan pertenecer, -- sino por el contrario, de la cual pueden sentirse orgullosos al ser o estar tra -- ta -- do de ser un Padre Afectivo.

Otro hecho de gran trascendencia que debe destacarse por conformar la historia respecto al Síndrome del Maltrato en el país, es el subrayado por el -- Dr. Miguel Foncerrada, Jefe del Departamento de Higiene Mental del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del IMSS (1983), quien indica que "se tuvo conocimiento por primera vez en nuestro medio de este síndrome, ya hace 17 --- años".(6) Efectivamente, el primer caso fué identificado en este Hospital en

1966.

Por otra parte, el panorama histórico nacional respecto a tal síndrome, se ve complementado por las acciones tendientes a difundir información a fin de conocerlo y clarificarlo.

Osorio y Nieto (1983), menciona que la empresa "Productos Nestlé S.A.", publicó en 1969, 1970 y 1971 una recopilación sobre los menores maltratados, de trabajos de diversos centros de múltiples países; la cual representa una valiosa aportación.

Entre los eventos realizados sobre este síndrome, destaca en el año de 1971 en los días 7 y 8 de septiembre, la celebración de un ciclo de conferencias sobre el tema de Maltrato Físico al Niño, en el que se analizaron aspectos psiquiátricos, médicos, de trabajo social y jurídicos; ciclo que se llevó a cabo bajo los auspicios del Instituto Mexicano del Seguro Social y la Barra Mexicana del Colegio de Abogados. Como resultado de este evento, se editó una publicación que contiene los trabajos de los doctores Miguel Focerrada, Ubaldo Rojas, María Kitsu Ogasawara, Alfonso Aguilar Sánchez, de la trabajadora social - Virginia García Méndez y del Licenciado Carlos Heredia Jasso (Osorio y Nieto, 1983).

Otros datos respecto a eventos realizados, conciernen a la realización del Symposium sobre el Niño Golpeado efectuado del 4 al 9 de julio de 1977 en la Sociedad Mexicana de Pediatría. De esta serie de actos se produjo una publicación en 1978, titulada "El Maltrato a los Hijos", en la cual se incluye la investigación realizada por Jaime Marcovich, quien por primera vez se abocó a estudiar y caracterizar la problemática a fondo de los infantes mexicanos víctimas del maltrato. Su trabajo ampliamente documentado con fotografías, está basado en una muestra de 868 casos recopilados a través de la revisión de 14 años de una revista policiaca.

Además, diversos periodistas como Inigo Laviada, Gustavo Cortés, Carlos A. Medina, Miguel Guardia y otros, se han interesado en este tema y, mediante artículos aparecidos en los diarios capitalinos, han expuesto interesantes y va liosas opiniones.

Más tarde, en 1979 se llevó a cabo el VIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, donde se trataron temas referentes a los malos tratos.

Por otra parte y con base en el primer Simposium Nacional del Síndrome del Niño Maltratado en México (1979), y con la finalidad de enlazar los resulta dos de dicho simposium con la actividad que realizaran las voluntarias de los Organismos de Salud Pública, el Lic. Carlos Heredia Jasso propuso al presidente José López Portillo, la creación de asilos temporales de 72 horas a 7 días, para la atención de personas maltratadas intrafamiliarmente: hijos, sobrinos, esposas. Este plazo de tiempo, fué propuesto con el fin de permitir practicar aná lisis clínicos médicos al menor y estudiar la personalidad del agresor con el propósito de encontrar soluciones en cada caso concreto.

Entre otras actividades realizadas en relación a este problema, es neces ario mencionar la efectuada en julio de 1980 relativa al XI Congreso Mundial de la Federación Internacional para la Educación de los Padres, en la cual int ervino el Director del Instituto Nacional de Salud Mental (DIF), Dr. Victor Montiel Mejía, exponiendo temas de importancia relativa al Síndrome del Niño Maltratado.

Posteriormente, en julio de 1982 en el Distrito Federal, se llevó a cabo la conferencia titulada: "Problemática Médica del Menor Maltratado", organizada por psiquiatras del citado Instituto Nacional de Salud Mental (DIF).

Finalmente, el DIF a través del ya mencionado Instituto Nacional de Salud Mental, realizó del 28 al 30 de octubre de 1987, el Tercer Congreso Latinoamericano sobre Maltrato al Menor. Al evento, concurren especialistas nacio-

nales y extranjeros que deliberaron durante tal evento, los aspectos profesionales del problema, la detección e investigación científica del menor en esas condiciones y el papel de las Instituciones médicas en la prevención del síndrome, entre otros temas (García Guerra, 1987).

Es así como entidades públicas y privadas han efectuado conferencias, - mesas redondas y otros actos análogos referentes a la materia de estudio.

Ya que en términos generales, éste es el panorama histórico de la Asistencia Social en México, cabe puntualizar que los cambios que han originado cierta transformación en las acciones tendientes a lograr el bienestar integral y, por lo tanto, la salud, han surgido desde que se desarrollaron las culturas primitivas en México. La visión histórica que permite tener una imagen panorámica de - esos cambios, comprende lo contenido en los códigos de los antepasados, acerca del sistema en que eran educados los menores mexicanos; hasta el presente que - también se encuentra en pleno proceso de transformación.

Es así como el bosquejo histórico sobre el servicio social, en materia de maltrato, plantea cómo la niñez ha cobrado progresivamente una alta trascendencia social. Componentes de esta evolución, han sido la creación de organismos que han pretendido responder a las necesidades urgentes de los niños; primero de sus enfermedades, a través de servicios médicos, posteriormente con programas de beneficencia pública, ante la irresponsabilidad de los padres o custodios o debido a la desgracia que los colocó en situaciones de abandono y más recientemente mediante la asistencia social que pretende proporcionar atención a su protección física, mental y jurídica, ante los diferentes riesgos que pueden atentar y de hecho atentan contra su bienestar, dignidad y vida en general.

Es importante puntualizar aquí la transformación referente a la caridad individual, de ayuda al indigente o al enfermo, para convertirse, en el curso - del siglo XX, en la Asistencia Social. Respecto a ello, Heredia Jasso (1978) --

menciona que en efecto, la caridad es un acto de ayuda que se produce en forma esporádica, cuando la enfermedad o el daño se han producido. En cambio la Asistencia Social se define como preventiva, puesto que funciona sobre la base de que es posible prevenir la enfermedad, tomándose con anticipación las medidas adecuadas.

Surge entonces la Asistencia Social, al descubrirse que existen causas dentro de la sociedad que condicionan y producen la desdicha humana, con lo cual se deja de considerar a ésta como una fatalidad inexorable del destino. Es así como la sociedad contemporánea ha llegado a tal Asistencia Social que trata de analizar las causas con fines de rehabilitación y de superación del desvalido.

A pesar de que tales postulados son el propósito y fin de la citada asistencia y de que realmente a través de casi o más de un siglo se ha dado un gran paso con respecto a la caridad cristiana, el Síndrome del Niño Maltratado en México, es un fenómeno relativamente nuevo, ya que como se mencionó, en el año de 1966 fué identificado como tal, y no fué sino hasta 1983 cuando se formó un Consejo Consultivo con la finalidad de realizar acciones en beneficio del menor maltratado.

Como puede apreciarse, este síndrome es un tema reciente, en relación al conocimiento y tratamiento de la problemática existente a pesar de que la Asistencia Social se pretende desde hace más o menos un siglo.

## 2.2 Instituciones en Materia de Maltrato Infantil.

El Bosquejo Histórico sobre el servicio de atención al maltrato del menor, plantea como la niñez mexicana ha cobrado progresivamente una alta trascen

dencia social, además del ancestral valor emocional que se le ha concedido.

Es por ello que con el fin de atender a la infancia, han sido creadas - diversas Instituciones tanto Públicas como Privadas, encontrándose entre las - primeras:

2.2.1 El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y,

2.2.2 El Instituto Nacional de Salud Mental.

Entre las privadas:

2.2.3 Padres Afectivos.

Cabe destacar que independientemente del sector al que pertenezcan, han enmarcado la atención al menor maltratado como uno de los objetivos fundamenta- les en sus actividades.

#### 2.2.1 Sistema Nacional Para El Desarrollo Integral de La Familia (D I F).

Este Organismo Público descentralizado, posee actividades y servicios - orientados a la promoción del bienestar social de la población del país; "prefe- rentemente de la que guarda una situación económica, social y cultural desfavo- rable, así como de la que enfrenta problemas físicos; población que sufre seve- ras marginaciones que le impiden integrarse plenamente a la vida productiva, so- cial y política de la nación, en el contexto familiar y dentro de su comuni- dad". (7)

Asimismo, al Sistema le corresponde preservar los valores étnicos, mora- les y socioculturales que garanticen la integración y mantenimiento de la fami- lia actual y futura de México.

Con estos fines, se ha determinado como parte de sus objeivos el impul- so al sano crecimiento físico y mental de la niñez, la operación de estableci- mientos de asistencia social, la realización de estudios e investigaciones sobre

los problemas de los menores y la prestación de Servicios de Asistencia Jurídica y de orientación Social a éstos (DIF, 1985).

Es por ello, que con el fin de garantizar la eficiencia y la continuidad de sus acciones, el 31 de Agosto de 1983 fueron establecidos los 9 programas de trabajo a través de los cuales presta sus servicios:

- Programa de Integración Social y Familiar,
- Programa de Asistencia Social a Desamparados,
- Programa de Asistencia Educacional,
- Programa de Rehabilitación,
- Programa de Asistencia Social Alimentaria,
- Programa de Promoción del Desarrollo Comunitario,
- Programa de Desarrollo Cívico, Artístico y Cultural,
- Programa de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos e Investigación y,
- Programa de Asistencia Jurídica (Anexo No. 1).

Tomando en consideración que los fines que se persiguen son los de conocer qué hace el DIF por el menor maltratado, se detallará únicamente el programa de Asistencia jurídica, ya que directamente se aboca al maltrato infantil. Sin embargo, es conveniente mencionar que de una u otra forma, cada uno de los 9 programas contribuyen a disminuir la situación estresante familiar o los factores medioambientales de las familias y comunidades que podrían incidir sobre el niño maltratado o potencialmente maltratado física y/o emocionalmente.

#### 2.2.1.1 Asistencia Jurídica.

No hace mucho tiempo, la Asistencia Jurídica que se presentaba en el DIF, "consistía en el estudio sistemático e integral que de la problemática del menor, la madre y la familia, se hacía para proponer las soluciones que fundadas en los principios del derecho, permitieran resolver casos concretos, de tal forma que en muchas ocasiones se buscó y obtuvo con bastante éxito, conciliar los intere--

ses personales de los integrantes del núcleo familiar en beneficio exclusivo de este último". (8) Cuando ello no fué posible, se proporcionaba representación -- gratuita ante los tribunales competentes, a la parte más débil, promoviendo la -- salvaguarda de los derechos que contribuyen a consolidar la familia y la integri-- dad física de sus miembros.

Cabe aclarar, que este programa se realiza a través de la Procuraduría de la De-- fensa del Menor y la Familia y del Departamento de Servicios Sociales, como órga-- nos especializados del Sistema Nacional, los cuales tratan de cumplir con los -- objetivos encomendados por el Ejecutivo Federal.

#### 2.2.1.1.1 Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia.

Este organismo lleva a cabo actividades consistentes en la prestación -- permanente y gratuita de servicios de Asistencia Jurídica a menores, ancianos y -- minusválidos en estado de abandono; así como la investigación de la problemática -- jurídica que los aqueja, tanto con elementos propios del DIF como en coordina -- ción con otras instituciones afines. Consecuentemente, se aboca a la divulga -- ción y enseñanza de los instrumentos jurídicos entre la comunidad, a la asesoría -- legal tendiente a resolver la problemática en este campo, de los integrantes de -- las familias y de la comunidad; o bien, a la representación de los menores y/o -- sus poderhabientes cuando se afecten los intereses de los primeros y a la fami -- lia cuando se atenta contra su seguridad o integridad (Manterola Martínez, 1984). Asimismo, dentro de este marco se ha promovido a nivel nacional la creación de -- juzgados especializados en materia familiar, contándose con 24 en el mismo núme -- ro de entidades federativas (DIF, 1985).

De acuerdo al DIF (1984), también se desarrollan los trabajos siguientes: -- prestación de servicios de orientación al público solicitante, respecto de las -- diversas instituciones a que puede recurrir para resolver su problemática jurí -- dica, social; difusión y divulgación del funcionamiento de las instituciones ju --

rídicas de derecho familiar; asesoría jurídica social a la población que acude a los centros para el desarrollo de la comunidad y asesoría proporcionada por pasantes de derecho.

Tomando en consideración lo antes señalado, puede indicarse que en general, las funciones de la Procuraduría son:

- " - Formular proyectos de leyes, decretos y reglamentos,
- Atender los contratos y convenios y,
- Tratar asuntos legales ante autoridades y terceros ". (9)

Puede subrayarse, que específicamente en relación al niño maltratado, - la Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia realiza las siguientes acciones:

- La elaboración de sentencias y fallos,
- Dar en custodia al infante, ya sea a algún familiar o en alguna Casa Hogar y,
- Llevar los procesos de adopción en los casos que lo requieran (DIF,1985).

Sin embargo, es preciso hacer notar que la Procuraduría únicamente puede proceder a demandar a algún custodio, cuando exista alguien que lo solicite.

Esto es, aunque se tenga conocimiento del maltrato, sólo puede demandarse cuando alguien levante la denuncia a través de cualquier medio. Debido a ello, la Procuraduría General de Justicia del D.F., estableció un acuerdo que se notificó a través de una circular dirigida a los titulares de cada área de la citada Procuraduría, a efecto de que en el Ministerio Público, en atención a sus atribuciones, "cuando tenga conocimiento de algún caso de niño abandonado o maltratado, levante la averiguación previa correspondiente, marcando copia a la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia para que ésta última pueda auxiliar, si el caso lo amerita, al ofendido y a la familia; asimismo, en diversa circular giró instrucciones de prestar amplias facilidades a los Trabajadores Socia-

les del Departamento de Servicios Sociales del Sistema en el desempeño de sus labores". (10)

#### 2.2.1.1.2 Departamento de Servicios Sociales.

Como ya fué mencionado, este Departamento colabora estrechamente con la Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia en los casos de maltrato. Es importante puntualizar que está integrado por dos oficinas generales, las cuales se dividen en secciones:

1. Oficina de Integración Familiar. La cual se apoya en las siguientes tres secciones:
  - Integración Familiar,
  - Coordinación de Internados y,
  - Prevención del Maltrato al Menor (PREMAN).
2. Oficina de Readaptación y Orientación Laboral. De ella dependen tres secciones:
  - Orientación Laboral,
  - Libertad Vigilada y,
  - Prevención y Orientación Psicológica". (11) (Anexo No. 2)

En relación a ello y de manera general, en este Departamento se desarrollan las siguientes actividades: estudios en forma integral sobre la problemática de los infantes albergados en las Casas Cuna y Hogar, para resolver los problemas que estos enfrentan a fin de integrarlos al núcleo familiar, ya sea en el propio o dándolos en adopción; readaptación social para menores infractores bajo libertad vigilada; atención a menores que se encuentran en condiciones de desamparo, por abandono u orfandad, canalizándolos a las instituciones adecuadas para su custodia, educación e integración familiar; prevención de la farmacodependencia y atención psicológica (DIF, 1984).

Específicamente, dentro de este departamento como ya se ha apuntado, opera una sección que ofrece servicios permanentes para la atención y prevención del Maltrato a Menores, denominada PREMAN (Prevención del Maltrato al Menor), en

la que se consideran acciones de investigación y coordinación con instituciones afines.

2.2.1.1.2.1 PREMAN. Este Programa, tiene como objetivo primordial "el rehabilitar y readaptar a aquellos menores que han sido víctimas de la agresión".<sup>(12)</sup> Esto es, "velar por el bienestar y desarrollo de los infantes que son objeto de malos tratos por parte de sus padres o tutores, canalizando acciones de prevención, detección y tratamiento".<sup>(13)</sup>

Para el cumplimiento de este objetivo, el DIF contempla metas inmediatas que se podrían reducir a la detección y asistencia a menores maltratados; y mediatas, en cuanto a la estimación de la magnitud del problema dentro de la Sociedad Mexicana para establecer y conducir programas de orientación y prevención a grupos, instituciones afines y a los DIF Estatales que asistan a niños con este problema, prestando asesoría y capacitación (Pérez Abrego, 1983).

En términos generales, y de acuerdo a Gómez Torres y cols. (1986) el funcionamiento de DIF- PREMAN es el siguiente:

- Recibir y atender denuncias manifestadas en carta, telegrama, por teléfono o personalmente,
- Realizar visitas domiciliarias,
- Detectar los factores predisponentes del hecho de maltratar físicamente a los niños,
- Referir el tratamiento que necesariamente deben recibir el menor afectado y su familia,
- Establecer coordinación con instituciones públicas,
- Controlar derivaciones internas y externas,
- Distribuir el trabajo para zonas,
- Continuar el trabajo en el archivo, cancelar y realizar trabajos estadísticos y,
- Coadyuvar a la protección del infante y a el logro del sano desarrollo de su personalidad, a través de orientación a la familia.

Para lograr el cumplimiento de tales actividades, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, hace uso de sus 23 centros de desarro-

llo de la comunidad y 22 centros familiares, localizados en el Distrito Federal, con la colaboración de los 31 DIF Estatales, "a través de los 3285 Comités Municipales, en capitales como: La Paz, Baja California Sur; Mexicali, Baja California; Jalapa, Veracruz; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Morelia, Michoacán; Ciudad -- Victoria, Tamaulipas; Oaxaca; Monterrey y Nuevo León, a fin de exponer a los Directores Estatales la necesidad de que en cada una de las entidades federativas se establezcan acciones en favor de los menores maltratados, proponiendo la --- creación de un Consejo Consultivo Estatal".(14)

Con el propósito de cumplir las acciones señaladas por el DIF, en PREMAN se ha establecido el siguiente procedimiento a desarrollar cuando existe el conocimiento de cualquier caso de maltrato infantil.

2.2.1.1.2.1.1 Procedimiento. De acuerdo a Manterola Martínez (1984), - este punto se sitúa de manera vinculada y simultánea en tres áreas; jurídica, - médica y social, que coordinadas brindan servicio en tres aspectos:

- 2.2.1.1.2.1.1.1 Asistencia y Rehabilitación,
- 2.2.1.1.2.1.1.2 Investigación y,
- 2.2.1.1.2.1.1.3 Prevención.

A este respecto, y con el propósito de obtener un panorama real y más - completo se explican a continuación las actividades que se realizan en los tres puntos antes mencionados, de acuerdo a Torres (DIF, 1984).

2.2.1.1.2.1.1.1 Asistencia y Rehabilitación. Ante casos de maltrato, en este rubro se realizan las 8 acciones específicas siguientes:

1. Recepción de la Denuncia. El procedimiento de las unidades responsables en relación a las acciones que el DIF realiza tocante al maltrato infantil, se inicia mediante la recepción de las denuncias durante las 24 horas del día - incluyendo sábados, domingos y días festivos en el área DIF - PREMAN, del Departamento de Servicios Sociales; el cual está localizado en Xochicalco No. 947 -

primer piso, Colonia Portales en México, D.F. Inmediatamente, la denuncia es registrada y se procede a distinguir el tipo de la misma, según su procedencia: - en Institucional, Anónima o por Confesión Voluntaria. Es preciso indicar que - todas son importantes, pues la Institucional llega derivada de Instituciones Médicas, Procuraduría del D.F., Departamento del Distrito Federal, Escuelas y Centros Familiares, entre otros; la Anónima, se obtiene por vía telefónica, carta, telegrama, o bien, se presenta directamente alguna persona que no desea hacer saber su nombre, y finalmente la Confesión Voluntaria ocurre cuando las personas activas del maltrato se denuncian.

Cabe aclarar que cuando la denuncia es hecha por un Hospital, se solicita que notifiquen al Ministerio Público y una vez que se levanta el acta, se sugiere pidan la averiguación previa (Cruz López, comunicación personal, Marzo 25, 1987).

Como se puede observar, las vías de comunicación pueden ser telefónicas, escritas o directas.

2. Elaboración de la Denuncia. Este punto consiste en la recopilación de datos sobre el menor o menores agredidos, así como el domicilio o lugar de localización; se anota el tipo de maltrato y las características del agresor, - una forma a la cual se le da un número progresivo para su manejo.

3. Investigación Inicial. Inmediatamente se procede a la verificación de la denuncia por un Trabajador Social adscrito al Area DIF - PREMAN, que realiza la investigación inicial; es decir, dicho profesional detecta a través de la técnica de la entrevista y la observación directa: la habitualidad, la violencia, la intencionalidad, la relación de parentesco, ya sea de consanguinidad, afinidad o parentesco civil.

De la búsqueda de esta información, se derivan estrategias que permiten al Trabajador Social alcanzar el objetivo del programa, determinando esquemas -

básicos operativos que abarcan: la investigación, el diagnóstico, la planeación, el tratamiento y la evaluación.

Es así, como la investigación y el planteamiento de un diagnóstico son la parte de mayor importancia debido que al precisar qué es lo que se va a hacer y hasta dónde se pretende llegar, ubican al profesional en el problema; por lo tanto, se propone la asistencia integral de la familia, donde intervienen las tres áreas antes anotadas: jurídica, médica y social.

La forma de iniciar la investigación, consiste en asistir al lugar de ubicación de la vivienda; hecho que por sí solo proporciona información sobre los beneficios urbanos que están al alcance de la familia, así como la forma, distribución, mobiliario y uso de la vivienda, observaciones que dan una imagen de las necesidades y hábitos que se practican. Es entonces cuando se busca platicar con el padre, madre o responsable del menor a efecto de corroborar los datos de la denuncia. Es común, que éstos no acepten que maltratan al niño; por lo que, a través del diálogo se busca evidencia del mismo. Si ésta evidencia no es clara por sí sola, se investiga si en el cuerpo del menor existen huellas físicas de lesiones, como son: moretones, quemaduras, fracturas, etc., y se destacan entonces mediante la entrevista, los antecedentes circunscritos al maltrato ubicando su origen, el estado de salud, la dinámica familiar y la existencia de signos psicológicos producidos por privación emocional, descuido y desamparo entre otros aspectos.

Cabe mencionar, que la familia que se investiga debe aceptar en forma voluntaria, la intervención del Trabajador Social, ya que al asistir éste al domicilio, existe el temor de los agresores a verse implicados en procedimientos jurídicos, lo que dificulta en muchos casos la labor del profesional. Es decir, el agresor al sentirse descubierto puede tomar una actitud de defensa evadiendo toda responsabilidad con argumentos muy variados y en algunas ocasiones hasta ofen

sivos.

4. Supervisión. Esta área, tiene a su cargo orientar sistemáticamente y en conjunto con las Trabajadoras Sociales del Departamento de Servicios Sociales, el seguimiento técnico y metodológico de cada caso.

Es importante mencionar, que si aquí se detecta alguna ocasión donde no se permita ni acepte la intervención de la Trabajadora Social, se realizan ciertas acciones referentes a coordinarse con las Agencias Investigadoras del Ministerio Público y con la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, a --- efecto de que proporcionen la ayuda necesaria para dar la asistencia inicial a los menores maltratados.

5. Elaboración de Estudio Socioeconómico. Una vez corroborada la existencia del maltrato, el Trabajador Social, procede a elaborar la cédula de Estudio Socio-económico (Anexo No. 3), documento que tiene el objeto de registrar - el caso en forma de expediente, el cual pasará al Archivo del Departamento de - Servicios Sociales después de haber sido integrado y supervisado por la persona encargada. Si esta denuncia resulta ser falsa, porque así lo indique la verificación, igualmente se procede a su archivo.

6. Tratamiento de Zona. Cuando la denuncia resulta ser cierta, se canaliza a las tres áreas mencionadas: jurídica, médica y social. Por lo que toca a la jurídica, los casos de maltrato se hacen del conocimiento del Ministerio - Público y de las Autoridades Jurisdiccionales correspondientes, llevándose a - cabo desde la averiguación previa (Corroboración del maltrato), exposición al - menor (dónde se queda en custodia mientras tanto), hasta la sentencia, a fin de que resuelvan lo que en derecho proceda en cuanto a la patria potestad, custodia o tutela. En el área médica, se atienden a los menores que requieran atención de esta naturaleza y de manera integral (física, psicológica y psiquiátrica), contándose con la atención proporcionada en la Clínica del Niño Maltratado,

el diagnóstico y la terapia correspondiente. Por último, en el área social, que comprende: investigación, diagnóstico y tratamiento social, se proporciona ---- orientación a los padres y a sus victimarios, se efectúan las gestiones adecuadas, cuando el caso amerite albergue temporal, y en general, se realiza la coordinación necesaria para atender al menor.

De este modo, una vez que el Trabajador Social tiene asignado el caso, procede a impartir el tratamiento social sugerido por el grupo multidisciplinario, mediante entrevistas abiertas y dirigidas tanto en el domicilio con el grupo familiar, como en la oficina. En dicho tratamiento, pueden emplearse técnicas como: terapia de apoyo, sensibilización, terapia de encuentro, entrevista - informativa, enseñanza a través de preguntas, motivación y la más frecuentemente utilizada, consejo individual (Asencia Ríos y Ayala Balcázar, comunicación personal, Abril 1, 1987). Asimismo, las Trabajadoras Sociales realizan canalizaciones internas y externas coordinándose con diferentes Instituciones en el D.F., incluso con el DIF de cada Estado al informar por escrito las acciones efectuadas; así también, elaboran resúmenes para la revisión del caso (Anexo No. 4) en la Clínica del Niño Maltratado, donde participan en sesiones obteniendo sugerencias para el tratamiento.

Además, de acuerdo a las necesidades detectadas en el Estudio Social, - las Trabajadoras Sociales a través del tratamiento, pueden proporcionar asistencia sobre cuidado de los hijos, orientación familiar, servicios de higiene, relaciones y comunicación familiar, fungiendo como conciliadores de la misma y - concientizándolos a sus integrantes a través de las pláticas y técnicas antes mencionadas. Es importante subrayar de acuerdo a Cruz López (1987), que para cada caso, el tratamiento en promedio tiene una duración de seis meses.

7. Informe de Acciones. La organización para el trabajo diario se inicia con la calendarización de las visitas domiciliarias (Anexo No.5) de los ca

Los registrados en tratamiento. Esta calendarización, se realiza cada dos semanas en un documento que lleva el nombre de "Programación" (Anexo No. 6), el cual es elaborado por cada Trabajadora Social, de acuerdo con la zona que le ha sido asignada diariamente; respetando este calendario, informa a la Trabajadora Social responsable del Departamento, las acciones que llevó a cabo. Finalmente, redacta por escrito sus actividades en las Hojas de Proceso Social (Anexo No. 7), que pasan al expediente en el Archivo del Departamento de Servicios Sociales.

8. Cierre del Caso. Termina el tratamiento cuando la problemática que hizo intervenir al Departamento ha sido solucionada satisfactoriamente; por lo que la Trabajadora Social elaborará un último resumen, donde solicita el cierre del caso, manifestando acciones que justifiquen se termine el tratamiento social. En otras ocasiones, puede suceder que la familia cambie de residencia al interior de la República y cuando la problemática no ha sido superada aún, el caso es transferido al DIF del Estado correspondiente, manifestando sugerencias para que continúe la vigilancia y tratamiento del mismo.

Finalmente, en ambas situaciones se elabora el acta de cierre en la que participan el Area de Supervisión, la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, la Clínica del Niño Maltratado del Instituto Nacional de Salud Mental (en caso de haber intervenido), y el Departamento de Servicios Sociales; cada uno en el aspecto que le corresponda, para que el expediente pase a Archivo Muerto.

Después de exponer la información más sobresaliente en relación al aspecto de Asistencia y Rehabilitación como parte del procedimiento, es necesario también explicar en qué consisten los otros dos aspectos que lo conforman.

2.2.1.1.2.1.1.2 Investigación. En cuanto a Investigación Documental y de Campo de acuerdo a Torres (1984), el DIF ha establecido estrategias encaminadas a superar mediante el seguimiento de casos particulares, factores que influ

yen o pueden influir en la problemática de maltrato infantil, derivados del estudio sistemático de este problema al proporcionar las soluciones adecuadas a las condiciones generales y particulares, mediante el uso de técnicas de evaluación periódica que han permitido conocer en forma permanente, cuantitativa y cualitativamente, las condiciones circunscritas al maltrato.

2.2.1.1.2.1.1.3 Prevención. Los Sistemas de Prevención están sustentados en los anteriores aspectos de Asistencia y Rehabilitación y de Investigación, a través de programas concretos encaminados a la promoción del bienestar social en un nivel local, regional y nacional, por medio de la difusión y divulgación del problema sobre el abuso y maltrato del menor, enfocándolo a mecanismos de prevención, detección y tratamiento, aunado a la promoción en general del desarrollo de la comunidad y el tratamiento del bienestar familiar (Torres, 1984).

Concerniente a ello, PREMAN realiza pláticas y conferencias en las instalaciones del DIF y/o en los centros que lo soliciten (hospitales generalmente).

Asimismo, a través de los medios de comunicación, principalmente a T.V. y prensa se llevan a cabo labores preventivas. La T.V. promueve anuncios como "cuida do, cuente hasta 10", "mucho ojo" y "lo mejor de nuestra vida queda en familia". Además, incluye programas referentes a temas de maltrato por medio de entrevistas con especialistas en la materia, y temas de seriales que representan tal problemática.

Por otra parte, debido a que el personal del DIF como ya se ha indicado, interviene en el procedimiento descrito anteriormente ante casos de maltrato, es importante conocer que tal institución otorga capacitación a sus miembros en esta área.

#### 2.2.1.1.3 Capacitación del Personal.

Ha sido preocupación del DIF y del Consejo, la capacitación del personal que atiende el problema. Al respecto, el personal de dicha institución (Psi

cólogos, médicos, abogados, psiquiatras, etc.) han asistido a conferencias, congresos, talleres, seminarios y reuniones de trabajo, a fin de organizar la intervención profesional en el tratamiento integral de los casos.

En lo que se refiere a este aspecto, de acuerdo a lo expresado por Ruíz Pérez (1984), los miembros del Consejo Consultivo recomendaron la asistencia -- del personal de la sección DIF - PREMAN del Departamento de Servicios Sociales y de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia a tales eventos, como fueron: los organizados por el Departamento de Servicios Sociales del DIF, con los temas: Desarrollo del Niño, El Menor Maltratado, Dinámica Familiar, Desarrollo Psicosexual; la Procuraduría General de Justicia del D.F., con el tema: El - Funcionamiento en la Práctica de los Agentes del Ministerio Público. Asimismo, - agrega que se han llevado a cabo cursos de actualización para Trabajadores So-- ciales, a través del Instituto de Formación Profesional de la Procuraduría Gene-- ral de Justicia del D.F., y cursos relativos a Capacitación sobre Prevención de la Farmacodependencia. También señala que la Unidad de Promoción Voluntaria del DIF, organizó cuatro cursos de capacitación para damas voluntarias, debido al - interés manifiesto en atender el problema de los menores maltratados, para lo - cual, la Dirección de Asuntos Jurídicos del DIF participó en cuatro ponencias - con los temas: Orientación Psicológica, Desintegración Familiar como Problemáti-- ca Actual de México, Menores Infractores y Prevención de Menores Maltratados.

En cuanto a Congresos y seminarios, el personal (Trabajadores Sociales y Psicólogos), asistió al VI Congreso de Trabajo Social: La Familia sus Conflic-- tos y sus Soluciones, realizado por la Asociación Nacional de Trabajadores del Centro de Estudios Superiores en México; al Seminario Latinoamericano de Traba-- jo Social, organizado por el Centro de Estudios Latinoamericanos y Sociales; Se-- minario sobre Manejo Actual del Niño Maltratado, expuesto por el DIF; Primer - Seminario de Actualización: La Aplicación de la Metodología e Investigación en

Trabajo Social dentro de las Instituciones y la Extensión Comunitaria, organizado por la Escuela de Trabajo Social dispuesto por el Nacional Monte de Piedad y al Síndrome del Niño Maltratado, planteado por la Cruz Blanca Neutral A.C. - (DIF, 1984).

Específicamente, las áreas de medicina, psicología, psiquiatría y trabajo social, de acuerdo a informes proporcionados por el DIF (1984), asistieron - al V Congreso Internacional sobre Menores Maltratados y Abandonados, organizado por la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y Abandono del Menor, celebrado en Montreal, Canadá, en el mes de septiembre de 1984. Asimismo, - indica que psicólogos, médicos, psiquiatras, trabajadores sociales y miembros - del personal, concurrieron al Simposio denominado Síndrome del Niño Maltratado, organizado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con sede en el Hospital Darío Fernández.

Posteriormente, Ruíz Pérez (1984) señala que los trabajadores sociales, psicólogos, médicos y psiquiatras, asistieron a los talleres de: Capacitación y Adiestramiento sobre Casos DIF - PREMAN, Actualización sobre Dinámica de Grupos y Praxis de Trabajo Social en las Instituciones, organizado por el Departamento de Servicios Sociales y el Instituto Nacional de Salud Mental - DIF.

De esta manera, concluye la descripción de las acciones realizadas por - el DIF en beneficio del menor maltratado. Sin embargo, existen ciertos puntos de interés, en los cuales es necesario puntualizar.

Desde 1984, esta Institución busca la promoción del bienestar social de la población infantil, pero aún a pesar del apoyo público y privado con que cuenta, no logra plenamente sus objetivos en relación al maltrato.

Respecto a ello, cabe tener presente que en la República Mexicana, cada DIF lleva a cabo sus funciones de manera que sólo abarca la entidad federativa - que le corresponde. En cuanto a ésto, el DIF del D.F. únicamente controla los ca

sos del mismo, y no cuenta con estadísticas relativas al trabajo que se desempeña en el interior de la República, ya sea en cuanto a incidencia y/o manejo de la problemática de maltrato (Cruz López, comunicación personal, Marzo 25, 1987).

Esto muestra como dicho organismo, siendo la única institución gubernamental a la cual se destina como una de sus funciones el estudio del problema de maltrato, no cuenta por causas desconocidas con una información veraz del problema; sino por el contrario, se halla seccionada. A ello se debe el hecho como se verá posteriormente, de que se desconozca la incidencia real del maltrato infantil en México, que de alguna manera obstaculiza el conocimiento del problema disminuyéndose en gran medida la coordinación de acciones y esfuerzos en pro del menor maltratado y el que se tomen las medidas más idóneas para su solución.

Al respecto, cabe puntualizar que para 1987 solo se contaba con la publicación de los datos registrados de Mayo de 1982 a Marzo de 1983; publicación que fué impresa hasta 1985. Este atraso en el conocimiento de los datos estadísticos, impide obtener una visión real de la magnitud actual del maltrato y de los efectos de las acciones del DIF para el menor.

Por otra parte, dicha Institución a través de el programa PREMAN como ya fué anotado, establece como meta el velar por el bienestar y desarrollo de los menores que son objeto de malos tratos. Podría entenderse que además de brindarles tratamiento jurídico, médico y social, se compromete a que una vez dada la solución pertinente a la problemática del menor, vigile que su desarrollo sea el adecuado; es decir, que no existan reincidencias de episodios de malos tratos a través de seguimiento de casos. Sin embargo no existe tal seguimiento, ya que una vez cerrados no se realiza ningún tipo de inspección, entrevista o visita domiciliaria que proporcione alguna información respecto a que el infante se encuentra en condiciones de salud física y emocional estables.

De acuerdo a Cruz López (comunicación personal, Mayo 25, 1987), únicamente existe seguimiento cuando se presenta una reincidencia posterior al cierre del caso, y a través de denuncia se vuelve a reabrir el expediente para ser tratado nuevamente. Cabe puntualizar que este hecho de reabrir expediente cuando existe otra denuncia, no se le puede llamar "seguimiento"; al contrario de la manera que se le concibe, esclarece que el tratamiento dado anteriormente, no cumplió con todo lo propuesto, revelando una carencia en la metodología establecida y una gran ineficacia en el servicio que se presta a la comunidad.

Además, por lo que respecta al Area Jurídica, la Procuraduría puede proceder a demandar a algún custodio, en el único caso de que exista alguien que lo solicite; ello origina que aunque se tenga conocimiento de malos tratos hacia un menor, únicamente puede protegerse legalmente al mismo, cuando alguien levanta la denuncia en la Procuraduría. Posteriormente, agrega que cuando se tenga conocimiento de la existencia de maltrato, se levante un acta de averiguación previa, con el fin de que la Trabajadora Social realice una investigación para corroborar su existencia. Sin embargo, cabe hacer una objeción: se sabe que la víctima de la agresión es frecuentemente objeto de repetidas agresiones, agresiones que como ya se mencionó en el anterior capítulo van desde golpes leves hasta graves lesiones físicas. De este modo, cuando se sospecha que un niño es maltratado, todo el tiempo que la Procuraduría tarde en realizar los trámites para llevar a cabo la averiguación previa, es el tiempo en que el menor lamentablemente está expuesto a sufrir un daño físico o psicológico mayor; o bien, que a consecuencia de las lesiones inflingidas el daño sea irreversible, pudiendo llegar hasta la muerte.

Al respecto, el Dr. Foncerrada del Centro Médico Nacional del INSS en 1983, hace notar que faltan mecanismos eficientes para obtener con rapidez un dictámen legal que otorgue la custodia a una Institución de Protección a la Ni

ñez, sin que ésta exija al Hospital en el cual se atendieron las lesiones de un posible niño maltratado, que ésta última obtenga de los padres su consentimiento por escrito. Esta exigencia retarda el traslado del menor y contamina la relación con los padres a un grado tal que a menudo invalida por completo el esfuerzo por lograr la rehabilitación familiar. Asimismo, resulta absurdo que en algún caso, la Procuraduría de la Defensa del Menor ordene la devolución del niño a sus padres, basándose en los mismos datos, sin mediar una investigación propia, como la que lleve a plantear la necesidad de separar al infante de su ambiente. A lo anterior, agrega el hecho de que no exista coordinación institucional adecuada, ya que la información es prácticamente nula sobre casos referidos a la Procuraduría de Justicia del D.F., a través de una Agencia del Ministerio Público, o a la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, cuando se trata de pacientes foráneos así sean del Valle de México pero fuera del D.F., o sobre deserciones y denuncias.

Por otra parte, en cuanto a PREMAN, en muchas ocasiones establece que cuando el caso lo amerite se le proporcionará al niño albergue temporal. Pese a ello, si es necesario trasladarlo a un Orfanato o Casa Hogar, el DIF - PREMAN exige como requisito indispensable que el menor posea un nivel de educación escolar correspondiente a su edad cronológica (Cruz López, comunicación personal, Marzo 25, 1987), hecho que es casi imposible debido a que el niño que pasa la mayor parte de su vida dentro de un ambiente agresivo no logra desarrollar óptimamente sus potencialidades. Ello se refleja y repercute en su aprendizaje, resultando muy probable y lógico que tenga dentro de su historia escolar uno o más años repetidos, y por lo tanto resulta muy difícil alcanzar el criterio establecido por PREMAN. En otras circunstancias, como menciona Foncerrada (1983), el paciente agredido es internado en el Hospital y permanece en él por espacio de 8 meses o más, debido a que no se le puede encontrar un lugar idóneo, ya que

las Instituciones de Asistencia a la Niñez no lo reciben por algún retraso psicomotor y/o problemas infecciosos frecuentes.

Por ello, cabe puntualizar que es lamentable apreciar que de todos los casos de maltrato que son manejados, solo al 40% se le proporciona tratamiento psicológico y de salud en algún centro, tanto al niño como a sus padres (Cruz López, comunicación personal, Marzo 25, 1987). Lo que hace pensar en el 60% restante de esos niños agredidos: ¿Realmente se les está dando tratamiento?, ¿Es el adecuado?, ¿Se están tomando las medidas pertinentes para su solución?. De hecho, ya que se piensa que el actual tratamiento de la problemática del maltrato, logra sus objetivos en sólo una parte del total de casos manejados, puede asegurarse que falta mucho por recorrer para poner fin a tal problemática.

A lo anterior, puede agregarse el hecho de que PREMAN no cuenta con profesionales altamente preparados; por su formación, no están plenamente capacitados para manejar técnicas, ni mucho menos terapias psicológicas tanto a nivel individual como familiar, aunque tengan pleno contacto y conocimiento con los casos de maltrato en repetidas ocasiones y circunstancias. Al respecto, se observa que el personal con que cuenta DIF - PREMAN está formado por: un Jefe de Sección, 27 Trabajadoras Sociales y dos Supervisoras. Es importante hacer notar, que de las 27 Trabajadoras Sociales, sólo 3 cubren el nivel académico de Licenciatura, y las restantes se han formado a través de la práctica. Además, la gran mayoría se concentra durante el día y en la noche, solo permanecen a cargo dos Trabajadoras Sociales; los sábados y domingos, únicamente permanece una Trabajadora Social (Cruz López, comunicación personal, Marzo 25, 1987).

Cabe indicar, que la mayor parte del tratamiento que los integrantes de PREMAN realizan, se efectúa a través de entrevistas domiciliarias, las cuales están supeditadas al número de expedientes que maneja cada Trabajadora Social; de manera que frecuentemente, solo se realiza una por caso al mes. Esto es de-

bido a que se cuenta en promedio con 40 casos o más por Trabajadora Social ---- (Cruz López, comunicación personal, Marzo 25, 1987). Si se toma en considera-- ción que se requiere de un tiempo considerable para establecer el plan de trabajo a seguir con cada caso, se disminuye en mucho la probabilidad de que el manejo que se dé, sea el más adecuado por la sobrecarga de trabajo.

Por otra parte, la Trabajadora Social en PREMAN se encarga de vigilar - la evolución de la familia implicada en maltrato, informándose tanto de la asistencia de los padres a centros de salud para su tratamiento, de la situación familiar en cuanto a relación entre la pareja, y entre padre o madre - hijo, como de controlar la no reincidencia del maltrato, etc. Además, pese a que dentro - sus funciones incluye la cooperación y coordinación con otras disciplinas (por ejemplo, Medicina, Psicología, etc.) en la realización del estudio de caso, en la práctica real, no se lleva a cabo (Asencio Ríos y Ayala Balcázar, comunicación personal, Abril 1, 1987).

Otro aspecto que cabe puntualizar, es el relativo a que dentro de las - funciones de PREMAN se contemple el detectar los factores predisponentes del hecho de maltratar físicamente a los niños. Sin embargo, no se menciona el maltrato emocional claramente explícito dentro de sus objetivos. Igualmente, a pesar de que el Departamento se llama Prevención del Maltrato al Menor, pocas son las acciones que en realidad se destinan a prevenir el maltrato antes de que éste - ocurra. Es aquí donde cabe subrayar que a nivel comunitario no se realizan labores preventivas; es decir, a través de las delegaciones, aunque solo fuera en -- las de mayor incidencia. No obstante, a través de la T.V. se transmiten mensajes preventivos, actualmente estos anuncios son mínimos e insuficientes. Por -- otra parte, aunque se cuenta con el apoyo de la prensa con el fin de proporcionar al público lector el conocimiento y difusión de la problemática, este apoyo no es uniforme. En muchos periódicos, por ejemplo, no se menciona nada rela-

cionado al maltrato aunque se haya realizado algún evento importante. Además, - los casos de maltrato se incluyen la mayoría de las veces en periódicos de nota roja, por lo cual no se atribuye la credibilidad suficiente por parte de los -- lectores, ni se produce la difusión del conocimiento de la problemática en sujetos que rechazan tales informes.

Cabe mencionar, que también desde 1984, se cuenta dentro de los objetivos del DIF, la realización de estudios e investigaciones sobre la problemática de los menores. Al respecto y hasta 1987, los estudios e investigaciones sobre maltrato al menor incluyen fundamentalmente ideas recabadas de publicaciones extranjeras o nacionales.

Asimismo, aunque se realizan cursos, ponencias, seminarios, etc., el costo para asistir a tales actividades es muy elevado, lo cual limita la difusión y el acceso a los conocimientos vertidos en tales eventos. Aunado a ello, está el hecho de que ni los miembros del DIF - PREMAN pueden informar acerca de la existencia de resúmenes o grabaciones de tales eventos, y aún menos del lugar donde puedan obtenerse.

Por todo lo expuesto, cabe concluir que si bien México cuenta con DIF - PREMAN para la prevención del maltrato al menor, todavía falta por un lado refinar los métodos y sistemas organizativos que lleven al conocimiento más profundo de la problemática, y por el otro, que se tomen las medidas más idóneas para un eficaz estudio y tratamiento del maltrato que conduzcan a su solución.

## 2.2.2 Instituto Nacional de Salud Mental.

Como ya se mencionó, es la dependencia del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, encargada de diseñar, instrumentar, realizar y evaluar programas de investigación científica y desarrollar la tecnología apropiada a fin de calificar y cuantificar los problemas que afectan la Salud Men -

tal de la población objetivo del Sistema y sentar las bases para su manejo, tratamiento adecuado y oportuno, y lo que es más importante, para su prevención -- (INSM - DIF, 1987).

Cabe señalar, que en general entre las funciones que realiza están:

- " - Implementación de programas de investigación médica y social en el campo de la Salud Mental de la población,
- Formar, adiestrar y capacitar personal profesional, técnico y paramédico en las Ciencias Biológicas, Sociales y de la Conducta, relacionadas directamente con problemas de Salud Mental, en la niñez, - invalidéz y ancianidad,
- Proporcionar atención médica, por medio de consulta externa a niños, minusválidos y ancianos con alteraciones de la Salud, a fin de propiciar el cumplimiento de las atribuciones de investigación y enseñanza,
- Difundir a través del Comité de Edición y Divulgación Científica - del Sistema, los procedimientos normativos recomendables, en materia de Salud Mental, producto de las investigaciones y experiencias en el campo de Asistencia Social,
- Apoyar el desarrollo de la familia y comunidad,
- Promover e impulsar el sano crecimiento físico, mental y social de la niñez,
- Participar en los Programas de Rehabilitación y Educación Especial,
- Informar permanentemente al director general y,
- Las demás que le confiera el Director General del Sistema y las disposiciones legales aplicables". (15)

Para el cumplimiento de tales atribuciones, el Instituto cuenta con cuatro Departamentos, todos ellos interrelacionados en los Proyectos de Investigación y Servicios:

- Departamento de Investigación,
- Departamento de Enseñanza,
- Departamento de Consulta Externa y,
- Unidad Administrativa (Anexo No. 8).

Por otra parte, y además de las actividades que realiza DIF - PREMAN, éste Instituto es el órgano coordinador de las acciones tendientes a evitar el maltrato a los menores desde 1983 por instrucciones del ya mencionado Director General del DIF, Leobardo C. Ruíz Pérez.

Para ello, cuenta con la Clínica del Síndrome del Niño Maltratado que se aboca al diagnóstico, tratamiento e investigación de dicha problemática. Por tanto, a continuación se describen en forma específica, las características de la mencionada Clínica.

#### 2.2.2.1 Clínica del Síndrome del Niño Maltratado.

De acuerdo al Dr. Guiza Cruz (1983), existe un grupo multidisciplinario en el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), que bajo la técnica del estudio, enseñanza y asistencia denominada Clínica, se aboca a revisar el Síndrome del Niño Maltratado en forma conjunta con la Dirección de Asistencia Jurídica - del DIF, con el objeto de encontrar las características que presentan los menores maltratados y sus familias, y con ello orientar un estudio sistematizado -- que fundamente su prevención.

Es así como la Clínica del Síndrome del Niño Maltratado, se encuentra - ubicada en el INSM Anillo Periférico No. 2905, Colonia Magdalena Contreras, -- México, D.F., y se constituye por el conjunto de profesionales que laboran para lograr los mismos fines.

Entre los objetivos que se traza la mencionada Clínica, se encuentran;

##### " General:

Investigar y estudiar los factores que determinan el maltrato al menor y la aplicación, detección, diagnóstico, rehabilitación y prevención del niño y su familia, para lograr un óptimo manejo de estos casos.

##### Específicos:

- Estudiar la bibliografía nacional y extranjera sobre el tema para - estructurar una base teórica aplicable a nuestro medio.

- Dar asistencia al menor maltratado y a su familia,
- Investigar las características del Niño Maltratado, su familia y su entorno social,
- Estructurar normas diagnósticas, preventivas y asistenciales del menor, su familia y su medio,
- Difundir los problemas referentes al Síndrome para la creación de áreas multidisciplinarias que se aboquen al estudio y diagnóstico de casos y,
- Crear un Centro de Información para elaborar la estadística del problema y poder hacer programas de prevención en forma adecuada".(16)

Respecto a la organización, esta Clínica se integra en grupos de trabajo de acuerdo al citado Guiza Cruz (1983), por dos Trabajadores Sociales Psiquiátricos, cinco Psiquiatras Infantiles, dos Psicólogos, una Enfermera Psiquiátrica, un Pediatra y personal de la Dirección de Asistencia Jurídica, con el apoyo de los Servicios de Neurología, Ciencias Sociales, Laboratorio y Gabinete.

Asimismo, es importante resaltar que la mencionada Clínica se encuentra trabajando en las Areas de :

1. Asistencia,
2. Enseñanza,
3. Investigación y,
4. Prevención.

1. Asistencia. En esta área, Guiza Cruz (1983), indica que se estudian los casos de nuevo ingreso al Instituto; los cuales pueden ser canalizados a través del Sector Salud, y no sólo de PREMAN. Añade que dentro de esta área - en primer término, se lleva a cabo una evaluación integral de la problemática, lo cual incluye:

- Revisión de la copia del Estudio Socioeconómico realizado por PREMAN,
- Realización de Historia Clínica Psiquiátrica,

- Aplicación de Estudio Psicosocial,
- Implementación de Estudio Psicológico de los niños y los padres y,
- Valoración por Terapia Familiar.

Estos estudios son elaborados por un grupo formado por: un Psiquiatra, un Trabajador Social Psiquiátrico, un Psicólogo, una Enfermera y dos Trabajadores Sociales (DIF, 1984). Una vez realizados estos estudios, el grupo interdisciplinario los discute y analiza en forma conjunta para llegar a establecer el diagnóstico y tratamiento, proponiendo las recomendaciones y sugerencias de acuerdo a las características particulares; esta acción se denomina Reporte de Guardia. Además, la problemática presentada trata de referirse de acuerdo a los recursos familiares y de la comunidad para su estudio y tratamiento (Pérez Abrego, 1983).

Por otra parte, entre las actividades que desempeña el Psicólogo se incluyen el tratar las alteraciones emocionales, aplicar y evaluar pruebas psicológicas y colaborar en el proceso interdisciplinario de diagnóstico, tratamiento y prevención. Aquí cabe resaltar, que el tratamiento puede ser dirigido a ofrecer tanto psicoterapia individual o de grupo para el niño, como psicoterapia a los padres, ya sea en forma individual, de pareja o terapia familiar. A este respecto, los profesionales encargados del caso particular, efectúan periódicamente juntas de evolución en relación a la gravedad del problema. Debe subrayarse que en general, y de acuerdo al Dr. Guiza Cruz (comunicación personal, Abril 24, 1987), la duración promedio del tratamiento es de 3 a 6 meses, y dependiendo de la magnitud y gravedad del caso, se atienden una hora una vez a la semana.

Asimismo, como ya se ha indicado, semanalmente se reúnen los integrantes de la Clínica del Niño Maltratado y el responsable del Programa DIF - PREMAN del Departamento de Servicios Sociales, a efecto de coordinar las acciones que

realiza el INSM y el Departamento de Servicios Sociales (Torres , G., 1984).

2. Enseñanza. Se aboca a la formación del personal en el Instituto, tanto con enseñanza contnua, como en la participación de seminarios, cursos y conferencias, además de asesorar grupos de estudiantes y pasantes de Medicina, Psicología y Trabajo Social (Guiza Cruz, 1983).

3. Investigación. Guiza Cruz (1983), afirma que esta área incluye estudios sobre las características de los padres, de los menores y de la comunidad, aplicando pruebas psicológicas específicas. Además, se tratan de intercambiar conocimientos y experiencias entre el Departamento de Servicios Sociales, PREMAN y la Clínica. También, se fomenta este intercambio de información con — Instituciones Nacionales, ya sea Públicas (Sector Salud), Privadas (Padres Afectivos), e Internacionales como Padres Anónimos en Estados Unidos (Guiza Cruz, comunicación personal, Abril 24, 1987).

4. Prevención. La realización de las medidas necesarias en esta área son probables a través de los recursos con que cuenta el Sector Salud, ya que deg de el momento en que se atiende la problemática se está previniendo, pues corta la cadena de maltrato (DIF, 1983).

En general, para que la Clínica logre sus fines en cada una de las áreas mencionadas, se cuenta con el apoyo de diversas Instituciones como: la Procuradría de la Defensa del Menor y la Familia, Servicios Médicos Forenses. S.S.A., -- I.S.S.S.T.E, I.M.S.S., Sociedad de Padres de Familia, Cruz Roja, Cruz Verde, Cruz Ambar, Cruz Blanca y Padres Afectivos, principalmente.

Después de plantear las funciones que el INSM y la Clínica del Síndrome del Niño Maltratado se proponen cumplir en el país, se impone la necesidad de - incluir el siguiente análisis a fin de clarificar algunas cuestiones relativas a su funcionamiento.

En primer término, cabe indicar nuevamente que al INSM se le define co-

mo el órgano coordinador de las acciones tendientes a evitar el maltrato; además de que dentro de su Clínica, se ha planteado la meta de investigar y estudiar los factores que lo determinan. También a la citada Clínica, se le ha asignado la detección, diagnóstico, rehabilitación y prevención del Síndrome de Maltrato. Pese a que se tenga contemplado todo lo anterior, no cuenta el Instituto con datos estadísticos que proporcionen una estimación de casos en diagnóstico, tratamiento, ni datos de alta; lo cual disminuye la confiabilidad y constatación de la efectividad tanto de la Institución, como de los profesionales que en ella laboran relacionados con el maltrato.

Cabe señalar, que dentro del Informe de Labores anual que reporta el INSM, pudo verificarse que tienen contacto con diversos problemas como son los de conducta, de aprendizaje, epilepsia, hiperquinesia, trastornos del lenguaje, enuresis, depresión, neurosis de ansiedad, cefaléa, retardo mental, etc. Los citados problemas cuentan con estimaciones de acuerdo a diferentes grupos de edad en los niños que recibieron atención en la Clínica. Sin embargo, la no inclusión de datos estadísticos y el no hacer mención específica a casos relativos a maltrato, hace pensar si en realidad se está tratando este problema de una manera adecuada y certera, originando una gran pérdida de validez a tal Informe de Labores. Por tanto, una Institución como ésta, que se encuentra satisfaciendo y dando solución a problemas diversos en la infancia y que no incluye dentro del Informe de Labores Anual, datos referentes al Síndrome del Niño Maltratado, deja de cumplir satisfactoriamente con el objetivo fundamental para el que fué creado. Asimismo, provoca que se cuestione la manera en que se llevan a cabo las investigaciones sobre la problemática y el servicio a la población, si en primer instancia la Clínica cuenta con un número mínimo de profesionales en relación al gran número de casos existentes en México.

Así también, es preciso subrayar que a pesar de que el INSM está encar-

gado de diseñar, instrumentar, realizar y desarrollar la tecnología apropiada a fin de calificar y cuantificar los problemas que afectan a la Salud Mental, la no difusión y acceso a sus instrumentos de detección, diagnóstico, rehabilitación y prevención, limita gravemente las acciones que pudieran realizarse a nivel institucional en beneficio del niño y custodio implicados en maltrato. Es decir, si la Clínica entre sus funciones se encarga de desarrollar y ha desarrollado los instrumentos propios aplicables al diagnóstico y tratamiento psicológicos del Maltrato, y si se toma en cuenta que en México la creación de tales instrumentos de detección y rehabilitación son mínimos, puede afirmarse que la no mencionada difusión y acceso a tales métodos empleados y/o creados, limita en gran parte la participación en cuanto a prevención, tratamiento y erradicación del problema en el país. Ello, además, minimiza la coordinación e interdisciplinariedad de acciones del organismo con otras Instituciones Públicas y Privadas en cuanto al Maltrato.

Por otra parte, el talento y capacitación de los profesionales en el área psicológica de la Clínica del Menor, se excluye del trabajo llevado a cabo en PREMAN, en cuanto a aplicación y manejo de técnicas psicológicas; por ello, la supuesta coordinación de acciones del departamento antes citado y el INSM, - podría verse altamente disminuida.

Al respecto, puede indicarse que a pesar de que se menciona entre los objetivos del Instituto, la realización de una evaluación integral de cada caso de maltrato que ingresa; en el cual interviene un equipo interdisciplinario --- constituido por miembros del Instituto y por la Trabajadora Social de PREMAN, - dicha participación y coordinación de acciones actualmente no se lleva a cabo.

Esto es debido principalmente, a la lejanía existente entre estas Instituciones y a la poca disponibilidad de tiempo, puesto que son las Trabajadoras Sociales las que tienen que trasladarse al citado Instituto (Cruz López, comunica---

ción personal, Marzo 25, 1987).

Asimismo, muchos factores pueden conjugarse para hacer difícil la tarea del INSM y de la Clínica, cuando intentan rehabilitar a una familia en donde ha ocurrido maltrato grave. Entre ellos destaca, en primer término, la dificultad en establecer una relación de confianza con los padres cuando éstos de alguna manera ven a los profesionales implicados en el caso, como amenaza a su seguridad personal, causa de la pérdida de la custodia del hijo y del rechazo social y familiar. En segundo lugar, debe subrayarse que los horarios de servicios que ofrecen coinciden casi siempre con las actividades laborales y escolares de la mayor parte de la población; y por tanto, interfieren con el funcionamiento del hogar y de la familia. Los padres o custodios, además, deben desplazarse las más de las veces grandes distancias en transportes públicos y encontrar, lo que nunca es fácil, quién les cuide a los hijos para poder asistir a sesiones individuales o grupales; esta situación puede ser causa de deserciones o de dificultades para llevar a cabo, aún planes de tratamiento no demasiado exigentes.

Al respecto, y como ya fué apuntado, el tratamiento que se ofrece normalmente a un caso de maltrato tiene una duración de 3 a 6 meses, dependiendo de la magnitud y gravedad del mismo, atendándose una hora a la semana; lo que se traduce en 12 a 24 horas de sesiones terapéuticas en total por caso. Sin embargo, si se toma en consideración que se realiza un Estudio Psicológico, Médico y Psiquiátrico, que implica elaboración de pruebas, entrevistas, etc., se con-cluye que el tiempo que se destina a cada paciente para su tratamiento es mínimo e incompleto. Además, como no se efectúa ningún seguimiento, no se obtiene información sobre la efectividad del mismo.

Finalmente, puede constatarse al tomar en consideración, el número y amplitud creciente de los medios de comunicación en el país, que la difusión en cuanto a existencia, funciones y actividades tanto del INSM como de la Clínica-

del Síndrome del Menor Maltratado, no son los adecuados ni suficientes.

### 2.2.3 Padres Afectivos.

Es una organización no lucrativa, que como ya se mencionó, trabaja en México, a través de grupos de autoayuda; los cuales se encuentran distribuidos en diferentes áreas de la capital, así como en la provincia. Esto es, "cuenta con 7 grupos diseminados en la Ciudad, así como en Huachinango, Puebla; San Juan del Río, Querétaro; Pachuca, Hidalgo; Tlaxcala; San Luis Potosí; Piedras Negras, Coahuila; Morelia, Michoacán y La Paz, Baja California".(17)

A través de estos grupos de auto-ayuda, pretende mejorar la comunicación entre los miembros de la familia, prevenir el distanciamiento y el maltrato, y ofrecer alternativas y soluciones positivas a los problemas que se presentan.

Su premisa es: "que las personas que tienen problemas comunes pueden trabajar juntas para salvarse ellas mismas, una a la otra, y a sus hijos. Los miembros más antiguos se hacen responsables de los recién ingresados, y a medida que estos van madurando en el grupo, se hacen responsables a su vez de otros más recientes".(18)

Padres Afectivos por tanto, no tiene la pretensión de dar lecciones sobre la forma de ser padre, sino la de lograr una modificación del comportamiento.

Sus fundadores creían que los padres maltratadores debían, ante todo, aprender a conseguir ayuda antes de la crisis, durante ésta y después, y que con el tiempo, debían asimismo aprender a manejar sus sentimientos negativos y a orientar sus actitudes y acciones destructivas hacia canales constructivos.

Con la finalidad de dar a conocer la dinámica implicada en dicha Asociación, a través de los grupos de autoayuda que la sustentan, a continuación se divide su revisión en cuatro aspectos fundamentales:

2.2.3.1 Organización,

2.2.3.2 Funcionamiento.

2.2.3.3 Conceptualización respecto al Problema de Maltrato y,

2.2.3.4 Difusión y Colaboración en los Grupos de Autoayuda.

#### 2.2.3.1 Organización.

Un punto básico y sobre el cual gira la organización, lo constituye lo informado por Chevaili Arroyo, fundador y asesor general de esta Institución — quien arguye: "con amor y la razón como fuerzas principales en la educación de los hijos, se pueden resolver exitosamente los problemas más complejos que presentan los menores cotidianamente. Por ello, los Padres deben cambiar, debido a que los niños están en proceso de cambio". (19)

Por tanto, los objetivos que se persiguen son los siguientes:

- "1. Prevenir problemas que entorpezcan el desarrollo armónico de la familia,
2. Mejorar la comunicación verbal entre los miembros de la familia,
3. Ofrecer alternativas y soluciones positivas a los problemas que se presentan en la familia,
4. Entrenar a personas interesadas en ingresar a la asociación como -- coordinadores de grupo y,
5. Ofrecer cursos de comunicación familiar". (20)

Otros de los objetivos a lograr, citados por Chevaili (1987), son: obtener conocimientos de las necesidades de los menores; de esta manera, se está en mejores posibilidades de ejercer el amor y la razón. Otro, es el compartir la — historia personal, ya que se tiende a manejar como un sistema cerrado, no sólo porque es una experiencia única, sino porque la convivencia con las demás personas siempre tiene límites marcados por los roles sociales, la educación, lo que debe ser o porque se considera que las experiencias más íntimas de cada persona no deben compartirse y que deben tener privacidad absoluta. Por ello, apunta que los sistemas cerrados tienen pocas posibilidades de enriquecimiento con las --- ideas y vivencias de los demás; no son evolutivos y es difícil que manejen conceptos como los de libertad y progreso.

En esta asociación, al intercambiar los problemas y dudas, "se compar-  
ten también las historias personales. Por este hecho, se crean las condiciones  
para hacer que esta historia personal cerrada, se transforme en una situación  
abierta a la evolución, la libertad, el intercambio y enriquecimiento; ya que  
la Salud Mental requiere de una mente abierta a las nuevas experiencias y cono-  
cimientos". (21)

Con tales fines, Padres Afectivos trata de contribuir a que no haya más  
candidatos a engrosar las filas de Instituciones tales como: manicomios, cárce-  
les, casa cuna, orfanatos, internados, cantinas, prostíbulos, centros de reha-  
bilitación para jóvenes, farmacodependientes y delincuentes, tribunal para meng-  
res, alcohólicos y neuróticos.

Por otra parte, Chevaili (1987) indica que en general los tipos de pa-  
dres que asisten a los grupos son:

- Los que se llevan bien con sus hijos y quieren mejorar su relación,
- Los que tienen problemas de maltrato,
- Los que mantienen buenas relaciones con los pequeños y quieren compar-  
tirlos,
- Los que quieren aprender más, por lo que en algunas ocasiones asisten,
- Personas solteras o recién casadas que desean prepararse para ser bu-  
nos padres en el futuro.

Es importante subrayar que, antes de ingresar al grupo no se hace entre-  
vista ni se cobra cuota; además de que como ya se anotó, no se trabaja con gru-  
pos cerrados, los padres vienen por algún tiempo.

Cabe señalar, que para lograr los objetivos apuntados se realizan pláti-  
cas, en las cuales se recibe ayuda de un grupo de especialistas en la materia,  
encabezados por el Dr. Arturo Chevaili; a través de tales pláticas, se trata de  
hacer comprender a los custodios o padres que con este método, los niños crecen  
con un alto grado de autoestimación, seguridad y confianza, llegando a convertir-  
se en adultos más maduros y responsables.

Aunado a lo anterior, en dichas pláticas participan dos Coordinadores por grupo, los cuales se encuentran ahí para facilitar la comunicación entre los miembros y crear un ambiente de amistad en donde todos tengan la oportunidad de hablar (si así lo desean) y de ser escuchados.

Cabe agregar, que en caso de necesitarse un consejo profesional, se cuenta con la ayuda voluntaria de un comité de asesores.

Por otra parte, de gran importancia es resaltar que Padres Afectivos - parte de varios supuestos teóricos que son los siguientes:

- " 1. El conocimiento se genera todos los días ante cualquier situación que requiere ser solucionada.
2. De lo anterior se desprende, que todos obtienen un conocimiento al haber enfrentado problemas que solucionan.
3. Los conocimientos expresados por cada uno de los miembros de P.A. contribuyen a solucionar los problemas que plantean otros.
4. En la medida en que con el grupo se comparten las ideas, éstas ayuda a situarse en la realidad.
5. Los grupos de P.A., se convierten en continentes de las emociones de sus miembros. Esto es, que el grupo absorbe el problema de uno como si fuera de todos, dando fuerza y apoyo.
6. Cuando un grupo responsable ofrece un tiempo y espacio, dá posibilidades de crear una esperanza de que sean resueltos los problemas, independientemente de quien los resuelva.
7. Considera que un grupo, con la decisión de ayudar a resolver los problemas de los demás, tiene ya la mitad de la solución.
8. Los grupos tienen una estructura de autoayuda, dirigidos por un Coordinador que sólo tiene la responsabilidad de facilitar la comunicación de los problemas, así como el intercambio de ideas para sus soluciones.
9. No son un grupo terapéutico, aunque muchas de sus soluciones pueden ser terapéuticas en sí mismas.
10. Todas las actividades están encaminadas primordialmente a prevenir, lo cual ayuda a tener una mejor Salud Mental.
11. Consideran que todo ser humano, especialmente los padres afectivos,

- deben poseer conocimientos elementales de Medicina, Psicología, Pedagogía, Psicoanálisis, etc., por lo cual se les ayuda en todo lo posible, por medio de pláticas, cursos o conferencias.
12. Todas las actividades que se desarrollan tienen siempre objetivos y tiempo renovables, pero limitados.
  13. Se parte de la suposición de que todos fueron educados de acuerdo a los conocimientos de sus padres y transmitidos, a través de una tradición oral y de costumbres familiares.
  14. Dichos conocimientos nunca fueron formalmente cuestionados.
  15. El hecho de que ahora se ventilen esos conocimientos en grupo, dá posibilidades de comparar soluciones de diferentes familias y optar por la que parezca mejor, pero ya razonablemente". (22)

En relación al cumplimiento de los anteriores supuestos, se proporciona una guía a la que se comprometen los integrantes que asisten a Padres Afectivos, la cual es el paso inicial para llegar a cumplir las metas propuestas por dicha Asociación. Los puntos que contiene la mencionada guía son:

- " 1. Reconoceré y admitiré ante mí mismo y ante los demás miembros, que actualmente tengo un problema en mi hogar, y tomaré una forma de acción constructiva para solucionarlo.
2. Quiero y acepto ayuda para mí mismo y seguiré cualquier guía constructiva para adquirir la fuerza, valor y control necesario para que mis hijos crezcan en un ambiente familiar, sano y pleno de amor.
3. Tomaré un paso cada día para lograr mis propósitos.
4. Aceptaré la ayuda de cualquier miembro para prevenir problemas futuros en mi hogar.
5. Necesito comprender que los problemas que tengo, no pueden ser resueltos inmediatamente y que requieren de un esfuerzo constante de mi parte.
6. Admito que mis hijos se encuentran indefensos y que el problema está en mí, como padre.
7. No debo culpar a mis hijos, ni hacerlos sufrir con mis acciones impulsivas, independientemente de cual sea el problema.
8. Me prometo a mí mismo y a mi familia, que reflexionaré acerca de todo lo que aprenda en P.A.

9. Trataré de ser el centro para reunir a mi familia como una unidad - saludable.
10. Admito que debo aprender a controlarme, para lograr armonía y respeto para mí mismo, mi familia y la sociedad".(23)

Una vez que los integrantes del grupo han acordado cumplir con lo anterior, P.A. trata de ayudarlos a resolver problemas existentes con sus hijos; ya que tales problemas pueden manifestarse de múltiples formas o aspectos; dicha Asociación los ha clasificado en tres categorías:

1. Poca Complejidad,
2. Regular Complejidad y,
3. Mucha Complejidad.

Es por ello, que a las personas que llegan se les pide que califiquen su problemática particular dentro de una de estas tres categorías, y de acuerdo a el grado que ellos mismos le den, será el número de sesiones a las que se comprometen a asistir:

1. Los de Poca Complejidad ..... 10 sesiones,
2. Los de Regular Complejidad ..... 20 sesiones,,
3. Los de Mucha Complejidad ..... 25 sesiones.

Se cree que cumpliendo con este requerimiento, tanto los padres como los Coordinadores podrán tomar más responsabilidad hacia el problema y encontrarle mejor solución.

#### 2.2.3.2 Funcionamiento.

Una vez que se han constituido los grupos, el plan de trabajo a seguir en cada una de las sesiones es:

"1. Bienvenida	5 minutos
2. Presentación de la Plática	10 minutos
3. Comentarios de la Plática	10 minutos
4. Dinámica de Grupo	10 minutos
5. Problemas	1 hora 20 minutos

- |                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| 6. Despedida                   | 5 minutos            |
| 7. Comentarios del Coordinador | (por escrito) ".(24) |

Tales sesiones, se desarrollan una vez a la semana, en el horario y lugar que hayan acordado los Coordinadores y los miembros del grupo. Su duración es de dos horas a la semana durante periodos renovables de seis meses.

Es preciso indicar, que los Coordinadores son los encargados de establecer el orden dentro de la junta o sesión y de facilitar la comunicación entre - sus miembros (también son llamados facilitadores).

Al empezar la señalada sesión, se presentan los integrantes (únicamente por su primer nombre); todos se hablan de tú y desde ese momento se trata de -- crear un ambiente de amistad e incluso de familia, en la que cada quien sea escuchado y le importe a los demás. Inmediatamente después de la presentación, se procede con la Lectura de Bienvenida, en la que se trata de transmitir el hecho de que P.A. es como una familia positiva y sustentadora para todos; un lugar -- donde es la aceptación del grupo lo que les lleva a tener una mayor seguridad - ante sí mismos y ante todo el mundo.

En este punto, es preciso indicar que en las dos horas que dura la sesión, se les pide a los miembros ser honestos consigo mismos y tratar de ayudar a los demás a identificarse con sus propios sentimientos para poder lograr los objetivos y hacer de éste un gran lugar en donde se pueden equivocar sin correr riesgos, teniendo la certeza de estar entre gente con quienes se puede ser sí mismo, así como expresar todo tipo de sentimientos sin ser rechazados.

Enseguida, se procede ya sea a hacer una dinámica de grupo, a comentar algo acerca de un tema en común, a leer una parte del boletín, u otra actividad según el plan de trabajo de los Coordinadores.

Cabe señalar, que cuando se lleva a cabo la primera sesión de un grupo, se realiza la dinámica llamada "quién soy yo", que ayuda a romper el hielo y a

conocerse unos a otros. Para llevarla a cabo, previamente se reparten tarjetas con el nombre de cada persona para identificarse más rápidamente.

Otras dinámicas que pueden emplearse en sesiones subsecuentes tienen la finalidad de facilitar el tomar conciencia de uno mismo, en relación a los gustos y preferencias; conocer y valorar a los demás y a sí mismo; romper el hielo en el grupo; demostrar que las personas pueden tener distintos puntos de vista, que todos están dentro de la verdad y que al no ser iguales pueden complementar se; tolerar las propias limitaciones; sensibilizar, saber el grado de autoestima, etc. (Chevalli, 1987).

Después de esto, la persona que lo desee, empezará a comunicar su problema, y cuando haya terminado, el facilitador abrirá el diálogo a los demás para que opinen, den un consejo o expongan alguna experiencia parecida que hayan tenido y cómo la resolvieron.

Es necesario resaltar que la opinión del facilitador, en caso de darla, será sólo una más, y no necesariamente la más correcta o la de más peso.

Por otro lado, y debido a que no se obliga a nadie a hablar, siempre se les da la oportunidad preguntándoles: ¿te gustaría hablar hoy?. Es por ello que, cuando un miembro no se abre, es renuente, tiene una pena o dolor, puede ser tocado o palmeado en la espalda, apretándole las manos, etc.; actos que favorecen el sentirse satisfecho, aprender a expresar sentimientos calurosos, positivos y generosos en el grupo. Este, será el principio para luego aprender a usarlos con sus hijos o cónyuges.

En relación a ello, es importante indicar que el sentido del humor y la risa pueden actuar como un agente limpiador maravilloso; durante una crisis, -- pueden ayudar a disminuir la tensión, siempre y cuando impere el respeto a los demás, ya que una sonrisa hace sentir bien a las personas.

Por otra parte y una vez concluidas las dos horas, el facilitador leerá

la despedida y en el caso de que alguna persona no haya tenido tiempo de hablar, se le invitará a ser la primera la próxima vez.

Cabe mencionar, que una vez que el grupo esté establecido y haya adquirido cierta madurez, el Coordinador podrá hacer ciertas modificaciones en el Plan de Trabajo de acuerdo a las necesidades del mismo. Sin embargo, siempre se deberá leer la Bienvenida y Despedida, ya que se considera que éstas son un apoyo importante para lograr el ambiente que se desee crear (Chevaili, 1987).

Las sesiones son de dos horas, como ya se dijo, y se cree que este tiempo es suficiente para que unas 10 personas aproximadamente, puedan hablar, dependiendo naturalmente de lo difícil o fácil que sean sus problemas. Por ello, los grupos deben tener entre 8 y 15 participantes, y si asistieran más, los Coordinadores deberán dividirse y hacer dos grupos para dar oportunidad a que un mayor número de personas hablen.

#### 2.2.3.2.1 El Papel del Coordinador dentro del Grupo.

De acuerdo a Chevaili (1987), existe una forma tradicional de transmitir conocimientos, la cual se hace a través de la persona que sabe, hacia otras que no saben. No obstante, añade que en P.A. se parte de la base de que todos saben, aunque no en la misma cantidad y profundidad, pero que de cualquier manera, la vida proporciona experiencias que son transformadas con el tiempo en conocimientos dignos de ser aprendidos, expresados o compartidos por otras personas.

Una vez entendido esto, se comprenderá por qué el papel del Coordinador no es el de resolver los problemas que se presentan en el grupo, sino el de proporcionar un ambiente, un tiempo y un espacio adecuado para que las ideas, los problemas y las soluciones de todas las personas que participan, se intercambien bien con mayor armonía y libertad.

Por lo tanto, se cree que el Coordinador no es el que más sabe, sino --

que simplemente es un facilitador de la comunicación entre los miembros del grupo; el que invita a los demás a ofrecer y encontrar soluciones entre todos. Al principio, los miembros recurrirán a él en busca de apoyo, consejo y ocasionalmente disciplina. Asimismo, algunos miembros esperan que les proporcione " la respuesta", y dependerán de él hasta donde se les permita, ocasionando que sucedan dos cosas: liberar a los miembros de la responsabilidad de encontrar sus propias soluciones y colocar al Coordinador como un experto, de modo que en caso de que dicha persona fracasara sería culpa del facilitador porque no supo dar la respuesta correcta. Estos dos casos, son exactamente lo que no se desea que suceda. Por ello las funciones del Coordinador incluyen:

- " - Alentar a los miembros para que interactúen entre sí, con el fin de disminuir la dependencia e incitar a que se relacionen entre sí,
- Ser sensitivo a los sentimientos de los miembros para poder comprender lo que están diciendo, ya que en realidad no siempre expresan lo que sienten,
- Desarrollar la habilidad para Escuchar Intuitivamente lo que el padre está sintiendo para poder comentárselo,
- Evitar tomar una actitud de juicio o castigo hacia el padre,
- Hacer uso de sus propias experiencias para ponerse en contacto con los sentimientos que expresan los miembros,
- Hacer uso de la Intuición con los padres, ya que ésta es la guía más adecuada para trabajar con ellos y,
- Ayudar a los miembros para que se den cuenta de sus sentimientos positivos y negativos respecto a los demás ".(25)

Ante tales funciones que se pretende que el Coordinador realice, las habilidades que debe poseer son:

- " - Crear un ambiente propicio para que haya seguridad y confianza para expresarse (cada uno es valioso por sí mismo),
- Clarificar al grupo los diferentes puntos de vista y que todos se respeten,
- Saber manejar la agresividad o pasividad del grupo,
- Estar bien documentado, o bien planeado en el trabajo,

- Manejar la información que se dé: resumir, sintetizar y retroalimentar,
- Estructurar el tiempo y que los objetivos sean claros,
- Sensibilidad ante las necesidades del grupo y flexibilidad,
- No perder la atención personal de cada participante,
- Tratar de que el grupo trabaje, centrándose en los objetivos,
- Hacer que los participantes regresen al tema,
- Dar tiempo y espacio a cada persona,
- Saber dirigir y facilitar la discusión,
- Dar al grupo instrucciones precisas y claras,
- Saber manejar la parte afectiva o el rechazo, entre el Coordinador y el grupo o entre participantes,
- Intervenir en el momento preciso y,
- Respetar el progreso de cada persona".(26)

#### 2.2.3.2.2 Asesoría.

Hay veces en que se presentan casos muy difíciles y nadie del grupo parece tener una solución que dar a la persona que presenta el problema. En este caso, Chevaili (1987) recomienda que el coordinador sea honesto y diga con sinceridad: "no sé decirte, pero para estas situaciones existe la colaboración profesional de un Comité de Asesores". Señala también, que una vez a la semana se reúne la Junta de Coordinadores, donde se plantean los problemas que no han podido ser resueltos en los grupos. Tales Coordinadores, añade, brindan sugerencias para la solución de los problemas cuestionando los pros y contras de las mismas; además, el Asesor expone opiniones y consejos que son remitidos a los grupos. Cabe agregar que en estas reuniones, la transmisión de conocimientos de psicología se adquiere a través del asesor.

Un hecho de gran importancia y que cabe destacar, es el referente a que quienes presentan este trabajo, pudieron asistir a una junta de Coordinadores en Marzo de 1987, observando lo siguiente:

Se reunieron un total de 24 Coordinadores, de los cuales 4 eran hombres

y 20 mujeres, de diferentes edades y de una posición económica media superior a elevada. En dicha reunión, sentados en círculo, el Asesor preguntaba acerca de alguna duda que tuvieran respecto a un caso; a partir de ello, los Coordinadores expusieron sus dudas y también entre ellos mismos opinaban y daban sugerencias para solucionar el problema, finalmente, el Asesor dió su opinión. A lo largo de la sesión, el secretario anotó en un cuaderno de control, la fecha, casos, sugerencias y soluciones dadas.

Durante la citada reunión, el lenguaje que se utilizó fué sencillo y común, no se empleó ningún término técnico; además, se verificó que las sugerencias dadas por parte del Asesor tuvieron como marco conocimientos generales de Psicología. Asimismo, en el transcurso de la sesión, se pasó una hoja de control de asistencia donde se apuntaron los Coordinadores.

Por otra parte, es necesario indicar que de acuerdo a los reglamentos, cada Coordinador debe llenar y entregar al Asesor durante la primera semana del mes, el Informe Mensual del Coordinador, en el cual se incluyen datos sobre asistencia, material e información necesaria para llevar a cabo sus sesiones; problemas técnicos o administrativos y comentarios (Anexo No. 9).

Una vez que se han planteado los lineamientos que sigue P.A., respecto al Plan de Trabajo que se realiza en los grupos, cabe aclarar cómo este organismo conceptualiza la problemática de maltrato y las acciones que lleva a cabo al respecto.

### 2.2.3.3 Conceptualización respecto al Problema de Maltrato.

Para esta Institución, los padres o custodios maltratadores poseen características comunes; por lo que la aceptación que encuentran en las juntas, les proporciona la posibilidad de iniciar un proceso de reaprendizaje, adquiriendo la habilidad de relacionarse con los demás para no ser rechazados. Es por ello, que se les auxilia a valorar al niño como un ser distinto y aparte, como indivi-

duo con derechos, cualidades y personalidad propia, con el fin de liberarlo de estos traumas que propician el maltrato.

De acuerdo a P.A. :

" lo que rara vez se comprende del comportamiento abusivo, es que es -- una reacción compulsiva. Una vez que el mecanismo se pone en marcha, una vez que el custodio ha sobrepasado su punto de tolerancia, es muy poco lo que puede hacer para alterar el curso de su comportamiento, -- ya que la ejecución del acto abusivo, en cierto sentido está programada y puede ser muy difícil interrumpir esa programación. El custodio con problema de abuso no ha aprendido otras formas de liberar la tremenda tensión que siente, que no sea maltratando a su hijo; la necesidad de desahogar su tensión, es un acto que culmina en maltrato y lo impulsa hacia una trayectoria que parece estar completamente fuera de control. Sin embargo, con frecuencia expresan que sintieron gran alivio físico y emocional después del episodio; esto, casi siempre es seguido por sentimientos de culpabilidad y remordimiento al saber que -- han causado daño a su hijo amado. También, experimentan una sensación de desesperación porque sienten impotencia para cambiar su conducta".(27)

Al respecto, podría pensarse que el maltrato involucra a un padre o custodio y a un hijo únicamente. No obstante, en P.A. se sustenta que el maltrato es un problema que afecta la vida y funcionamiento de todos los miembros de la familia; en relación a ello, cuando ambos custodios están presentes en el hogar y el abuso es un problema crónico, ambos contribuyen al problema. Como regla, -- Chevall (1987) añade que un padre es agresor activo, mientras que el otro es -- el agresor pasivo. En realidad, indica que es raro el caso cuando un progenitor puede honestamente decir que desconoce totalmente que su cónyuge está maltratando a uno de sus hijos. Por esta razón, P.A. solicita que ambos asistan a las juntas para que se percaten de la forma en que participa.

Esta Organización, agrega que desafortunadamente a muchos hombres se les dificulta más solicitar ayuda y admitir que tienen un problema. Chevall (1987), señala que en parte ésto se debe a las condiciones culturales que enfatizan las

cualidades de fuerza e independencia de los mismos, por lo que la mayoría sienten que pedir ayuda es signo de debilidad; este sentimiento, a menudo está aundo a la creencia de que es uno mismo quien debe resolver sus propios problemas.

Indica que si la esposa es la única que asiste a las reuniones, su cóyuge — tendrá curiosidad por saber que están diciendo de él y qué es lo que sucede durante esas juntas; tal situación puede crearle hostilidad y sospechas, por lo cual podría pedirle a la esposa que ya no asista. Esto representa un problema difícil para los Coordinadores de grupo, ya que el intentar persuadir a la esposa para que asista a pesar de la prohibición de su esposo, puede ocasionar problemas; no intentarlo, puede significar que empeore la situación en el hogar.—

Parte del temor y coraje del esposo se debe a que percibe que su cónyuge está obteniendo ayuda y apoyo en las juntas; ayuda y apoyo que él mismo desesperadamente desea. Si algún miembro de P.A. puede acercarse al padre y hacerle saber que esta Organización también se preocupa mucho por sus sentimientos y necesidades, podrá lograr que asista a las reuniones o deje de sentirse amenazado porque lo hace su esposa (o viceversa).

Es entonces, que si se puede ayudar a los custodios a identificar los tipos de situaciones y sentimientos específicos que los conducen a realizar actos abusivos, se habrá comenzado a cambiar su comportamiento programado para darles herramientas necesarias y encontrar medios alternos de manejar su enojo. Estos, serán variados, ya que no habrá dos soluciones exactamente iguales. En general, son las relaciones con las personas allegadas que incitan a episodios de maltrato, madres, padres, esposos, hijos, etc. Si se puede auxiliarlos a identificar la persona o personas, o situaciones que incitan sentimientos negativos y a que dirijan su coraje hacia blancos adecuados, podrán disminuir o eliminar por completo estos episodios tan desagradables (Chevaili, 1987).

Posteriormente, en P.A. se puede ayudar a los custodios a encontrar al-

ternativas de conducta para aliviar su tensión y enojo con el fin de que no se sientan orillados a desahogarse maltratando a sus hijos. Esto es, si un custodio llega a percatarse de que se está poniendo tenso, podrá controlarse antes de que golpee a alguien. En relación a ello, se recomienda que practique algo, lo más físico posible, como aventar una pelota contra la pared, brincar sobre la cama, correr, patear o golpear los muebles. Cualquier cosa que funcione para liberar la tensión, aunque sea sucio pero no muy costoso, es un adelanto; ya que cuando la tensión se está acumulando, hay veces que solo un acto violento provee la relajación necesaria.

Estos padres o custodios, incapaces de compartir sentimientos con extraños incomprensivos, en P.A. pueden en cambio, ser capaces de hablar uno con otro: "expresar sus sentimientos e intercambiar experiencias, sabiendo que no incurrirán en la ira o la condenación por sus pensamientos o sus actos, y cuando sienten que empiezan en ellos las tensiones, saber adonde acudir en busca de ayuda. Esta es una combinación de sesiones de terapia en grupo, de la afirmación del ego y de la disponibilidad, durante las 24 horas del día, de un sistema de intervención urgente en casos de crisis".(28)

Otra forma de proporcionar ayuda, cuando una madre siente que sus tensiones internas están a punto de explotar en la violencia contra su hijo, es telefonar a una compañera del grupo con quien haya intercambiado el número. Asimismo, la mayor parte de los integrantes de dicha Asociación, pronto descubren que es aún más remunerador y terapéutico recibir una llamada de ayuda y poder propiciar la comprensión y la compasión, que hacer una llamada a un amigo comprensivo y comunicarle sus propias dificultades.

De ser necesario, las madres pueden intercambiar a sus hijos, porque la madre que sea maltratadora no expresa su hostilidad golpeando a los niños prestados.

Por otra parte, los miembros de P.A. conocen mejor que nadie que la ayuda profesional es difícil de obtener, que las salas para custodios que requieran tratamiento urgente son largas y que las crisis no esperan. Saben que la situación total, la seguridad del menor, las necesidades de tratamiento de la madre o padre, la estructura de toda la familia, precisan de atención en el acto. También, están conscientes de que el maltrato es probable que se perpetúe a no ser de que se les encarcele. Por consiguiente, una de las funciones más importantes de la Institución, es romper la cadena de maltrato proporcionando prontamente apoyo al padre o custodio y al niño de hoy.

Cabe puntualizar que desde el punto de vista de esta Organización, es -- desfavorable y poco práctico albergar a un infante en un hogar adoptivo mientras la madre busca o espera asesoramiento. Más práctico y conveniente para todos, es tratar la situación en conjunto, antes de que se produzca la crisis.

#### 2.2.3.4 Difusión y Colaboración en los Grupos de Autoayuda.

El Departamento de Publicidad de P.A., realiza la difusión por medio de la radio, T.V., periódico, o por invitaciones a particulares para que asistan a dar cursos, conferencias y películas; mismas que al ser anunciadas en dichos medios, a través de volantes o de la comunicación verbal aumentan la asistencia. Además, periódicamente se reparten tales volantes o cartelones en áreas cercanas a cada grupo, a fin de invitar a las personas de la comunidad. También se ofrece una vez al mes en Cine Debate, una película que proyecta casos sobre padre-hijo, la cual posteriormente se comenta y discute.

Asimismo, se publica mensualmente un boletín que tiene la finalidad de informar y mantener en comunicación permanente a todos sus miembros, con el objeto de que estén enterados de las diferentes actividades que se realizan. También en él, se da aviso tanto de los cursos que se imparten, como de las conferencias que periódicamente se ofrecen.

En la práctica, P.A. generalmente proporciona conocimiento de casos y --

consejos enfocados a ayudar a los padres o custodios a tener una mejor relación con los niños, y en ciertas ocasiones recomienda algunos libros que pueden servir al mismo propósito.

Por otra parte, en el Manual de Coordinadores de P.A. (1987), se menciona la existencia de un gran número de Instituciones que ayudan a esta Organización, entre las que se encuentran:

- Hospital General S.S.A.: Servicio de Audiología y Foniatría,
- Centros de Integración Juvenil (C.I.J.),
- Terapia familiar Gratuita,
- Asociación Pro Paralítico Cerebral (A.P.A.C.),
- D.I.F.,
- Secretaría de Educación Pública (S.E.P.),
- Dirección General de Educación Especial,
- Instituto Pinali,
- Izar, Centro de Desarrollo Infantil A.P. y,
- Confederación Mexicana Pro Deficiente Mental A.C.

Además de ello, esta Institución cuenta con un gran número de publicaciones, conferencias, libros, artículos, folletos, revistas y reportes nacionales o extranjeros sobre el niño maltratado, así como grabaciones en video.

Al término de la revisión de los puntos en los que P.A. apoya su trabajo referente al maltrato, es necesario incluir las siguientes consideraciones.

En primer lugar, y apesar de que esta Organización contribuya a solucionar y disminuir el número de custodios maltratadores, es preciso subrayar por un lado, que no está dedicado específicamente a casos de maltrato; y por otro, que los incidentes en cuanto a éste síndrome se tratan en grupos que incluyen sujetos con diferentes problemáticas, por lo cual la atención y especialización en este tipo de casos se ve disminuida.

Asimismo, considerando que se evita en los grupos el que un sujeto monopolice la conversación, tal vez un padre maltratador pocas veces podrá explayar detalladamente sus experiencias, antes de que se le pida condensar su caso o de que se le invite a tratarlo la próxima ocasión. Además, si se tiene presente que es un grupo de autoayuda no terapéutico propiamente dicho, donde como ya fué -- mencionado, a todos los integrantes se les dan las posibles soluciones a la problemática que se expone, cabe preguntarse: ¿Qué tanto estos grupos pueden en la práctica real, tomando como base las necesidades y problemática que expone el padre o custodio maltratador, ayudar a que no se presenten más episodios de maltrato?. Si se toma en cuenta la severidad y magnitud del problema, poco es en realidad en lo que se le ayuda para solucionarlo.

Por otro lado, cabe tener presente que P.A. es una Organización cuya función se encuentra fundamentalmente a nivel de la prevención secundaria; es decir, que ante un hecho de maltrato infantil se busque por medio del diálogo que el padre o custodio no reincida en el acto.

Pese a lo anterior, es una Institución de gran importancia ya que incluye dentro de las problemáticas que atiende, casos de maltrato; por lo cual, el no ampliar su cobertura en el D.F. y otros Estados de la República, limitan en mucho las acciones para erradicar el problema a Nivel Nacional.

A ello, se aúna la poca difusión que tienen dichos grupos de autoayuda a través de los medios de comunicación en el D.F., lo cual origina el desconocimiento y por lo tanto disminuye el acceso de muchas personas, tanto de los -- custodios maltratadores, como de las que tienen deseos de colaborar en dicha Organización.

Debe señalarse además, que la publicación y difusión de estadísticas -- sobre este síndrome, ayudaría en gran medida a obtener una estimación más completa con respecto a las contribuciones que cada grupo de autoayuda realiza en-

pro de la niñez mexicana.

En términos generales, éste es el panorama actual en cuanto a las Instituciones que se abocan al maltrato infantil.

Asimismo, motivo de especial interés respecto al problema de estudio, - constituye el aspecto penal relativo a los malos tratos en la infancia; desde - un particular punto de vista, es fundamental contar con normas jurídicas de protección al menor, lo cual contribuye en gran medida a el desarrollo del mismo - en toda su integridad.

### 2.3 Enfoque Jurídico.

El contexto del tema Síndrome del Maltrato al Niño, puede ser centrado en torno a la larga línea de evolución que han seguido las leyes mexicanas a -- través de su modificación en la historia.

En México, a partir de 1871 dentro del Código Penal, aparecieron los -- primeros indicios de reformas contra el maltrato. De esta manera, en su artículo 511, era causa de delito a perseguir cualquier lesión inflingida hacia una - persona, definiendo a tal lesión como cualquier daño o alteración a la salud -- que dejara huella en el cuerpo humano. Asimismo, dicho Código en el artículo 531, aclaraba que dichas lesiones no eran motivo de ser perseguidas por la ley, si el autor de ellas las hubiere hecho ejerciendo el derecho de castigar al ofendido, aún cuando existiera un exceso en dicha corrección; agregando posteriormente, - que dichas lesiones no serían punibles si tardaran en sanar menos de 15 días.

Años más tarde, el concepto de lesión contenido en el Código de 1871. pusó intacto en su esencia al Código Penal de 1924; al artículo 934, que comprendía los mismos datos sustanciales de alteración de la salud producida por causa - externa (Heredía Jasso, 1978).

Cabe señalar, que en el Código Penal actualmente vigente (desde 1931), se conservan los mismos elementos básicos del delito de lesiones mencionados en

los códigos antes citados; o sea, la alteración de la salud que origina huellas en el cuerpo humano producidas por causa externa. Además, el delito de lesiones se sitúa dentro del Título llamado "Delitos contra la vida y la integridad corporal". Este documento legal fué publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de agosto de 1931, por el Presidente Pascual Ortiz Rubio; por lo que se encuentra vigente desde el día 17 de septiembre del mismo año, quedando abrogado el Código Penal del 15 de diciembre de 1929, así como todas las demás leyes que se opongan a la presente.

Desde entonces, el Código Penal de 1931 se aplica en el D.F., por los delitos que competen a los Tribunales Comunes, y en toda la República para los delitos de competencia de los Tribunales Federales (Código Penal, 1987).

Por otra parte, en la situación actual y ya en relación específica al problema del Menor Maltratado, el Lic. Espejel, de la Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño, expresó que desde el punto de vista legislativo, el país aún no ha dado los pasos mínimos indispensables para combatir esta dolorosa lacra social; esto es, hacer obligatoria la denuncia de sospecha de maltrato y brindar protección legal a quien la hace (DIF, 1979).

Por lo pronto, al Código Penal se le han hecho algunas modificaciones de acuerdo a las necesidades del país en materia legal, modificaciones que han sido publicadas en los Diarios Oficiales de la Federación. Por ello, se exponen a continuación los artículos que se encuentran estrechamente vinculados al maltrato infantil de acuerdo a dicho Código.

Entre los delitos contra la Moral Pública y las Buenas Costumbres (Título Octavo), en el Capítulo II, se incluye la Corrupción de Menores en los Arts. 201 y 203:

" Artículo 201.- Se aplicará prisión de 6 meses a 5 años al que facilite o procure la corrupción de un menor de 18 años de edad.

Comete delito de corrupción de menores al que procure o facilite su depravación sexual, si es púber, la iniciación en la vida sexual o - la depravación de un impúber, o los induzca, incite o auxilie en la práctica de la mendicidad, de hábitos viciosos, a la ebriedad, a formar parte de una asociación delictuosa, o a cometer cualquier delito.

Artículo 203.- Las sanciones que señalan los artículos anteriores se duplicarán cuando el delincuente sea ascendiente padrastro o madrastra del menor, privando al reo de todo derecho a los bienes del ofendido y de la patria potestad de todos sus descendientes". (29)

Dentro del Título Decimoquinto (Delitos Sexuales), en el Capítulo I --- "Atentados al pudor, estupro y violación" y Capítulo III (Incesto) se encuentran los siguientes artículos:

" Artículo 260.- Al que sin consentimiento de una persona púber o impúber, o con consentimiento de ésta última, ejecute en ella un acto erótico - sexual, sin el propósito directo o inmediato de llegar a la cópula, se le aplicará de 3 días a 6 meses de prisión y multa de cinco a cincuenta pesos.

Si se hiciere uso de la violencia física o moral, la pena será de 6 meses a 4 años de prisión y multa de cincuenta a mil pesos.

Artículo 261.- El delito atentado contra el pudor sólo se castigará -- cuando se haya consumado.

Artículo 262.- Al que tenga cópula con una mujer menor de 18 años, casta y honesta, obteniendo su consentimiento por medio del engaño, se le aplicará de un mes a 3 años de prisión.

Artículo 263.- No se procederá contra el estuprador, sino por queja de la mujer ofendida o de sus padres; o a falta de éstos, de sus representantes legítimos, pero cuando el delincuente se case con la mujer ofendida, cesará toda acción para perseguirlo.

Artículo 264.- Derogado.

Artículo 265.- Al que por medio de la violencia física o moral tenga cópula con una persona sea cual fuere su sexo, se le aplicará prisión de 6 a 8 años. Si la persona ofendida fuere impúber, la pena de prisión será de 6 a 10 años.

Artículo 266.- Se equipara a la violencia y se sanciona con las mismas

penas, la cópula con persona menor de 12 años o que por cualquier -- causa no esté en posibilidad de producirse voluntariamente en sus relaciones sexuales o de resistir conducta delictuosa.

Artículo 266 bis.- Además de las sanciones que señalan los artículos que anteceden, se impondrá de 6 meses a dos años de prisión cuando el delito de violación fuere cometido por un ascendiente contra su descendiente, por éste contra aquel, por el tutor contra su pupilo, por el padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra del hijastro. En los casos en que la ejerciera, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, así como el derecho de heredar al ofendido".(30)

El Capítulo III, contiene el Artículo 272 relativo al incesto:

" Artículo 272.- Se impondrá la pena de uno a 6 años de prisión a los ascendientes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes. La pena aplicable a éstos últimos será de seis meses a 3 años de prisión. Se aplicará esta misma sanción en caso de incesto entre hermanos".(31)

Las disposiciones generales (Capítulo V) para éste mismo Título Decimoquinto (Delitos Sexuales) describen:

" Artículo 276 bis.- Cuando a consecuencia de la comisión de algunos de los delitos previstos en este título resulten hijos, la reparación -- del daño comprenderá el pago de alimentos para éstos y para la madre, en los términos que fija la legislación civil para los casos de divorcio".(32)

Los Capítulos anteriores (I,II,III) como se puede apreciar, determinan una tutela jurídico penal para los niños y los protegen de agresiones sexuales, en atención a su escaso desarrollo general. Además, los dispositivos arriba enunciados establecen situaciones o hipótesis en las cuales se crea una protección jurídico - penal hacia el menor; pero se piensa que el Código Penal dá cierta impunidad o una acentuada atenuación a la pena respecto de otro tipo de maltrato.

Por su parte, dentro del Título Décimonoveno "Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal", el Capítulo I enmarca a las lesiones y apunta lo si--

guiente:

" Artículo 288.- Bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por causa externa.

Artículo 289.- Al que infiera una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de quince días, se le impondrán de 3 días a cuatro meses de prisión, o multa de cinco a cincuenta pesos, o ambas sanciones a juicio del juez. Si tardare en sanar más de quince días se le impondrán de 4 meses a 2 años de prisión y multa de cincuenta a cien pesos.

Las lesiones a que se refiere la primera parte del párrafo anterior, se perseguirán por querrela.

Artículo 291.- Se impondrá de 3 a 5 años de prisión y multa de trescientos a quinientos pesos, al que infiera una lesión que perturbe para siempre la vista, o disminuyendo la facultad de oír, entorpezca o debilite permanentemente una mano o un pie, un brazo, una pierna o cualquier otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales.

Artículo 292.- Se impondrán de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, una mano, de una pierna, un pie, ó cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con alguna enfermedad incorregible.

Artículo 293.- Al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida, se le impondrán de tres a seis años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que le corresponda conforme a los artículos anteriores.

Artículo 294.- Derogado.

Artículo 295.- Al que ejerciendo la patria potestad o la tutela, infiera lesiones a los menores o pupilos bajo su guarda, el juez podrá imponerle, además de la pena correspondiente a las lesiones, suspensión o privación en el ejercicio de aquellos derechos.

Artículo 300.- Si el ofendido fuere ascendiente del autor de una le--

sión, se aumentarán 2 años de prisión a la sanción que corresponda,-- con arreglo a los artículos que preceden".(33)

El mencionado Artículo 294, actualmente derogado, señalaba que en los casos en que las lesiones tardaran menos de 15 días en sanar, no había mayor -- responsabilidad del padre o la madre que golpear a su hijo. En el caso contrario, se ejercía acción penal y el responsable perdía la libertad. En ambos casos, la ley no hacía distinción de que en el centro de todo, el menor de edad era el protagonista central (Heredia Jasso y Rabasa Gamboa, 1981). Al respecto, el mencionado artículo afirmaba: "las lesiones inferidas por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela, y en el ejercicio del derecho de corregir, no serán punibles si fueren de las comprendidas en la primera parte del artículo 289 (lesiones que tardaran en sanar menos de 15 días), y además, el autor no abuse de su derecho, corrigiendo con crueldad o con innecesaria frecuencia".(34)

Se considera que tal dispositivo representaba en realidad un peligro -- para el infante, pues consentía la producción de lesiones con determinadas limi taciones tales como abuso del derecho de corregir, la crueldad y la innecesaria frecuencia. Estos elementos eminentemente subjetivos, fueron interpretados de -- diversas maneras, con una apreciación muy variable, ya que lo que para algunas personas era abuso, cruel o innecesariamente frecuente, otras lo consideraban -- como prudente y adecuado para fines de corrección o educación. Por lo anterior, el derecho de corregir puede ser manejado caprichosa y arbitrariamente.

Con base en lo anterior, se afirma que en ningún caso debe quedar impy ne la producción de lesiones en los menores, en atención a su disminuída o nula defensa, a su incapacidad para denunciar tales hechos y a su naturaleza.

En relación a ello, se postula que la educación de los menores puede -- realizarse sin incurrir en ningún tipo de violencia física; que la actitud de -- los adultos convincente, lógica, firme, decidida, enérgica y, sobre todo, basa-

da en una sólida base de cariño e inteligencia, es un instrumento de educación mucho más eficaz y operante que los golpes y otras violencias, por leves que éstas sean.

En suma, no es posible que se aceptara que un menor fuera maltratado, dentro del marco de la excusa absolutoria contemplada por el Artículo 294 del Código Penal, cualquiera que fueran los días que tardaran en sanar las lesiones inferidas a un menor, ni aún cuando no hubiera crueldad, ni frecuencia innecesaria. Por ello, las Instituciones creadas por el Estado mexicano no deben permitir que existan disposiciones nefastas como dicho Artículo.

Así pues, al derogarse el citado artículo, se apoya el hecho de que bajo ninguna circunstancia la Ley proteja la comisión de lesiones con excusas absolutorias; sino que en general, el inferirlas sea considerado como delito de lesiones, pero siempre en forma intencional. Es decir, que se trate de una conducta volutiva; o sea, que la única posibilidad de imputabilidad sería aquella conducta que no implique alteración alguna.

Por otra parte, en cuanto a Homicidio, en el Título Decimonoveno, Capítulo II se incluyen los reglamentos siguientes:

" Artículo 302.- Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro.

Artículo 303.- Para la aplicación de las sanciones que corresponden al que inflinja el artículo anterior, no se tendrá como mortal una lesión, sino cuando se verifiquen las tres circunstancias siguientes:

I. Que la muerte se deba a alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, alguna de sus consecuencias inmediatas o alguna complicación determinada por la misma lesión y que no pueda combatirse, ya sea por ser incurable, ya por no tenerse al alcance los recursos necesarios;

II. Que la muerte del ofendido se verifique dentro de setenta días, contando desde que fue lesionado;

III. Que si se encuentra el cadáver del occiso, declaren dos perí-

tos después de hacer la autopsia, cuando ésta sea necesaria, que la lesión fué mortal, sujetándose para ello a las reglas contenidas en este artículo, en los dos siguientes y en el Código de Procedimientos Penales.

Cuando el cadáver no se encuentre, o por otro motivo no se haga la autopsia, bastará que los peritos, en vista de los datos que obren en la causa, declaren que la muerte fué resultado de las lesiones - inferidas.

Artículo 304.- Siempre que se verifiquen las tres circunstancias del artículo anterior, se tendrá como mortal una lesión, aunque se pruebe:

- I. Que se habría evitado la muerte con auxilios oportunos.
- II. Que la lesión no habría sido mortal en otra persona; y
- III. Que fue causa de la constitución física de la víctima, o de -- las circunstancias en que recibió la lesión.

Artículo 305.- Se tendrá como mortal una lesión, aunque muera el que la recibió; cuando la muerte sea resultado de una causa anterior a la lesión y sobre la cual ésta no haya influido, o cuando la lesión se - hubiere agravado por causas posteriores, como la aplicación de medicamentos positivamente activos, operaciones quirúrgicas desgraciadas, excesos o imprudencias del paciente o de los que lo rodearon".<sup>(35)</sup>

Como se aprecia, en estos artículos se mencionan las disposiciones bajo las cuales la Ley hace persecutorio el delito de homicidio; el artículo 303, establece las tres condiciones que se deben cubrir para la aplicación de las sanciones; sin embargo, cabe objetar a dicho artículo los parámetros bajo los cuales se rige para establecer un caso de homicidio. Es decir, un adulto puede llegar a lesionar a un menor ocasionándole una enfermedad mortal, la cual tardare en manifestarse cubriendo un periodo mayor de 60 días; o bien, que el infante - posea una enfermedad que agravada por la lesión le ocasione la muerte. Argumentándose en dicho caso, que la muerte fué por enfermedad.

Por otra parte, en lo que se refiere a daños en lactantes que provocan la muerte, dentro del Título Decimonoveno, el Capítulo V reglamenta sobre infanticidio:

" Artículo 325.- Llámese infanticidio: la muerte causada a un niño dentro de las setenta y dos horas de su nacimiento, por alguno de sus ascendientes consanguíneos.

Artículo 326.- Al que cometa el delito de infanticidio, se le aplicarán de 6 a 10 años de prisión".(36)

Motivo de especial atención y preocupación, constituye lo dispuesto en los anteriores artículos; el artículo 325 establece el tipo de infanticidio denominado genérico señalando que para ser delito de infanticidio se requiere que el niño no sea mayor de 72 horas y que el infanticida sea ascendiente consanguíneo. El artículo siguiente fija la pena para este delito, la cual es muy inferior a la de homicidio simple (8 a 20 años de prisión) y más reducida aún que el homicidio calificado (de 20 a 40 años de prisión).

Del contenido de tales preceptos, desde un punto de vista personal, se opina que no existe razón jurídica alguna, moral o lógica para atenuar el castigo de muerte del menor de 72 horas de nacido. Esto es, existe el deber de respetar toda forma de vida, ese deber es mayor cuando se trata de la vida de personas con las que se tiene un vínculo moral y jurídico tan importante como lo es el consanguíneo. Además, la postura del Código Penal vigente parece indicar que una vida incipiente es de menor valor que una vida desarrollada o en desarrollo, lo cual es un hecho inadmisibles; debiendo ser al contrario, ya que el menor de 72 horas debe ser objeto de mayor protección por su estado de indefensión debido a que aún no ha podido disfrutar de los dones de la vida.

Asimismo, el Título Decimonoveno propone en su Capítulo VII, artículos sobre abandono de personas:

" Artículo 335.- Al que abandonare a un niño incapaz de cuidarse a sí mismo o a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarlos, se le aplicarán de un mes a cuatro años de prisión, si no resultare daño alguno, privándole además, de la patria potestad o de la tutela si el delincuente fuera ascendiente o tutor del ofendido.

Artículo 337.- El delito de abandono de cónyuge se perseguirá a petición de la parte agraviada. El delito de abandono de hijos de perseguirá de oficio, y, cuando procede, el Ministerio Público promoverá - designación de un tutor especial que represente a la víctima del delito, ante el juez de la causa, quien tendrá las facultades para designarlo. Tratándose de delitos de abandono de hijos, se declarará extinguida la acción penal, oyendo previamente la autoridad judicial al representante de menores, cuando el procesado cubra los alimentos vencidos y otorgue garantía suficiente a juicio del juez para la subsistencia de los hijos.

Artículo 339.- Si del abandono al que se refieren los artículos anteriores resultare alguna lesión o la muerte, se presumirán éstos como premeditados para los efectos de aplicar las sanciones que a estos correspondan". (37)

Como puede observarse, los anteriores artículos marcan una protección - para el niño respecto de actos de abandono que puedan producir lesiones o muerte. También sobre este tema, se incluyen los artículos que a continuación se - anotan:

" Artículo 242.- Al que exponga en una casa de expósitos a un niño menor de siete años que se le hubiere confiado, o lo entregue en otro establecimiento de beneficencia o a cualquier otra persona, en ausencia - de la que se lo confió o de la autoridad en su defecto, se le aplicarán de 1 a 4 meses de prisión y multa de 5 a 20 pesos.

Artículo 343.- Los ascendientes o tutores que entreguen en una casa de expósitos a un niño que esté bajo su potestad, perderán por ese sólo hecho los derechos que tengan sobre la persona y bienes del expósito". (38)

En los artículos antes expuestos, el Código prevee casos en los que no necesariamente se produce un resultado dañoso para el menor, en cuanto a salud o la vida, pero existe una violación en los deberes de custodia, atención y cuidado del mismo, lo cual puede dar por consecuencia un daño para éste. Además, - al respecto se establece la obligación por parte de los ciudadanos de atender,

prestar auxilio y avisar a las autoridades en caso de que se encuentre abandonado a un niño que sea incapaz de cuidarse a sí mismo.

Por su parte, el Título Vigésimo (Delitos contra el honor) en su Capítulo I : Golpes y otras violencias físicas simples, incluye los Artículos 344, -- 345, 346 y 347 actualmente derogados. Al revisarlos en el Código Penal publicado en el Diario Oficial del día 14 de enero de 1984, se obtiene la siguiente información:

" Artículo 344.- Se aplicarán de 3 días a un año de prisión y multa de cinco a trescientos pesos:

I. Al que, públicamente y fuera de riña, diera a otro una bofetada, un puñetazo o cualquier otro golpe en la cara;

II. Al que azotare a otro para injuriarle, y

III. Al que infiera cualquier otro golpe simple. Son simples los -- golpes y violencias físicas que no causen lesión alguna y sólo -- se castigarán si infieran con intención de ofender a quien los recibe. Los jueces podrán declarar a los reos de golpes sujetos a la vigilancia de la autoridad, prohibirles ir a determinado lugar y obligarlos a otorgar la caución de no ofender, siempre que lo crean conveniente.

Artículo 345.- En los casos de las fracciones I y II del artículo anterior, la prisión podrá ser hasta de 3 años cuando los golpes y las violencias simples se infieran a un ascendiente.

Artículo 346.- No podrá proceder contra el autor del golpe o violencias, sino por queja del ofendido, a no ser cuando el delito se cometa en una reunión o en un lugar público.

Artículo 347.- Los golpes dados y las violencias hechas en ejercicio del derecho de corrección no serán punibles". (39)

Pese a que los anteriores artículos se hayan derogados en el Código Penal publicado en 1987, desconociéndose el actual trato legal de los mismos, se piensa que en dichos dispositivos se sanciona la agresión entre las personas, -- así como la agresión hacia el ascendiente; es decir de hijo a padre. Sin embargo, no hay un precepto dentro de este apartado que reitere una pena persecutoria

cuando la agresión la hace un padre a un hijo, agregando contrariamente a ello, que no serán punibles las agresiones que se lleven a cabo bajo el pretexto de corrcción, señalando asimismo, que no se perseguirá al agresor sino por queja -- del ofendido o cuando se efectúe en un lugar público. Evidentemente el niño con éstas dos últimas disposiciones, pierde la oportunidad de hacer valer el respeto hacia su integridad física y moral.

Aunado a ello, es casi imposible el probar ante la Ley que dichas agresiones se infirieron con la intención (premeditación, alevosía y ventaja) de -- ofender a quien las haya recibido.

Por otra parte, el Artículo 352, Fracción II del Código Penal señala en cuanto a la Difamación:

" Artículo 352.- No se aplicará sanción alguna como reo de difamación -- ni de injuria:

II. Al que manifieste en juicio sobre la capacidad, instrucción, apti tud o conducta de otro, si probare que obró en cumplimiento de un deber o por interés público, o que, con la debida reserva, lo hizo por humanidad, por prestar un servicio a persona con quien tenga parentes co o amistad, o dando informes que se le hubieren pedido, si no lo hi ciere a sabiendas calumniosamente". (40)

Por su parte, los Artículos 356 y 357 de este Código, relativos a la Calumnia, establecen:

" Artículo 356.- El delito de calumnia se castigará con prisión de 6 meses a 2 años o multa de 2 a 300 pesos, o ambas sanciones, a juicio del juez:

I. Al que impute a otro un hecho determinado y calificado como deli to por la ley, si este hecho es falso, o es inocente a la perso na a quien se le imputa.

Artículo 357.- Aunque se acredite la inocencia del calumniado o que -- son falsos los hechos en que se apoye la denuncia, la queja o acusa-- ción, no se castigará como calumniador al que las hizo, si probare -- plenamente haber tenido causas bastantes para incurrir en error.

Tampoco se aplicará sanción alguna al autor de una denuncia, queja o

acusación, si los hechos en que ellas se imputan son ciertos, aunque no constituyan un delito, y el errónea o falsamente les haya atribuido ese carácter".(41)

Respecto a los artículos anteriores referentes a la calumnia y difamación, cabe hacer notar una deficiencia; ya que si alguien de buena fé denuncia un caso de sospecha de maltrato, y resultare que dentro del proceso de investigación que le sigue no se halla culpable al presunto agresor, al denunciante no se le castigará como calumniador o difamador si prueba haber tenido bastantes causas para incurrir en el error, hecho que resulta bastante difícil. Agregándose se a todo ello, el denunciante se verá envuelto en una serie de investigaciones, interrogatorios u otros procesos que resultan muy embarazosos para cualquier ciudadano, motivo por el cual, difícilmente se deciden a denunciar los casos de maltrato.

Sin embargo, personalmente se cree que el hecho de denunciar tales sucesos es un acto informativo de la existencia de un infante, la mayor de las veces lesionado, sin imputar tal hecho a persona alguna. En todo caso, la determinación de la responsabilidad si resulta falsa la denuncia, corresponde a la autoridad competente.

Asimismo, como se verá en el Artículo 116 del Código Federal, también está penado el que reconociendo los hechos, no los denuncie. El citado Art. 116 del Código Federal del Procedimientos Penales, establece: la obligación de toda persona que tenga conocimiento de la comisión del delito, que deba perseguirse de oficio, de denunciar ante el Ministerio Público o ante cualquier funcionario de la policía en caso de urgencia".(42)

No obstante a lo expresado por la Ley con el artículo anterior, cabe objetar que ante el profesional encargado de atender al niño de sus lesiones físicas, existe el llamado Juramento Hipocrático que expresa:

" Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de

ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, -  
manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas".(43)

Respecto a ello, se entiende el secreto profesional como el deber moral de guardar discreción absoluta en lo referente a situaciones de las cuales se tenga conocimiento con motivo del ejercicio de una profesión, en tanto no haya interés de orden público que se vulnere.

Esto es, desde el punto de vista ético es un deber hacer del conocimiento del órgano investigador los casos en que probablemente existan situaciones de malos tratos a los niños, pues se estima que el primer deber del profesional (médico específicamente), es cuidar la salud y la vida de los seres humanos; es decir; el deber primordial es proteger al menor. Aunado a ello, el médico - por ejemplo, no necesita juicios de reprochabilidad, su único deber consiste en formular el diagnóstico y hacer la denuncia respectiva, no le corresponde probar los malos tratos, ni la responsabilidad del atacante, ya que esto compete a los órganos investigador y jurisdiccional.

Asimismo, se entiende que el secreto profesional de acuerdo a Osorio y Nieto (1983), alude a la protección del enfermo, no al que causó la enfermedad. En caso de que no se denuncien los malos tratos, es al agresor a quien se le en cubre; por lo tanto, se piensa que por razones morales y sociales el secreto mé dico debe desaparecer para bien del menor. El deber moral del médico, consiste - en guardar el secreto que conozca en el ejercicio de su profesión, a menos que exista causa justificada para comunicar una situación determinada, como puede - ser el evitar males futuros o cumplir con las obligaciones impuestas por la ley.

Pese a lo ya citado, la Ley confiere a los profesionales ciertos dere--  
chos y obligaciones, ésto es:

" Artículo 210.- Se aplicará multa de 5 a 50 pesos o prisión de 2 meses a 1 año al que sin justa causa, con prejuicio de alguien y sin consen timiento del que pueda resultar perjudicado revele algún secreto o co

municación reservada que conoce o ha recibido con motivo de su empleo, cargo o puesto.

Artículo 211.- La sanción será de 1 a 5 años, multa de 50 a 500 pesos y suspensión de profesión, en su caso, de 2 meses a 1 año, cuando la revelación punible sea hecha por persona que preste sus servicios profesionales o técnicos, o por funcionario o empleado público, o cuando el secreto revelado o publicado sea de carácter industrial".(44)

Como se puede apreciar, los artículos anteriores merecen especial atención y en cierta medida son motivo de justificación por parte de los profesionales, en el caso de la no denuncia de posible maltrato infantil.

Sin embargo, personalmente se piensa que la ausencia de causa legítima es un elemento del delito de revelación de secretos; pero en presencia de tal elemento no existiría ilícito penal. Esto es, el que revela un secreto con justa causa no incurre en delito alguno, y es de estimar que la protección a la integridad física y mental del infante, y tal vez de otras personas, sea una causa plena e indudablemente legítima desde el punto de vista moral, social y jurídico.

Otro documento legal, que incluye reglamentos que pueden ser aplicables a la protección infantil es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la cual contiene las reformas políticas promovidas por el presidente Lázaro Cárdenas y aprobadas por el constituyente de la Nación el diciembre de 1977.

Dentro de su Título I, Capítulo I (De las Garantías Individuales), el Artículo 4o. señala:

" Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y esparcimiento de sus hijos".(45)

Recientemente, el Congreso de la Unión y las Legislaturas de los Estados, aprobaron una adición al artículo 4o. de la Constitución para establecer una mayor protección a los menores:

" Es deber de los padres preservar el derecho de los menores, a la sa--

tisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental, siendo la Ley quien determinará los apoyos a la protección de menores, a cargo de las instituciones públicas".(46)

Otro reglamento de gran importancia dentro de las mismas Garantías Individuales es el Artículo 22 que apunta;

" Quedan prohibidas las penas de mutilación y de infamia, la marca, los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, la multa excesiva, la confiscación de bienes y cualquiera otra penas inicitadas y trascendentales".(47)

Aún cuando en el anterior precepto legal existe la prohibición de semejantes agresiones, es necesario que se imponga a los autores de estos delitos, una sanción que pueda consistir en una severa amonestación por parte del Juez, pero también una exhortación judicial en el mismo fallo a los padres o a quienes ejerzan la patria potestad en el sentido de que si reinciden en el maltrato al menor, entonces se les aplicarán las sanciones que establece para las lesiones en general el Código Penal.

Cabe mencionar además, lo confirmado por Montiel Mejía (1980), quien indica que en la Fracción III del Artículo 123 Constitucional, se estipula la prohibición del trabajo a menores de 14 años. Sin embargo, en 1978 había 1 716 000 trabajadores menores de 16 años sin ninguna protección legal. El artículo antes citado, está contenido en el Título VI (Del Trabajo y de la Previsión Social), en su Fracción III y estipula:

" Queda prohibida la utilización del trabajo de los menores de 14 años. Los mayores de esta edad y menores de 16 años tendrán como jornada máxima la de seis horas".(48)

Por otra parte, es necesario considerar en los casos de maltrato, las disposiciones contenidas en el Código Civil. Dicho Código, que rige actualmente en el Distrito y en los Territorios Federales entró en vigor a partir del 10. -

de Octubre de 1932, según decreto presidencial del Lic. Plutarco Elías Calles-  
(Código Civil, 1986).

En este mismo Código, dentro del Libro I, de las Personas Físicas inclu  
ye el siguiente Artículo 22 que afirma:

"La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por nacimien  
to y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un indivi -  
duo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por  
nacido para los efectos declarados en el presente Código". (49)

Bajo este artículo, se reconoce que toda persona, desde el momento en -  
que nace queda sujeta a los preceptos legales, a través de los cuales sus dere-  
chos pueden hacerse valer; sin embargo, en muchas ocasiones los hechos no lo --  
confirman.

Por otra parte, en el Título V, Capítulo 3 se incluyen los Artículos 162  
168 respecto a los Derechos y Obligaciones que nacen del matrimonio:

"Artículo 162.- Los cónyuges están obligados a contribuir cada uno por  
su parte a los fines del matrimonio y a socorrerse mutuamente. Toda --  
persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informa  
da sobre el número y esparcimiento de sus hijos. Por lo que toca al ma  
trimonio, este derecho será ejercido de común acuerdo por los cónyu --  
ges -

Artículo 168.- El marido y la mujer tendrán en el hogar autoridad y --  
consideraciones iguales; por tanto, resolverán de común acuerdo todo -  
lo conducente al manejo del hogar, a la formación y educación de sus -  
hijos y a la administración de los bienes que a éstos pertenezcan. En -  
caso de desacuerdo el juez de lo familiar resolverá lo conducente". (50)

La norma anterior (Art. 162), deriva de la reforma constitucional al --  
Artículo 4o. antes escrito, que se llevó a cabo en el sexenio anterior para de-  
jar a los padres la determinación del número de hijos que se deseen tener en su  
familia. Además, como puede apreciarse con los anteriores preceptos legales so-  
bre del número, esparcimiento y educación de los hijos, se le dá con ello al pa

dre el poder sobre los mismos, pudiendo hacer con ellos lo que considere apropiado, aún cuando aparente u oficialmente no se reconoce la autoridad absoluta del custodio. En la práctica, dicho precepto parece estar muy impregnado dentro de la cultura y el sentir del padre: ya que todavía puede hacer en buena parte lo que quiera con su hijo.

Es necesario apuntar asimismo, que dentro de las Causales de Divorcio, - el Título V, Capítulo X, menciona en el Artículo 267, el Inciso V:

"Son causales de divorcio; los actos inmorales ejecutados por el marido o por la mujer con el fin de corromper a los hijos, así como la tolerancia a la corrupción". (51)

También dentro de este mismo Capítulo, el Artículo 270 puntualiza:

" Son causas de divorcio los actos inmorales ejecutados por el marido o por la mujer con el fin de corromper a los hijos, ya lo sean estos de ambos, ya de uno solo de ellos. La tolerancia en la corrupción que da derecho a pedir el divorcio debe consistir en actos positivos y no -- simples omisiones ". (52)

Los anteriores artículos, están contemplados como medidas legales bajo las cuales al infante se trata de proteger contra el maltrato a que puede ser sujeto por parte de sus progenitores. Sin embargo, en caso de que proceda la -- sentencia de divorcio se hace probable que el padre no agresor pierda la tutela del hijo; en dicho caso la ley no establece ninguna garantía para el menor. Además, se incluye el hecho de que sólo se tomará como corrupción, daños en el niño consumados, dejándose impunes los intentos, lo cual limita en mucho las garantías que el menor puede tener por vías legales.

En este mismo Título, en el Capítulo II (De los Alimentos), dentro de -- los Artículos 303 y 308, se observan las siguientes disposiciones:

" Artículo 303.- Los padres están obligados a dar alimentos a sus hijos. A falta o por imposibilidad de los padres, la obligación recae en los demás ascendientes por ambas líneas que estuvieran más próximos en -- grado.

Artículo 308.- Los alimentos comprenden la comida, el vestido, la habitación y la asistencia en casos de enfermedad. Respecto de los menores, los alimentos comprenden, además, los gastos necesarios para la educación primaria del alimentista y para proporcionarle algún oficio, arte o profesión honestos y adecuados a su sexo y circunstancias personales". (53)

En cuanto a el Título VIII (De la Patria Potestad), incluye en el Capítulo I (Los Efectos de la Patria Potestad respecto de la persona y de los hijos), los Artículos 422 y 423:

" Artículo 422.- A las personas que tienen al hijo bajo su patria potestad incumbe la obligación de educarlo convenientemente.

Cuando llegue a conocimiento de los Consejos Locales de Tutela que -- las personas de que se trata no cumplen esta obligación, lo avisarán al Ministerio Público para que se promueva lo que corresponda.

Artículo 423.- Para los efectos del artículo anterior los que ejerzan la patria potestad o tengan hijos bajo su custodia, tienen la facultad de corregirlos y la obligación de observar una conducta que sirva a estos de buen ejemplo.

Las autoridades en caso necesario, auxiliarán a estas personas haciendo uso de amonestaciones y correctivos que les presten el apoyo suficiente". (54)

Respecto a los artículos anteriores y no obstante del aceptado derecho de corrección, las autoridades jurídicas tienen la obligación de apoyar a los tutores, en cuanto a medidas correctivas se refiere, dándose a vislumbrar una contradicción con lo legislado en la Constitución en relación a los derechos básicos del niño.

Además, en el mismo Título en el Capítulo III (De los modos de acabarse y suspenderse la Patria Potestad), el Artículo 444, Inciso I, II y IV, refiere:

" Artículo 444.- La patria potestad se pierde:

- I. Cuando el que ejerza es condenado expresamente a la pérdida de - ese derecho; o cuando es condenado dos o más veces por delitos

Graves;

- II. En los casos de divorcio, teniendo en cuenta lo que dispone el artículo 283;
- IV. Por la exposición que el padre o la madre hicieren de sus hijos, o porque los dejen abandonados por más de seis meses". (55)

Asimismo, el Título IX referente a la Tutela, en el Capítulo V (De la Tutela legítima de los menores abandonados y de los acogidos por alguna persona, o depositados en establecimientos de Beneficencia) indica:

" Artículo 492.- La ley coloca a los expósitos bajo la tutela de la persona que los haya acogido, quien tendrá las obligaciones, facultades y restricciones establecidas para los demás tutores". (56)

También dentro del Título IX, el Capítulo X (Del desempeño de la Tutela), establece dentro de los Artículos 577 y 584 lo siguiente:

" Artículo 577.- El tutor tiene respecto del menor, las mismas facultades que a los ascendientes concede el artículo 432.

Artículo 584.- En caso de maltrato, de negligencia en los cuidados debidos al incapacitado o de la mala administración de sus bienes, podrá el tutor ser removido de la tutela a petición del curador, de los parientes del incapacitado o del Consejo Local de Tutela". (57)

En este mismo Título, dentro del Capítulo XIV se apunta:

" Artículo 626.- (Inciso II) El curador está obligado a: vigilar la conducta del tutor y a poner en conocimiento del juez todo aquello que considere que puede ser dañoso al incapacitado". (58)

En los Capítulos anteriores (I, III, IV y X), referentes a la Patria Potestad o tutela se hace mención en sus artículos de las obligaciones que contrae un padre o tutor con respecto al infante, así como las condiciones bajo las cuales se pierde la mencionada patria potestad; indica, que al tutor puede privarse de la misma y de sus derechos, más no señala ninguna acción en favor del ofendido.

Sin embargo, analizando dicha situación, la patria potestad constituye

en sí misma un conjunto de derechos y obligaciones, y de acuerdo con ello, si se pierde la tutela se pierden ambas funciones, dejando con ello al menor desamparado en cierto sentido. En vez de ello, la sanción debiera aclarar que se pierden los derechos hacia el niño, pero el responsable del maltrato debería conservar y tener todas las obligaciones para el desarrollo y educación del infante.

Como puede apreciarse, después de la revisión de las reformas penales, constitucionales y civiles, las actitudes hacia los niños ante la Ley y ante la autoridad paterna han cambiado gradualmente con los años; sin embargo, dicho cambio es más cuestión de grado que de esencia. Por ello, es pertinente cuestionar los siguientes hechos relativos al maltrato.

En primer término, cabe señalar que desde los primeros Códigos Penales existentes en México (1871), las lesiones al niño son admitidas y aprobadas, ya que a través de ellas se ejerce el llamado derecho de corrección, aún cuando tales lesiones se apliquen de manera exclusiva.

Antes de la Reforma, cuando un padre golpeaba a un menor ocasionándole lesiones que tardaran en sanar menos de quince días, si lo hacía en ejercicio del derecho de corregir no se le sancionaba, sólo cuando lo hacían en abuso o mostrando crueldad innecesaria o notoria. Después de la reforma, en el Código Penal (1931), la Ley continúa con la misma división del tiempo en que dichas lesiones tardan en sanar (menos de 15 días y más de 15 días), definiendo las sanciones correspondientes contra el abuso o crueldad innecesaria. Esto por supuesto, en la actualidad resulta sumamente subjetivo en cuanto a que es lo que se entiende por abuso o crueldad innecesaria; se queda más bien a juicio del juez y sobre todo indefinido, para los casos en que la Ley necesita aplicarse. De este modo, la pena impuesta no refleja en sí misma el grave daño causado por un adulto, daño que puede repercutir en toda la vida del infante. En todo caso, el

niño pierde todo derecho y como tendrá que subsistir y desarrollarse en ese ambiente, tiene pocas probabilidades de ser psicológicamente un adulto normal.

Asimismo, cabe señalar que el Artículo 261 del mismo Código Penal establece que el delito o atentado contra el pudor solo se castiga cuando ya se ha consumado. Por lo tanto, en este caso no son penadas las repercusiones psicológicas que trae consigo.

Pese a que se incluye como delito en el Código Penal y en el Código Civil la corrupción de menores, las sanciones establecidas son mínimas en relación al daño físico y mental inflingido al menor; esto, en caso de que se lleguen a denunciar.

Por lo dicho hasta el momento, es importante subrayar que parte fundamental de la imagen de una sociedad la da su sistema legislativo. En relación al menor, se requiere de una legislación realista que lo proteja como el miembro más desamparado de la sociedad, protección que para ser efectiva debe alcanzar a la familia.

Por tanto, en el país pese a que se da protección a la infancia y a la familia, la situación y necesidades extraordinarias del niño maltratado y de sus familias resaltan dramáticamente.

Sin embargo, se tiene plena conciencia de que los menores deben recibir los beneficios de los derechos universales de seres humanos y desde ningún punto de vista puede ni debe existir para ellos, forma alguna de discriminación o desigualdad que los condene a padecer por su origen o condición social, ya sea política, cultural, física, moral o económica, abuso o maltrato por quienes tienen fundamentalmente la responsabilidad jurídica y moral de su atención, cuidado y educación, que en la mayoría de los casos son los padres.

En relación a ello, Carlos Heredia Jasso, Asesor de la Subdirección Jurídica del INSS en 1978, manifestó que conforme a la evidencia médica se hace -

difícil que en los casos de maltrato, las lesiones se hayan producido en el -- ejercicio del derecho de corrección. Agrega que, los casos médicos presentados, -- se refieren, por regla general, a infantes que ni siquiera han alcanzado edad -- para empezar a hablar, o a menores recién nacidos, de 20 días a 3 meses, y algu -- nas ocasiones de 3 años. Por ello, afirma que cabe preguntarse ¿En estos casos será preciso lesionar a criaturas tan pequeñas bajo el supuesto de que se ejer -- ce el derecho de corregir?, ¿Se tratará de estados patológicos, como parece de -- ducirse de la explicación de los psiquiatras?, o ¿Puede decirse que racionalmen -- te el derecho de corregir surge cuando apunta ya la personalidad del menor y -- éste empieza a razonar por sí mismo, lo cual ocurre por regla general después -- de los cinco años de edad?.

Joaquín de Teresa, miembro de la Barra Mexicana de Abogados (1978) ex -- presó que a través de diversas experiencias, ha podido constatar que la Ley Pe -- nal difícilmente opera como preventiva del delito, como preventiva de las agre -- siones sociales, cuando menos en casos como los de la lesión y mucho menos cuan -- do se infiere al menor, ya que generalmente actúan compulsivamente; es decir, -- tal como aprendieron a proceder desde niños. Al respecto sugiere la interrogati -- va: ¿Realmente las sanciones del Código Penal pudieran servir para evitar estos daños?. De acuerdo a la experiencia penal es difícil; más bien cree que es al -- contrario, más agresividad velada hacia el infante, con más odio y coraje, dán -- dolo por ello menos amor del poco o escaso que le ofrece, y el resultado seríu -- a la larga contraproducente.

Los siguientes hechos confirman tales declaraciones; generalmente cuan -- do el abogado para plantear su defensa a una persona que ha estado implicada en maltrato a menores pregunta: ¿porqué se te ocurrió cometer el homicidio, o por -- qué se te ocurrió lesionar al niño?, ésta le contesta casi siempre o que no pu -- do evitarlo porque se cegó; o bien, porque pensó que no iban a descubrirlo. Es-

decir, es la coartada lo que para los golpeadores constituye la esperanza de no ser castigados. Así también, esto se agudiza cuando se lesiona a los menores, - usualmente en el hogar, en donde tienen la sensación de ser encubiertos, y la - certeza de impunidad. Es por ello que la ley penal no impide en concreto el cometer tal delito.

Carlos Heredia Jasso (1978), al respecto aporta lo siguiente: En 1966, - al presentarse el primer caso de niño golpeado antes mencionado, se formuló denuncia penal por el delito de lesiones, y se obtuvo mediante la evidencia de la prueba correspondiente, la prisión del responsable, que resultó ser el padre de la niña que le infligió lesiones que le produjeron el estallido del duodeno. No se vislumbraron en aquel momento todos los ángulos del problema. Preso ya el reg responsable se confrontó con una situación que debería haberse visto desde un prin cipio; ya que el padre era el sostén económico de toda la familia y que al ser reducido a prisión la dejaba en el desamparo económico. Fue preciso reflexionar en este punto y hacerlo volver ante el juez a fin de que determinara una fianza mínima para que alcanzara la libertad y pudiese reanudar su trabajo. Al abandonar la prisión, se le exhortó para que no golpear a la niña. Han transcurrido ya varios años y se ignora el resultado.

Es obvio que la acción penal cuando tiene por resultado la prisión del padre o de la madre desintegra a la familia, lo que constituye un mal social -- tan grave o más que el que se trata de resolver. Así como este caso, existen - muchos que se repiten cotidianamente, por tanto cabría preguntarse: ¿Qué protec ción otorga la Ley a la familia, cuando el proveedor material de la misma es en encarcelado? y ¿En qué forma se podrían sustituir los aspectos afectivos que se - están quitando en este núcleo familiar?.

El antes citado Heredia Jasso, en relación a ello indica que cuando se presentaron nuevos casos de infantes maltratados en los años de 1968 y 1969 se

acudió en la vía civil ante los Jueces Pupilares, solicitando que se privase al padre o madre agresor, de la patria potestad, y por orden judicial se pusiese a los menores golpeados, una vez dados de alta, en el Centro de Beneficencia - que se designase. Añade que de este modo, se pensaba lograr el alejamiento físico del niño golpeado de su agresor, en tanto desaparecieran las causas de la ira que según la exposición médica, no pasa de los cinco años. Sin embargo, argumenta que como de oficio los Jueces Civiles tienen obligación de dar aviso al Agente del Ministerio Público adscrito cuando conocen de hechos que puedan constituir delito, los Jueces Pupilares cumplían con esta obligación y nuevamente - se volvía al punto de partida.

Al respecto, Marcovich (1978) afirma que el tratamiento legal referente al problema de los menores torturados, en caso de que se denuncie a la autoridad un caso de estos, conlleva el movimiento lento y burocrático de Agentes del Ministerio Público, Jueces Calificadores, Agentes policíacos, macanazos contra el padre abusivo, indefensión económica familiar, dolor y culpabilidad del menor al pensar que ocasionó el encarcelamiento o detención de su padre principalmente. Además, expresa un hecho importante: "la denuncia de un caso de menor -- golpeado por sus padres, generalmente hecha por algún vecino, sigue un trámite promedio de 48 hrs. en las Agencias del Ministerio Público. Si se decide hacer la investigación, lo más frecuente es encontrar que el niño está hecho un cadáver". (59)

Es por ello que Marcovich (1978) se pregunta qué es más traumático: un aborto de dos meses o tener que recibir en el Hospital un niño de un año y medio ahorcado por sus padres? En México, nunca, el aborto está expresamente prohibido desde 1871. La ley, recogiendo las ideas de la iglesia católica que aseguran la existencia del alma en un embrión, considera el aborto como un asesinato. El concepto religioso lo impactó más que las más modernas tesis científicas

que por medio de recursos como los del electroencefalograma o las pruebas bioquímicas siguen sin poder comprobar en el embrión del ser humano la existencia de ese concepto vago del alma. ¿Durante cuánto tiempo más la Ley que prohíbe el aborto continuará preocupada por el alma de un embrión y despreocupada por el alma de un niño golpeado?.

No obstante, existen reformas a la legislación del país que constituyen un avance. Ahora ha sido elevado a garantía constitucional, el derecho de toda persona a la protección de la salud, y no sólo eso, sino también la aseveración constitucional del deber de los padres de preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental; así como el imperativo de determinar, por parte de las Instituciones públicas, los instrumentos para proteger a la infancia.

Asimismo, debe mencionarse el acierto de las recientes reformas constitucionales en cuanto a la rectoría del Estado, sobre diversas funciones de orden económico; pero ¿por qué causas el Estado debe postergar su función rectora en materia de protección a menores?. ¿qué, acaso no es aún más importante que cualquier otra función física y mental y de la vida misma de los menores, ante el acoso, ya no se diga de circunstancias aleatorias, sino ante el acoso de algunos padres, tutores o custodios?.

Ciertamente que la relación derivada de la patria potestad y de la tutela, por ejemplo, son ya vínculos jurídicos que al Estado interesa regular y tutelar. Quienes ejercen la patria potestad o la tutela de acuerdo a la legislación vigente, de ninguna manera cuentan ya con derechos absolutos sobre la persona de sus hijos, pupilos o custodios, sino al contrario, esa relación se ha convertido ahora en fuente generadora de obligaciones para con los menores que al Estado le interesa vigilar e incrementar.

Por su parte, como ya se mencionó el Art. 300 del Código Penal, postula

que si el ofendido fuere ascendiente del autor de la lesión, se aumentarán dos años de prisión a la sanción que corresponda; ¿no sería más grave la comisión del delito a la inversa? es decir, ¿por qué el ascendiente golpeador no se hace merecedor de todas las agravantes derivadas de su simple superioridad física y mental, además de su representación parental, que le permite la comisión del delito con premeditación, alevosía y ventaja?.

Retomando lo expuesto hasta el momento, cabe reiterar que a pesar de -- que la Constitución Política establece cierta protección a los menores prohibiendo el castigo físico, el Código Penal y Civil lo retoman aprobándolo como derecho de corrección. Asimismo, tales Códigos solo incluyen sanciones para el maltrato físico del niño y no para los daños psicológicos que pudieran engendrarse en el seno familiar. Un ejemplo de ello, se encuentra en el Código Penal al hablar en el Art. 288 de sancionar sólo las alteraciones que dejen huella material en el cuerpo del ser humano.

Ante tal situación, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, no puede ni debe permanecer pasivo o estacionario en cuanto al aspecto normativo del problema. Los objetivos y facultades que le atribuye el decreto del 20 de diciembre de 1982, por lo que hace a la prestación de servicios de Asistencia Jurídica, sobre todo a menores, no podrán realizarse óptimamente si no es a la atención de esta fenomenología.

Por tanto, es conveniente seguir actualizando la legislación, para que no exista ningún hueco o artículo lo suficientemente incompleto, con el fin de lograr una mejor atención al problema desde el punto de vista jurídico.

#### 2.4 Incidencia.

Como se ha constatado a lo largo del presente trabajo, el conocer los

aspectos relacionados con el problema del Menor Maltratado por sus padres, custodios o tutores, ya sea en forma ocasional o habitual, con violencia física, emocional o ambas, es de gran importancia para su manejo; ya que con esta información es posible atacarlo y prevenirlo desde su raíz. Asimismo, pueden conocerse las particularidades del problema, al precisar las características que presenta el menor agredido y la idiosincrasia de los miembros de la familia, con especial atención al agresor y al medio ambiente que los rodea.

Un mecanismo útil para lograr los fines propuestos, es la investigación cuantitativa de los aspectos descritos, con el objeto de conocer estadísticamente cual es la Incidencia reportada en las diversas Instituciones relacionadas con este tipo de casos.

Primeramente, es necesario reiterar que los episodios de malos tratos se repiten cotidianamente en el país en todas las clases sociales; constituyendo así, uno de los más ocultos y menos controlados de todos los crímenes violentos que se registran en México (Ayala Castillo y Cruz Osorio, 1983; Focerrada Moreno, 1983; Manterola Martínez, 1982-83-84; Marcovich, 1978-81; Montiel Mejía, 1980; Palomares, 1983; Pérez Abrego, 1983).

Con el fin de precisar estos hechos, el presente apartado pretende ilustrar claramente la Incidencia de Maltrato Infantil en el país, reportada a través de diferentes Instituciones e investigadores, la cual se presenta por medio de tablas que muestran datos en relación a diversos aspectos implicados en el fenómeno de estudio:

- 2.4.1 Datos relativos a la denuncia,
- 2.4.2 Características de la Familia,
- 2.4.3 Aspectos del Agresor y,
- 2.4.4 Particularidades del Niño Maltratado.

Sin embargo, la información que proporcione una visión más amplia en --

cuanto a Incidencia, no estaría completa sin incluir finalmente:

2.4.5 La Incidencia del Maltrato en el País.

2.4.1 Datos Relativos a la Denuncia.

Informes de gran interés referentes a la denuncia, engloban datos con relación a la procedencia y vía de la misma, identificación de la persona denunciante, entidad federativa y delegación política en cuanto a maltrato.

TABLA NO. 1 : DATOS PORCENTUALES DE LA PROCEDENCIA DE LA DENUNCIA DURANTE EL PERIODO 82 - 83.

Procedencia de Denuncia	PREMAN %	INSM %
Institucional	23.02	86
Anónima	8.27	37
Voluntaria	66.78	-
Otros	1.9	-

CODIGO: (-) no se aportó el dato.

En la tabla anterior, se observa que el mayor número de denuncias recibidas en casos de maltrato por PREMAN es voluntaria, alcanzando un 66.78% del total. Por el contrario, el INSM reporta la más alta incidencia a través de medios institucionales, constituyendo un 86%. Esto se explica, debido a que esta Institución se encuentra más en contacto con las perteneciente al Sector Salud; además, cabe mencionar que sólo incluye dos formas de procedencia de la denuncia, por lo cual, el resto de las mismas son realizadas de manera anónima.

Por su parte, PREMAN a través de sus datos, señala después de la mencionada mayor procedencia por vía voluntaria, a las procedentes por medios ins-

titucionales (23.02%), seguido del 8.27% a través de conductos anónimos.

Cabe destacar, que aunque PREMAN subraya como mayor forma de procedencia a las denuncias por autodeterminación, este hecho no implica que el que las realice sea el sujeto activo de la agresión; ya que es muy difícil para el perpetrador reconocer que actúa erróneamente dañando al menor, y mucho más aún es el que por iniciativa propia pida ayuda a tal Institución, ya que muchas veces saben de antemano que esto llevará consigo represalias contra su persona. Sin embargo, tal denuncia voluntaria bien puede presentarse por otros sujetos vinculados o relacionados con la problemática presente en el infante y su familia, - lo cual habla de cierto grado de concientización en la población.

Por otra parte, el INSM y PREMAN coinciden en mencionar altos porcentajes en la procedencia de la denuncia por vía institucional. Esto hecho, puede atribuirse a que las Instituciones del Sector Salud notifican los casos encontrados a la Institución respectiva; por lo tanto, es más fácil detectarlos en las familias que recurren a la atención de las Instituciones de Asistencia Social.

TABLA NO. 2 : DATOS PORCENTUALES DE VIA DE DENUNCIA DURANTE EL PERIODO 82 - 83.

Vía de Denuncia	PREMAN %
Telefónica	71
Directa (personal)	25.3
Escrita	1.9
Otra	1.7

Puede constatar que el mayor porcentaje de denuncias recibidas fué -

por vía telefónica (71%); el 25.3% por acusación directa personal y sólo el 1.9% por medios escritos (cartas, telegramas u oficios). Retomando los altos índices porcentuales a la denuncia institucional, el que la vía más usada para tales denuncias sea la telefónica, puede atribuirse al hecho de que este medio facilita la comunicación al unir las distancias existentes entre las Instituciones del Sector Salud; ya sea, ante las denuncias voluntaria o anónimas que denotan tales hechos. Además, la vía telefónica es menos embarazosa e implica menor pérdida de tiempo, lo que contribuye a agilizar los trámites investigatorios de verificación de denuncia.

TABLA NO. 3 : DATOS PORCENTUALES DEL DENUNCIANTE DURANTE EL PERIODO  
64 - 78.

Denunciante	Marcovich %
Vecino	32.1
Madre	15.4
Padre	5.1
Otros familiares	3.1
Agredido	2.5
Médico	0.3

En un 32.1% los denunciante fueron vecinos; además puede apreciarse - que sólo en un 15.4% la denunciante fué la madre, el padre el 5.1%, en un 3.1% - otros familiares y el mismo agredido en un 2.5%. Estos porcentajes apoyan los hechos antes citados referentes a que la denuncia aunque sea voluntaria, no necesariamente implica que sea el agresor quien la realice, presentándose más bien el otro cónyuge, vecinos u otro familiar. Cabe subrayar, que el médico sólo en

el 0.3% de los casos aparece como denunciante, con lo cual se reitera que tal profesionista deja de cumplir con un deber profesional de evidente interés público, puesto que al no denunciar los hechos, no contribuye a evitar la repetición de agresiones peligrosas que pueden culminar, como en algunas ocasiones ha ocurrido, con la muerte del menor indefenso.

TABLA NO. 4 : DATOS PORCENTUALES DE INCIDENCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA, DURANTE EL PERIODO 64 - 78.

Entidad Federativa	Marcovich %
Distrito Federal	16.8
Chiapas	9.9
Estado de México	6.7
Chihuahua	5.5
Veracruz	4.4
Jalisco	3.2
Tamaulipas	2.8
Nuevo León	2.6
Sonora	2.3
Puebla	2.2
Hidalgo	1.9
Michoacán	1.7
Sinaloa	1.6
San Luis Potosí	1.5
Guanajuato	1.3
Querétaro	1.2
Baja Cal. Norte	1.1

Se puede apreciar que en este estudio, la mayor concentración de casos de maltrato se encontró en el D.F. con un 16.8%, seguido por los estados de Chia

pas 9.9%, Estado de México 6.7%, Chihuahua 5.5%, Veracruz 4.4% y Jalisco 3.2%.

No obstante, al no contar con índices porcentuales de otras investigaciones con las cuales realizar comparaciones, se limita mucho el precisar si ta les datos son válidos a través del tiempo.

TABLA NO. 5 : DATOS PORCENTUALES DE INCIDENCIA DE ACUERDO A DELEGACION POLITICA.

Delegación Política	I N S M	PREMAN	
	1983	82-83	86
	%	%	%
Iztapalapa	X	11.63	X
Gustavo A. Madero	-	10.43	X
Cuahutémoc	-	14.74	X

CODIGO: (X) mayor incidencia aunque no señala porcentaje.  
(-) no se aportó el dato.

Se hace constatar que en el D.F., de acuerdo al INSM durante 1983, la delegación que reportó mayor incidencia de casos de maltrato fué Iztapalapa. Al respecto, DIF - PREMAN (82 - 83), detectó que la delegación de más alta incidencia fué Cuahutémoc, seguida de Iztapalapa y finalmente Gustavo A. Madero. Se puede apreciar, que para éste periodo el mayor índice de malos tratos se concentra en una delegación; para 1986 existen ya tres delegaciones en el D.F., lo que demuestra la expansión del fenómeno durante sólo unos cuantos años en el país.

Sin embargo, si se observan los porcentajes obtenidos por las dos Instituciones para 1983, se ve claramente una seria contradicción con respecto a la señalada delegación política de mayor incidencia. No obstante, el establecer las delegaciones de más altos índices es de gran importancia, ya que con ello -

podrían encaminarse acciones de prevención, asistiendo directamente a las comunidades para proporcionarles la orientación necesaria que sirva a fin de reducir el número de agresiones de padres a hijos principalmente.

#### 2.4.2 Características de la Familia.

Dentro de este rubro, se incluyen los datos obtenidos respecto de la zona de la vivienda, clase económica, tipo de familia, número de integrantes de la misma y número de habitaciones que conforman la vivienda. Se anexa además, - información sobre tipo de unión entre los progenitores, y sobre el número de niños agredidos por familia.

TABLA NO. 6 : DATOS PORCENTUALES DE LA ZONA DE VIVIENDA DURANTE EL PERIODO 82 - 83.

Zona de la Vivienda	PREMAN %
Urbana	66.51
Suburbana	30.39
Rural	3.08

En la anterior tabla, se aprecia que la zona de mayor índice de maltrato infantil es la urbana con 66.51%, seguido de la suburbana 30.39% y finalmente la rural 3.08%. Se podría suponer que en el campo, por haber menos posibilidades de adquirir un nivel cultural o educacional adecuado se dé un mayor índice de maltrato; sin embargo, los datos disponibles por DIF-PREMAN muestran lo contrario, estableciendo la mayor incidencia en la zona urbana. Esto puede atribuirse al ritmo de vida a que están sujetos los miembros de la ciudad; ya que -

en ella, el hombre vive en constante tensión, lo que le hace más propenso a una actitud de defensa común, tomando como pauta de conducta cotidiana o usual la agresión; agresión que desafortunadamente, en algunos casos, se descarga en seres tan indefensos como los niños.

TABLA NO 7 : PRESENCIA DE MALTRATO EN LAS CLASES SOCIOECONOMICAS.

Clase Socioeconómica	PREMAN 82-83	INSM 1983	Palomares 1983	PREMAN 84-86
Baja	X	X	X	X
Media	X	-	-	X
Alta	-	-	-	X

CODIGO: (X) mayor incidencia aunque no señala porcentaje.  
(-) no se aportó el dato.

El INSM y Palomares (1983), concuerdan en que la mayor presencia de maltrato se produce en la clase socioeconómica baja. Asimismo, cabe puntualizar la diferencia obtenida en PREMAN en los periodos 82-83 y 84-86. En el primer periodo indica que los mayores índices del maltrato se obtuvieron en las familias menos favorecidas económicamente; es decir, familias de clase baja y media. Sin embargo, por las condiciones de crisis del país, en el periodo 84-86, el porcentaje de maltrato se presentó en todos los niveles de la escala social; lo cual apoya el hecho de que el síndrome sea un fenómeno social. Estos acontecimientos son apoyados por Steele y Pollock (1968), quienes no hallaron respecto a maltrato, diferencias entre sus pacientes en relación a la población en general, desde el punto de vista socioeconómico.

Además, en cuanto a la tabla, cabe hacer notar que en el periodo 82-83 la detección de mayor incidencia en las clases media y baja, puede deberse a la

escases de recursos económicos, por lo que los integrantes de las mismas se ven obligados a recurrir a los servicios de Salud pública.

TABLA NO. 8 : DATOS PORCENTUALES DE MALTRATO CON RELACION AL TIPO DE FAMILIA.

Tipo de Familia	INSM 1983 %	PREMAN 82-83 %
Nuclear	52	-
Extendida	48	18.94
Integrada	-	11.01
Desintegrada	-	34.80
Organizada	-	2.64
Desorganizada	-	32.59

CODIGO: (-) no se aportó el dato.

Como se observa, PREMAN marca los mayores porcentajes de maltrato en familias desintegradas (34.80%) y en las familias desorganizadas (32.59%). Apunta la presencia de malos tratos sólo en el 16.94% para familias extensas; el 11.01% en familias integradas y sólo el 2.64 en familias organizadas. Por ello, puede constatarse el hecho de que la integración familiar y el tipo de relaciones conyugales existentes pueden influenciar la presencia del maltrato.

Por su parte, para el INSM los mayores datos de maltrato se dieron en familias nucleares (52%), a diferencia del 48% presentado en familias extensas.

Se observa por tanto, una fuerte crisis en las relaciones familiares dentro de los hogares sujetos a estudio; y cabe señalar además, que no existe un tipo de familia exclusiva donde se presente el síndrome.

TABLA NO. 9 : DATOS PORCENTUALES RESPECTO AL NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Número de Miembros	Marcovich 64-78 %	PREMAN 82-83 %
De 2 a 4	6	44.09
De 5 a 7	14	38.76
De 8 a 10	5.4	13.21
Más de 11	-	2.20
No especificado.	74.6	1.32

CODIGO: (-) no se aportó el dato.

De los datos especificados en la investigación de Marcovich, se obtiene el mayor índice de maltrato (14%) en familias de 5 a 7 miembros, seguido de un 6% en familias con 2 a 4 personas, y sólo un 5.4% de 8 a 10 elementos.

Por su parte, PREMAN reporta los más altos porcentajes en familias de 2 a 4 miembros (44.09%) y de 5 a 7 elementos (38.76%). El 13.21% correspondió en este estudio a familias de 8 a 10 sujetos y el menor porcentaje (2.20%) en familias de más de 11 personas. A pesar de que los datos corresponden a diferentes periodos en el tiempo, los dos coinciden en informar que los mayores índices de maltrato se producen en familias de 2 a 7 miembros. Sin embargo, cabe puntualizar el hecho de que los altos porcentajes de datos no especificados disminuyen la confiabilidad de los informes registrados.

En suma, aunque se afirma que no existe un parámetro que especifique la cantidad de integrantes de familia que desencadene el maltrato, se reconoce el hecho de que el número de elementos que la componen, está implicado en tales casos.

TABLA NO. 10 : INDICES PORCENTUALES RELATIVOS AL NUMERO DE HABITACIONES POR VIVIENDA.

Número de Habitaciones	Marcovich 64-78 %	PREMAN 82-83 %
1	27.1	22.90
1 a 2	3.5	14.54
3 o más	0.8	17.62

Si se toma en consideración que los más altos índices del maltrato pueden verse influidos por la baja condición económica, la mala estructura familiar y el gran número de miembros de la misma, puede deducirse que este síndrome se presenta mayormente a través de los periodos de estudio, en las familias que sólo cuentan con una habitación, lo cual habla de posibles condiciones de hacinamiento que influyen de sobre manera la presencia de factores desencadenantes de maltrato infantil.

A este respecto, el 27.1% en Marcovich y el 22.90% en PREMAN correspondieron a familias con una sola habitación.

Cabe mencionar además, que en la investigación del periodo 64- 78, el 3.5% se encontró en familias con uno y dos cuartos y el 0.8% con más de dos. En el periodo 82 - 83, se obtiene que el 17.62% fué en ambientes familiares con más de tres cuartos, y el 14.54% con una y dos habitaciones únicamente.

TABLA NO. 11 : INDICES PORCENTUALES EN CUANTO AL TIPO DE UNION DE LOS PROGENITORES.

Tipo de Unión	INSM	PREMAN	
	1983	82-83	1986
	%	%	%
Casados	36	42.73	-
Solteros	21	-	X
Unión Libre	18	40.46	-
Divorciados	-	1.32	-
Viudos	-	3.52	-
Concubinato	-	7.4	-

CODIGO: (X) mayor incidencia aunque no señala porcentaje.

(-) no se aportó el dato.

Puede observarse en el periodo 82 - 83, que las dos Instituciones incluídas indican que el mayor dato porcentual se encontró en los progenitores -- unidos mediante el casamiento (INSM, 36%; PREMAN, 42.73%); sin embargo, PREMAN - en 1986 señala la mayor presencia de maltrato en progenitores solteros .

Cabe mencionar, que los índices restantes en cuanto a tipo de unión in cluídos por PREMAN (82 - 83), marcan un 40.46% a los progenitores en unión li- bre; un 7.4% en concubinato ; 3.52% viudos y 1.32% a los divorciados.

El INSM apunta un 21% a los progenitores solteros implicados en mal- trato y un 18% en unión libre.

En suma, de acuerdo a ambas Instituciones el maltrato infantil se pre- senta durante el periodo 83 - 86, en mayor grado en progenitores casados, solte ros o en unión libre. No obstante, se hace necesario que se lleven a cabo más - investigaciones a nivel nacional, que arrojen datos de mayor solidez.

TABLA NO. 12 : INDICES PORCENTUALES CON RESPECTO AL NUMERO DE NIÑOS AGREDIDOS POR FAMILIA EN 1983.

Número de Niños Agredidos	INSM %
1 a 3	86
4 a 6	13

A este respecto, sólo se cuenta con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Salud Mental en 1983, en cuanto al número de menores agredidos por familia. Tales datos reportan que el mayor porcentaje (86%), corresponde al rango de uno a tres niños maltratados por familia; sólo el 13% incluyó de cuatro a seis infantes agredidos.

Cabe anotar, las investigaciones de Gil (1971) y de Kadushin y Martin (1985), las cuales afirman que en un porcentaje limitado más de un hijo por familia fué objeto de maltrato.

#### 2.4.3 Aspectos del Agresor.

Entre las características del agresor más comúnmente documentadas en las investigaciones de maltrato infantil, se encuentran: agresor más frecuente, estado civil, escolaridad, ocupación, edad, factores predisponentes del maltrato y situación del agresor después del episodio.

Cabe indicar que con fines ilustrativos tales factores se presentan por separado; sin embargo, en los episodios de malos tratos pueden encontrarse uno o más de ellos.

TABLA NO. 13 : INDICES PORCENTUALES EN RELACION AL AGRESOR MAS FRECUENTE.

Agresor	IMSS 65-66 %	Marcovich 64-78 %	I N S M 1980 %	S M 1983 %	DIF 82-83 %	PREMAN 82-83 %	DDF 1983 %	IMSS 1983 %
Madre	50	39.3	39	41	44	44	47	X
Padre	30	19.1	-	31	24	24	27	-
Padrastra	-	10.7	-	10	8	8	15	-
Madrastra	20	-	-	-	-	-	-	-
Otros	-	16.4	-	18	24	18	20	-

CODIGO: (X) mayor incidencia aunque no señala porcentaje.  
 (-) no se aportó el dato.

Al analizar la información proporcionada por las diferentes Instituciones e investigaciones, puede constatarse que a lo largo de los años se apunta como el agresor más frecuente a la madre, seguido en orden de frecuencia por el padre. El hecho de señalar a la madre como mayor agresor es apoyado por Montiel Mejía y cols. (1982) y Fontana (1984). Asimismo, Ajuriaguerra (1983), cita que los estudios realizados por Steele y Pollock afirman que el agresor en un 50% de los casos era la madre y un 7% el padre; N. Lukianowicz postula como mayor agresor a la madre en un 80% de los casos; asimismo, Skinner y Castelo mencionan a la misma en un 56%.

En cuanto a la tabla, se observan porcentajes significativos aunque ya en menor proporción, que indican el maltrato perpetrado por otras personas; finalmente incluye en mínimos porcentajes al padrastra o madrastra. Por lo tanto, los datos encontrados apoyan el hecho de que el agresor más frecuente es la persona que se encuentra más tiempo en el hogar con el menor. La mujer, dado el papel que le corresponde desempeñar dentro de la sociedad, puede sufrir una serie de frustraciones, desencadenándose posiblemente por ello, actos reprobables co-

mo el maltrato a sus hijos.

Sin embargo, es necesario advertir que la violencia es un potencial latente en todos, aún la dirigida hacia los niños, si tan sólo se conjugan en forma adversa una serie de factores, tales como conflicto conyugal, pérdida de seguridad afectiva y material, soledad, falta de apoyo, enfermedad, etc.

TABLA NO. 14 : ESTADO CIVIL DE LA MADRE AGRESORA.

ESTADO CIVIL	Marcovich 64-78	INSM 1983
Casada por embarazo	-	X
Casada por incesto	X	-
Soltera	X	-
Abandonada	X	-

CODIGO: (X) mayor incidencia aunque no  
señala porcentaje.  
(-) no se aportó el dato.

Un hecho que puede influenciar gravemente la presencia de maltrato por la madre, corresponde al estado civil de la misma, encontrándose que los malos tratos se presentan mayormente en mujeres víctimas del incesto, en las casadas por estar embarazadas, en las solteras y en las abandonadas, lo que puede hablar en cierto grado de la presencia de stress social, económico y emocional. Todo - ello, apoya el hecho de que los problemas conyugales, el desear o no al hijo, - el asociarlo con un marido desilusionante, o con ser el causante del infortunio familiar, ya mencionado, contribuyen en gran medida a la presencia de este síndrome.

TABLA NO. 15 : DATOS PORCENTUALES EN CUANTO A ESCOLARIDAD DE LOS PADRES.

Escolaridad	INSM	PREMAN
	1983 %	82 - 83 %
Analfabeta	-	9.27
Primaria		
incompleta	-	22.51
completa	24	20.19
Secundaria		
incompleta	-	8.27
completa	-	5.62
Preparatoria		
incompleta	-	1.98
completa	-	2.98
Profesional		
incompleta	-	2.31
completa	19	1.65
Alfabeta	-	1.98
Comercio	-	5.29
Otro	-	17.87

CODIGO: (-) no se aportó el dato.

Por los datos contenidos en la tabla, puede apreciarse que los mayores porcentajes corresponden a sujetos que únicamente cursaron la escolaridad primaria (terminándola o no), tanto en la información relativa al INSM (24%), como en la de PREMAN (42.7%). Asimismo, el INSM arguye que el 19% correspondió a personas que completaron estudios profesionales. Por su parte PREMAN, en el mismo periodo de tiempo indica que después se encuentran los custodios con secundaria completa o incompleta (alcanzando el 13.89%), los analfabetas (9.27%), los que lograron estudiar alguna carrera comercial (5.29%), los que cursaron la preparatoria terminándola o no (4.96%), los que obtuvieron estudios profesionales (3.96%), y finalmente los alfabetas con 1.98%.

Los datos adscritos, apoyan el hecho de que la escolaridad influye en -

gran parte, en el empleo o desempleo de los padres, en los ingresos económicos obtenidos, y en general, en sus condiciones de vida, factores que pueden predisponer un episodio de maltrato.

TABLA NO. 16 : INDICES PORCENTUALES RELATIVOS A LA CONDICION DE ACTIVIDAD DEL AGRESOR.

Ocupación	Marcovich 64-78 %	PREMAN 82-83 %	INSM 1983 %
Desocupados	61.3	3.64	-
Hogar	-	22.84	24
Ocupados	8.0	-	-
Empleado doméstico	-	7.61	10
Empleado Federal y Particular	-	22.51	23
Prostitución	-	2.64	8
Profesionistas	-	0.99	-
Comerciantes	-	10.26	-
Obreros	-	13.24	-
Jubilados	-	0.66	-
Campeños	-	0.66	-
Subempleados	-	1.65	-
Sin especificar	30.7	15.89	-

CODIGO: (-) no se aportó el dato.

Tomando en cuenta los datos que apoyan el hecho de que la mayor agresora es la madre, de que el maltrato puede presentarse en las clases pobres y, en relación a los presentes índices que muestran la ocupación del agresor, se constata que un gran porcentaje se presenta en sujetos desempleados y/o dedicados al hogar, a través de todos los periodos de tiempo incluidos; sin embargo, cabe agregar que a pesar de que los datos obtenidos por PREMAN, apuntan un gran índice

ce porcentual en personas desocupadas y/o dedicadas al hogar (26.48%), el mayor porcentaje lo incluye en sujetos con alguna ocupación (60.22%). Igualmente, Salud Mental reporta sólo el 24% en sujetos desocupados y/o dedicados al hogar, y el 41% con algún tipo de actividad. Asimismo, en los individuos con alguna ocupación, las dos Instituciones acuerdan en señalar en los mayores porcentajes a los empleados federales y particulares (22.51%, PREMAN; 23%, INSM).

El restante porcentaje de sujetos con algún tipo de trabajo de acuerdo a PREMAN, incluye en el 13.24% a obreros; en 7.61% a empleados domésticos; 2.64% lo cubren mujeres dedicadas a la prostitución; 1.65% subempleados; 0.99% profesionales y un 0.66% jubilados. Cabe aclarar, que esta Institución en la categoría de subempleados consideró actividades de albañil, carpintero, mozo, etc.

El informe relativo a que 0.66% corresponde a campesinos, no es muy significativo; ya que por una parte, los datos incluidos en su mayoría son de expedientes de casos acaecidos en el D.F., y por otra, que no se cuenta con índices porcentuales del DIF de los Estados de la República Mexicana.

Cabe señalar, que la prostitución no es un hecho contundente que desencadene el síndrome de estudio de acuerdo a los datos recabados.

En el caso de la investigación de Marcovich, se incluye la categoría de de ocupados; no obstante, no aclara qué tipo (s) de actividad (es) abarca, información que podría apoyar los otros estudios.

Finalmente, en la Tabla se puede apreciar que existe un alto porcentaje tanto en los datos de Marcovich, como en los de PREMAN (30.7% y 15.89% respectivamente), referentes a la existencia de casos donde no hubo especificación de la actividad o dedicación actual del sujeto agresor, limitándose la exactitud de la información presentada.



proporción. Sin embargo, no deja de ser importante el dato de un 11.74% en 1982-83, ya que probablemente estos padres evolucionaron con traumas adquiridos en alguna etapa de su vida o simplemente por su avanzada edad, la tolerancia disminuye considerablemente.

En general, y de acuerdo a la información contenida en la tabla, los casos de maltrato se dan mayormente con agresores jóvenes, ya que como se aprecia, entre mayor edad del agresor, menores son los índices obtenidos.

TABLA NO. 18 : INDICES PORCENTUALES DE LOS PREDISPONENTES DEL MALTRATO.

Factores Predisponentes	Marcovich	IMSS	SEP	DDF	IMSS	PREMAN	
	64-78	1981	1981	1983	1983	82-83	1986
	%	%	%	%	%	%	%
Corregir o educar	-	X	-	-	-	-	-
Enfermedades psiquiátricas	10	-	10	-	-	1.32	-
Cuadros patológicos	-	-	90	-	-	-	-
Alcoholismo y/o drogadicc.	9.7	-	-	34	-	22.46	-
Ningún vicio	-	-	-	30	-	-	-
Antecedentes de maltrato en la madre	-	-	-	-	X	-	-
Niño con bajo peso al nacer	-	-	-	-	X	-	-
Menor con defecto o retraso	-	-	-	-	X	-	-
Separación postnatal madre - hijo	-	-	-	-	X	-	-
No contribuir al ingreso	20.7	-	-	-	-	-	X
Pedir comida	22.6	-	-	-	-	-	-
No poder mantenerlos	21.2	-	-	-	-	-	-
Llanto	8.7	-	-	-	-	-	-
Desobediencia	7.5	-	-	-	-	-	-
Hacer travesuras	6.4	-	-	-	-	-	-
No controlar esfínteres	5.2	-	-	-	-	-	-
Problemas emocionales	-	-	-	-	-	51.98	-
Problemas de Comunicación	-	-	-	-	-	0.44	-
Desintegración Familiar	-	-	-	-	-	7.92	-

CODIGO: (X) mayor incidencia aunque no señala porcentaje.

(-) No se aportó el dato.

Con respecto a los factores que predisponen el maltrato, de acuerdo a Marcovich durante 1964-78, fué principalmente el que el menor pidiera comida, el no poder alimentarlo y el que no contribuyera al gasto familiar.

Asimismo, el IMSS en 1981, denota el factor de corregir o educar al niño como la causa predisponente. En el mismo año, la SEP, indica que el fenómeno es debido mayormente a que el custodio presente cuadros patológicos. En 1983, el DDF señala al alcoholismo y drogadicción; y el IMSS, marca los antecedentes de maltrato en la madre, los niños con defectos, enfermedades o bajo peso al nacer, y la separación postnatal temprana de madre - hijo como las causas mayormente encontradas en el maltrato. Al respecto, PREMAN (1982-83), nota que son los problemas emocionales en el padre y en 1986 la no contribución del menor al ingreso familiar.

Con lo anterior, puede constatararse que no existe una relación de causa-efecto en el episodio de maltrato; más bien, parece ser que los factores que lo predisponen son múltiples, haciéndolo más complejo.

TABLA NO. 19 : DATOS PORCENTUALES EN CUANTO A LA SITUACION DEL AGRESOR.

Situación del Agresor	Marcovich 64-78 %
Preso	58.3
Libre	11.0
Suicidio	7.4
No específico	23.3

El dato respecto al estado de los agresores después del maltrato, sugiere que la mayoría de ellos quedaron presos en el 58.3% de los casos; el 11%

quedaron libres y el 7.4% se suicidaron.

Por lo tanto, se aprecia que en gran medida, se ejerció la ley propiciando una probable desintegración familiar, y en otros, la pérdida del sostén-económico de la misma; por lo que cabe reiterar la pregunta : ¿hasta qué punto soluciona el encarcelamiento del agresor la situación presente en la familia en donde ha ocurrido un episodio de maltrato?.

Así también, en el caso de que el denunciado quedase libre por falta de pruebas que ameriten que maltrató al menor, ¿en qué medida la ley puede protegerlo de éste individuo antes de que vuelva a reincidir, o hasta que lo lesione en mayor grado propiciándole un daño irreparable?.

Todo ello, conlleva a situaciones adversas tanto para el desarrollo de la familia, como para el niño agredido.

Implicado igualmente en lo anterior, se encuentra sin especificar si la agresión conllevó a la pérdida de la patria potestad, situación que podría quedar inmersa en los casos no especificados o en los de encarcelamiento; por lo tanto, es necesaria y fundamental la realización de otros estudios que aporten mayor información al respecto.

#### 2.4.4 Particularidades del Niño Maltratado.

En cuanto a los aspectos relativos al menor agredido que mayormente se encontraron en casos de maltrato, y que se describen a continuación están : edad, sexo, escolaridad, orden de nacimiento, formas de maltrato empleadas, localización de las agresiones y del menor agredido, incluyéndose finalmente datos respecto a mortalidad y al tipo de lesiones que la desencadenaron.



res de 4 años. Lo último es corroborado por otras investigaciones como la de la Sociedad Nacional de Prevención a la Crueldad contra Niños en Inglaterra, la -- cual estima que 62 de cada 100 infantes maltratados tienen menos de 4 años de -- edad (Palomares, 1983). Asimismo, para 1965 Galdston sostiene que el maltrato -- fluctúa de tres meses a dos años y medio. Pese a esto, en México (1979) se esti -- mó que "de hecho más del 29% de todos los menores maltratados son adolescentes -- mayores de 12 años, de los cuales la mitad han sido víctimas de incesto." (60)

El hecho de que los menores de 12 años sean objeto de maltrato, se puede atribuir además a que es la época en que requieren más cuidados y dirección de los padres para adquirir las conductas socialmente aceptables (obediencia, limpieza, responsabilidad, etc.), de acuerdo al patrón culturalmente establecido.

TABLA NO.21 : DATOS PORCENTUALES EN RELACION AL SEXO DEL NIÑO AGREDIDO.

Sexo	Marcovich	I.N.S.M	PREMAN	
	64-78	1983	82 - 83	1986
	%	%	%	%
Femenino	X 1o. 4 a 6 años. 2o. 1 a 3 años. 3o. 7 a 12 años. 4o. 13 ó más.	48	47.83	-
Masculino	1o. 7 a 12 años. 2o. 1 a 6 años. 3o. Menor de 8 días. 4o. 1 a 6 meses.	52	48.27	X

CODIGO: (X) mayor incidencia aunque no señala porcentaje.  
(-) no se aportó el dato.

El sexo que es mayormente objeto de agresiones, de acuerdo al INSM y --- PREMAN es el masculino sobre el femenino. Este hecho es afirmado por Kadushin --

y Martin (1985), quienes sostienen que los niños son maltratados con mayor frecuencia que las niñas; sin embargo, se puede apreciar que la diferencia entre los sexos no es muy grande. Además, Marcovich indica que en los varones la más elevada tasa de malos tratos es de 7 a los 12 años de edad; en segundo término de 1 a 3 años; luego se encuentran los menores de 8 días de nacidos y finalmente los de 1 a 6 meses. Respecto a las niñas, indica que el periodo de más alta frecuencia de maltrato es de 4 a 6 años; en segundo lugar de 1 a 3; luego de 7 a 12, y finalmente de 13 o más años, concluyendo que éste es el sexo al que mayormente se maltrata.

Por su parte, los citados Kadushin y Martin (1985), indican que los niños eran mayormente maltratados hasta los 10 u 11 años; entre los 11 y 17 años, las más maltratadas eran las muchachas. Como cabe constatar, el maltrato puede variar de acuerdo a la edad y sexo del menor; en ello, intervienen en gran parte los patrones culturales, las expectativas de los padres respecto a sus hijos y las características del menor.

TABLA NO. 22 : DATOS PORCENTUALES DE ESCOLARIDAD DEL NIÑO AGREDIDO.

Escolaridad	PREMAN 82-83 %	INSM 1983 %
Sin escolaridad	36.37	33
Jardín de Niños	1.64	-
Primaria	54.46	-
Secundaria	6.10	-
Preparatoria	0.46	-
Sin especificar	0.93	-

CODIGO: (-) no se aportó el dato.

Respecto a la escolaridad, se encontró la más alta incidencia cuando el

menor cursaba la primaria, alcanzando un poco más del 50% de los casos. Dicho -- dato es corroborado con las tablas 20 y 21 que indican que de 4 a 12 años existe una elevada incidencia de malos tratos, siendo mayormente maltratados los niños en comparación con el otro sexo. En segundo lugar y con respecto a la tabla, se hallan los pequeños que no tienen escolaridad (36.37%); también en éste caso, las anteriores tablas indican que los niños menores de 4 años sufren en gran medida de tales episodios de malos tratos.

Por último, puede apreciarse en el estudio de 82 - 83, que conforme el menor alcanza niveles educativos más altos, la presencia de maltrato disminuye; sin embargo, esta observación no puede tomarse como conclusiva.

TABLA NO. 23 : INDICES PORCENTUALES CON RELACION AL ORDEN DE NACIMIENTO DEL MENOR MALTRATADO.

Orden de Nacimiento	PREMAN 82 - 83 %	INSM 1983 %
1o.	42.25	↓
2o.	29.81	81
3o.	12.20	↑
4o.	7.27	-
5o.	3.5	-
6o.	1.40	-
7o.	0.70	-
8o.	0.46	-
9o.	0.46	-
10o.	1.87	-

CODIGO: (-) no se aportó el dato.

Tomando en consideración tal información, se concluye que el orden del nacimiento influye en gran medida para la ocurrencia del maltrato; ya que a los -- hijos que más se maltrata son el 1o., 2o. y 3o. en nacer; esto es, a los mayores.

Al respecto, PREMAN estima el 84.26% y Salud Mental el 81%. Asimismo, al revisar los índices obtenidos por PREMAN, este 84.26% correspondió en 42.25% para el hijo mayor; 29.81% para el segundo hijo en nacer y 12.20% para el tercero. Se muestra además, que el 7.27% fué para el 4o. hijo; el 3.5% para el 5o.; el 1.87% para el 10o. y el 1.40% para el 6o. en orden de nacimiento.

Por lo tanto, el hecho de que los hijos mayores sean objeto de malos-tratos, puede ser debido a que los padres toman como ejemplo de disciplina y obediencia a tales niños, en cuyo caso el padre podría culparlo de tratar de pervertir, desordenar, influenciar o simplemente poner el mal ejemplo a sus otros hermanos.

TABLA NO. 24 : DATOS PORCENTUALES EN RELACION A LA FORMA DE MALTRATO.

Forma de Maltrato	Marcovich 64-78 %	INSM 1982 %	PREMAN 82-83 %	DDF 1983 %	INSM 1986 %
Físico	60.0	60	80.32	60	-
Sexual	-	10	0.44	-	-
Negligencia	18.2	5	3.08	10	-
Encierro	-	-	-	12	-
Intoxicación	↓ 21.4	-	-	6	-
Emocional	↑	-	33.17	-	/
Abandono	-	-	5.72	-	-
Explotación	-	-	1.32	-	-

CODIGO: (-) no se aportó el dato.

(/) reconoce la existencia del dato, pero no indica porcentaje, ni que sea el de mayor incidencia.

La anterior tabla muestra claramente, que existe una concordancia entre las investigaciones y/o estudios realizados en el país, respecto a que entre las formas de maltrato, el físico es el de más alta incidencia (71%) en promedio. En

to, quizá debido a que es el tipo de maltrato más fácil de detectar, o al que los padres al incurrir en él, se ven obligados a recurrir a las Instituciones de Salud Pública para el tratamiento de sus hijos, haciendo posible su identificación.

Entre otras formas de maltrato que representan un porcentaje inferior al 29% de los casos, se encuentran el abuso sexual, la negligencia, el abandono, la explotación del menor en el trabajo, encierro, intoxicación con alcohol y/o drogas y el maltratamiento emocional. La detección de tales variantes de malos tratos puede dificultarse, ya sea porque no dejen huella física o indicador directo o porque se oculta; es decir, como ya se dijo, el maltrato ocurre generalmente en el hogar, donde los únicos testigos o son cómplices (p.e. el otro cónyuge), o temen que si dicen algo les suceda lo mismo (pudiendo ser el caso de los hermanos). Esto último, fué corroborado en un estudio Británico de pacientes psiquiátricos femeninos adultos en 1972, donde se vió que el 4% de ellos tuvieron alguna experiencia de incesto. Se descubrió que menos de un tercio de las madres hicieron algo para ayudar o proteger a sus hijos. A ello, se aunan las preocupaciones de los padres, el escándalo, el miedo o vergüenza del menor a no ser creídos. Estos, la culpa del niño, la necesidad de proteger a sus padres, el miedo a las represalias o a la disolución familiar pueden originar que se deje el asunto en secreto (Herman e Hirschman, 1981).

Por otra parte, en el mismo año, la División de Niños de la Sociedad Norteamericana informó sobre 5 000 casos de explotación sexual, considerándose que la verdadera incidencia es por lo menos diez veces más alta. Al comparar la información sobre el abuso sexual, el incesto representa el 10% del total (Marcovich, 1981). Tomando en consideración que el maltrato es universal, la Oficina de niños en E.U., calcula que "de 50 000 a 75 000 incidentes de maltrato infantil se producen anualmente en el país. Además, la División de la Asociación Humana Estadounidense estima que 10 000 menores son severamente golpeados cada año:-

que de 50 000 a 75 000 son víctimas del abuso sexual y que 10 000 están emocionalmente descuidados y otros 10 000 física, moral y educacionalmente abandonados". (31)

Con base en lo anterior, se hace necesario que se dispongan medidas contundentes en el país para identificar y prevenir el maltrato en sus diversas manifestaciones.

TABLA NO. 25 : DATOS PORCENTUALES RESPECTO A LA LOCALIZACION DE LOS GOLPES.

Localización de Golpes	D.D.F 1983 %
Cara	24
Cabeza	17
Miembros Superiores	10
Tórax, Abdómen, miembros inferiores y región glútea.	8

De acuerdo al DDF en el estudio realizado en 1983, las regiones del cuerpo en que se descargaron mayormente los ataques físicos fueron: en la cara (24%), la cabeza (17%) y los miembros superiores (10%). Este hecho puede ser debido a que son las partes del cuerpo del niño que se encuentran más próximas al agresor en el momento de descargar su furia; o bien, ser los miembros que se castigan porque el menor los utiliza en la conducta que desencadenó el maltrato.

Por ejemplo, por desobedecer y decir no verbal y gestualmente a su padre, negándose con ello a hacer la actividad que se le mandó, el adulto furioso lo golpea en la cara .

También cabe indicarse que los miembros menormente atacados fueron: el tórax, abdómen, miembros inferiores y región glútea con un 8%.

TABLA NO. 26 : DATOS PORCENTUALES DE LOCALIZACION DEL NIÑO AGREDIDO.

Localización del Niño Agredido	Marcovich 64-78 %
Hospital	26.8
Casa Cuna	13.5
Otros lugares	30.3

La tabla anterior, muestra que en el estudio de Marcovich se encontró - un gran porcentaje de niños maltratados en hospitales (26.8%); y que sólo un -- 13.5% fué hallado en Casas Cuna. Ello puede deberse a que en los padres, al mal tratar a sus hijos y observar el producto inmediato o mediato de su arranque emocional, es posible que se originen sentimientos de culpabilidad y cierto temor a verse involucrados con la Ley; acudiendo por ello, a Hospitales más cercanos argumentando algún tipo de accidentes ocurridos en el menor.

Por otra parte, las Casas Cuna son el lugar que jurídicamente se establece como medida de protección inmediata ante una sospecha de maltrato, mientras se llevan a cabo la verificación y resolución para determinar si se trata de un caso de maltrato o no.

Sin embargo, cabe destacar que el mayor porcentaje en cuanto a localización del menor (30.3%), correspondió a lugares insólitos como: botes de basura, corral de cerdos, refrigeradores, macetas, letrinas, azoteas, zanjas, enterrados clandestinamente, barrancas, bajo la cama, terrenos baldíos y ríos; lo cual pue-

de deberse a que tal estudio se obtuvo de la revisión de informes policíacos. - Por ello, ya que no se cuenta con otras investigaciones que incluyan dicha información, la veracidad de la misma no puede ser corroborada.

TABLA NO. 27 : DATOS PORCENTUALES DE MORTALIDAD DE INFANTES.

Mortalidad de hijos	Marcovich 64-78 %
Legítimos	47.5
Ilegítimos	49.6

Como se aprecia, la mortalidad de los infantes agredidos se estimó durante 1964-78 alrededor del 50% de los casos; existiendo una leve diferencia entre la mortalidad de hijos legítimos e ilegítimos a consecuencia de las lesiones.

Dicho estudio, es corroborado por Fontana (1984), quien estima que uno de cada dos niños golpeados muere después de ser devuelto a los padres. Sin embargo, puede observarse que esta cifra da apenas una pálida idea de la situación real, ya que los padres o custodios castigadores, como se ha mencionado, suelen mentir sobre las causas de las muertes de sus hijos.

Con semejantes datos, se aprecia claramente y una vez más, la gravedad del fenómeno de estudio; el cual, se reitera puede culminar con una vida humana, o bien, drásticamente estos pequeños pueden quedar lisiados de por vida.

TABLA NO. 28 : DATOS PORCENTUALES RESPECTO AL TIPO DE LESIONES QUE CAUSARON LA MUERTE.

Tipo de Lesiones	Marcovich 64-78 %
Ahorcamiento	42.2
Heridas por objetos punzocortantes	19.3
Heridas por Bala	5.4
Misceláneas	33.1

Dentro de las lesiones producto del maltrato que originaron la muerte al niño, se observa que la más frecuente en este estudio es por ahorcamiento (42.2%), seguida de heridas por objetos punzocortantes (19.3%), heridas por bala (5.4%) y por último las misceláneas. Dentro de esta última categoría, Marcovich incluye desde la asfixia por bolsas de plástico, colgadura de las manos por interponerse entre riñas y discusiones de los padres, hasta encierros en congelador o en velices, martillazos, mordidas, canibalismo, lapidación, intoxicación por barbitúricos y arrojamiento a los animales como perros o cerdos. Todo esto, refleja la forma brutal e inhumana a la que los menores pueden ser sometidos por sus padres o tutores. Asimismo, cabe mencionar que si bien tales son las formas en que se puede manifestar el maltrato físico, qué se puede esperar del maltrato emocional que es más oculto y al que es muy difícil detectar por alguien fuera del ambiente familiar.

En suma, de todo lo expuesto hasta el momento, es preciso puntualizar que los factores referentes a la familia, al padre agresor y al niño agredido al manifestarse y vincularse uno o más de ellos, condicionan la presentación del maltrato.

2.4.5 Incidencia de Maltrato en el País.

Después de establecer los factores contemplados, se precisa la inclusión de un dato de gran interés sobre el cual influirán e influyen las acciones que se lleven a cabo respecto al niño maltratado. Con tal fin, a continuación se tabula la incidencia del maltrato en el país, a través de los datos recopilados por diversas Instituciones e investigadores.

TABLA NO. 29: INCIDENCIA DE MALTRATO EN MEXICO

Instituciones y/o Investigadores	A Ñ O S												TOTAL DE CASOS										
	1964	1965	1966	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	PRESENTADOS
Marcovich				6	8	6																	686
I.M.S.S	169			8	3																		550
Excelsior																							11 000 000
Proc. Def. del Menor y Familia																							1 500 000
APRODENI																							500 000
I.N.S.M																							9 0 0
H. Infantil D.D.F																							1 150
Palomares																							26
D.I.F																							843
H. Pediatría S.S.A.																							1 787
																							686
																							13 004 885

CODIGO: (\*1) dato que señala el hecho de que cada 42" se maltrata a un niño.

(\*2) dato que señala el hecho de que 90 de cada 100 niños son maltratados.

(<sup>a</sup>) indica que la incidencia correspondiente se encuentra en la columna de la derecha.

En primer término, como se puede apreciar, los datos recabados cubren - un periodo de 23 años, de 1964 a 1986, a través de los cuales se encontró un total de 13 millones cuatro mil ochocientos ochenta y cinco episodios de maltrato infantil.

Puede constatar, que se tiene conocimiento de los casos no solo a través de la captación del Sistema DIF, sino también por otras Instituciones del - Sector Salud. Además, importante es mencionar la existencia de estimaciones aportadas por parte de investigadores o periódicos como Excélsior.

Otro hecho que cabe citar, es que no se cuenta con datos estadísticos - por Instituciones privadas, lo cual disminuye en gran medida el conocer la totalidad de casos de maltrato existentes en el país.

Sin embargo, y con respecto a la información obtenida en cuanto a incidencia, puede afirmarse que las estadísticas incluidas por IMSS, DDF, SSA, deberían aportarse de manera continua a través del tiempo, ya que son las Instituciones del Sector Salud a las que más frecuentemente acude la mayoría de la población mexicana. Al respecto, llama la atención el hecho de que por ejemplo, el DDF por medio de sus Hospitales de Urgencias Pediátricas y de Planificación Familiar, haya estado en contacto con sólo 26 casos en todo un año. Por tales datos, podría pensarse que este síndrome no es diagnosticado correctamente. Esto mismo podría argumentarse con respecto a los índices obtenidos por SSA.

Si se toman en consideración los datos del IMSS, ¿cómo se explica el hecho de que en dos años se den 169 casos y en once años sólo 83?. Además, ¿cómo entender que en solo un año se estime una proporción de millones de casos?.

A ello se agrega el que el DIF, órgano institucional establecido para - proteger a la infancia, hasta 1982 dé a la opinión pública estadísticas respecto a maltrato; además de que por año, establezca una incidencia de solo 500 casos aproximadamente, y que conforme pasa el tiempo el número de tales disminuya.

Cabe señalar, en relación a ello que en el año de 1984, se captaron 1514 denuncias, de las cuales 510 fueron diagnosticadas como maltrato. Asimismo, en 1983, se obtuvieron 1217 denuncias y de ellas, sólo 443 se identificaron como tales. Estos informes incitan a cuestionarse lo siguiente: ¿en realidad el DIF lleva a cabo un diagnóstico adecuado en casos probables de maltrato?, ¿qué sucedió con las dos terceras partes de denuncias que no procedieron?, ¿en realidad no conllevaron situaciones de maltrato?.

Si bien es sabido que el DIF se dedica a erradicar el problema del maltrato en el país, las acciones que realice no pueden en un periodo de tiempo tan corto, disminuir notoria y considerablemente la problemática. Es obvio por tanto, que ante dicha situación, la Institución, pese a sus esfuerzos, tenga en sí misma algunos obstáculos que le impiden detectar el maltrato infantil.

Por lo tanto, y no obstante que la detección anual del Síndrome del Niño Maltratado es baja como se puede apreciar en la tabla número 29, eso no quiere decir, por lo mencionado hasta el momento, que la incidencia real guarde la misma proporción. Es evidente, que la frecuencia de maltrato a menores es significativamente más elevada si se toman en consideración las estimaciones realizadas por APRODENI (Asociación Pro Derechos del Menor Maltratado) y por el IMSS que mencionan el hecho de que cada 42 segundos se maltrata a un niño; es decir, esto equivaldría a una tasa de 750 857 casos anuales. O bien, lo citado por Palomares respecto a que 90 de cada 100 infantes son maltratados.

Por ello, puede afirmarse que en México no existen estadísticas sólidamente estructuradas en cuanto a los niños maltratados. Se han llevado a cabo algunos intentos de integrar estadísticas, pero se considera que estos esfuerzos no reflejan la realidad, pues múltiples casos no son publicados por los medios de información, e inclusive muchos hechos de malos tratos a los menores, por diversas razones, no llegan al conocimiento de las autoridades competentes; por lo

En primer término, como se puede apreciar, los datos recabados cubren - un periodo de 23 años, de 1964 a 1986, a través de los cuales se encontró un to tal de 13 millones cuatro mil ochocientos ochenta y cinco episodios de maltrato infantil.

Puede constatar, que se tiene conocimiento de los casos no solo a tra vés de la captación del Sistema DIF, sino también por otras Instituciones del - Sector Salud. Además, importante es mencionar la existencia de estimaciones apor tadas por parte de investigadores o periódicos como Excelsior.

Otro hecho que cabe citar, es que no se cuenta con datos estadísticos - por Instituciones privadas, lo cual disminuye en gran medida el conocer la tota lidad de casos de maltrato existentes en el país.

Sin embargo, y con respecto a la información obtenida en cuanto a inci- dencia, puede afirmarse que las estadísticas incluidas por IMSS, DDF, SSA, de- berían aportarse de manera continua a través del tiempo, ya que son las Insti tuciones del Sector Salud a las que más frecuentemente acude la mayoría de la po- blación mexicana. Al respecto, llama la atención el hecho de que por ejemplo, el DDF por medio de sus Hospitales de Urgencias Pediátricas y de Planificación Fa- miliar, haya estado en contacto con sólo 26 casos en todo un año. Por tales da- tos, podría pensarse que este síndrome no es diagnosticado correctamente. Esto mismo podría argumentarse con respecto a los índices obtenidos por SSA.

Si se toman en consideración los datos del IMSS, ¿cómo se explica el he cho de que en dos años se den 169 casos y en once años sólo 83?. Además, ¿cómo entender que en solo un año se estime una proporción de millones de casos?.

A ello se agrega el que el DIF, órgano institucional establecido para - proteger a la infancia, hasta 1982 dé a la opinión pública estadísticas respec- to a maltrato; además de que por año, establezca una incidencia de solo 500 ca- sos aproximadamente, y que conforme pasa el tiempo el número de tales disminuya.

que se puede afirmar que en el país, no se cuenta actualmente con información estadística confiable y útil.

Dicha aseveración es confirmada por Ayala Castillo y Cruz Osorio, pedi tras de la Dirección General de Servicios Médicos del DDF (1983), quienes estiman que en México, la frecuencia con que se presenta este síndrome es difícil de precisar y prácticamente imposible, por no contar con estadísticas sólidas.

Por otra parte, y no obstante de la revisión de estudios y/o investigadores relativos a los aspectos o categorías referentes a la incidencia del maltrato infantil en el país, pueden extraerse ciertas conclusiones generales.

En general, los elementos apuntados en las tablas anteriores, son aspec tos que se deben contemplar ante un caso de maltrato, debido a que uno o más de ellos conjuntados con ciertas características familiares, de los padres o custo dios y de los niños, pueden desencadenar tal episodio.

De lo anterior se desprende que el maltrato es uno de los problemas -- que se han acentuado considerablemente en México, el cual actualmente no es exclusivo de un nivel socioeconómico; sino más bien, se presenta en todas las capas sociales.

El maltrato a través de medios físicos, es el tipo mayormente estimado por las estadísticas; sin embargo, puede mencionarse con estos resultados, que este síndrome no se dá únicamente por medio del golpe o violencia física; ya -- que además puede presentarse por encierro, amenazas, etc., que en uno u otra -- forma conllevan la probabilidad de dejar en el niño secuelas de tipo físico y/o mental que indiscutiblemente repercutirán en su personalidad de adulto. Esto es, en la mayor parte de las denuncias hechas se detecta más fácilmente el maltrato físico, pero el maltrato emocional generalmente no se dá a conocer.

Por su parte, se reitera que el que la madre sea la persona que más gol pea se puede atribuir al hecho de que ésta permanece con el menor durante más --

tiempo que los demás miembros de la familia incluyendo al padre. A esto puede agregarse toda la problemática de tipo ocupacional que la absorbe y en algunas ocasiones la neurotiza, constituyéndose así una fuente de resentimientos y hostilidad fácilmente canalizada hacia los hijos.

Hay que hacer mención de que la edad del pequeño puede influir notablemente, ya que no es lo mismo manejar a un niño de 10 años que a uno de 3 años de edad. En este renglón, puede agregarse el aspecto educativo de la madre; problemas conyugales, número de hijos, aspectos económicos, que en un momento dado pueden preocuparla tanto, que llegan a producir en ella una situación tal de stress, que el que pudiera sufrir las consecuencias en un momento inoportuno al solicitar cariño o atención, sería el menor. Por lo tanto, pueden existir desequilibrios sociales y psicológicos graves, manifiestos en las actitudes de los agresores.

En cuanto al alcoholismo, se concluye que no es un factor determinante para condicionar al elemento agresor. Asimismo, los resultados en relación a la localización de los golpes pueden interpretarse; como se mencionó anteriormente, las partes que más tienen al alcance la madre o el padre golpeador, son la cara y extremidades superiores, donde se observa la mayor frecuencia, y es de suponer que las secuelas de los traumatismos craneoencefálicos sean de graves consecuencias.

Por lo anterior, los datos con que se cuenta son sólo un reflejo pálido de la realidad social; ya que la mayoría de los casos de infantes maltratados permanecen en el anonimato, aún el país se encuentra lejos de conocer la verdad en cuanto a la frecuencia de mortalidad y morbilidad de este Síndrome.

Por lo tanto, el maltrato y sus formas alternas en todas sus variantes: negligencia, maltrato emocional, abuso sexual, abandono, etc., podrían ir en aumento en el mundo contemporáneo conforme al creciente desarrollo del proceso so-

ciocultural . Las sorprendentes informaciones proporcionadas por diversas disciplinas científicas, revelan la magnitud alcanzada por el fenómeno hoy en día e incitan a verificar la autenticidad de los datos estadísticos y de los historiales de los casos particulares y asimismo a profundizar en el estudio de las formas institucionalizadas del abuso al menor, de la mortificación ejercida desde los comienzos de la vida, para imponer la norma cultural en el sistema educacional, de la utilización del hijo como depositario de los conflictos y del desequilibrio de los padres o custodios.

Tal vez, la violencia actual no sea más brutal que en otros tiempos, pero hoy, se dispone de instrumentos destructivos más refinados. Sin duda, aunque el maltrato contra el niño ha atraído un considerable interés durante las décadas recientes, tanto en el país, como en el extranjero entre pediatras, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, abogados y autoridades públicas, las dinámicas subyacentes del maltrato son aún insuficientemente entendidas y la incidencia real y rangos de prevalencia entre la población y entre varios segmentos de la misma, no son conocidos.

Una consecuencia del extendido interés en el tema ha sido la hipótesis acerca de que la incidencia se sigue incrementando. Esta pretensión, no puede ser sostenida ni refutada hasta no contar con datos sistemáticos disponibles.

Por ello no pueden precisarse las formas y grados que asumirá en un futuro inmediato el presente fenómeno.

## N O T A S

- (1) DIF (1984). Revista del Menor y la Familia. México: Autor, 3 (3), p. 10.
- (2) Idem. p. 10.
- (3) Idem. p. 11.
- (4) Idem. p.11.
- (5) Idem. p. 11.
- (6) DIF (1983). Memoria, Seminario: manejo actual del síndrome del niño maltratado en México. México: Autor, p. 43.
- (7) Idem. p. 9.
- (8) DIF (1984). Op. cit. (1), p. 25.
- (9) Gómez Torres y cols. (1986). DIF y la Asistencia a la Niñez Descuidada. TE SIS, SEP, México, D.F., p. 74.
- (10) DIF (1984). Memoria: informe anual del consejo consultivo para las acciones en beneficio del menor maltratado. México: Autor, p. 10.
- (11) Gómez Torres y cols. (1986). Op. cit. (9), p. 80.
- (12) DIF (1985). Análisis Sistemático de los Datos Registrados de Menores Maltratados en el Programa DIF - PREMAN. México: Autor, p. 19.
- (13) Gómez Torres y cols. (1986). Op. cit. (9), p. 86.
- (14) DIF (1984). Op. cit. (10), pp. 8 - 9.
- (15) DIF (1987). Informe de Labores 1986: Instituto Nacional de Salud Mental. México: Autor, pp. 3 - 4 - 7.
- (16) DIF (1983). Op. cit. (6), p. 58.
- (17) Educación para los Niños a base de Razón y Amor (1987, 22 de Abril). Novedades Editores. No. 16635, p. A - 4.
- (18) Fontana, J. V. (1984). En Defensa del Niño Maltratado. México: Pax, p. 228.

- (19) Chevalli Arroyo (1987). Manual de Coordinadores de Padres Afectivos. México: Padres Afectivos, s/p.
- (20) Chevalli Arroyo (1987). Manual de Padres Afectivos. México: Padres Afectivos, p. 2.
- (21) Chevalli Arroyo (1987), Op. cit. (19), s/p.
- (22) Chevalli Arroyo (1987), Op. cit. (20), p. 4.
- (23) Idem. p. 10.
- (24) Chevalli Arroyo (1987), Op. cit. (19), s/p.
- (25) Idem. s/p.
- (26) Idem. s/p.
- (27) Chevalli Arroyo (1987), Op. cit. (20), p. 22.
- (28) Chevalli Arroyo (1987), Op. cit. (19), s/p.
- (29) \_\_\_\_\_ (1987). Código Penal. México: Editores Mexicanos Unidos, pp. 76 - 77.
- (30) Idem. pp. 114 - 115.
- (31) Idem. pp. 116 - 117.
- (32) Idem. p. 117.
- (33) Idem. pp. 121 - 123.
- (34) Marcovich, J. (1981). Tengo Derecho a la Vida. México: Editores Mexicanos Unidos, p. 197.
- (35) \_\_\_\_\_ (1987), Op. cit. (29), pp. 124 - 125.
- (36) Idem. p. 128.
- (37) Idem. pp. 130 - 131.
- (38) Idem. p. 132.
- (39) \_\_\_\_\_ (1985). Código Penal. México: Gómez Hermanos Editores, pp. 85 - 86.
- (40) \_\_\_\_\_ (1987), Op. cit. (29), p. 133.
- (41) Idem. pp. 134 - 135.
- (42) Marcovich, J. (1978). Maltrato a los Hijos. México: Edicol, p. 281.
- (43) Osorio y Nieto (1983). El Niño Maltratado. México: Trillas, p. 33.
- (44) \_\_\_\_\_ (1987), Op. cit. (29), p. 279.
- (45) \_\_\_\_\_ (1979). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Gaceta Informativa de la Comisión federal Electoral, p. 35.
- (46) Marcovich, J. (1981). Tengo Derecho a la Vida. México: Editores Mexicanos Unidos, p. 193.
- (47) \_\_\_\_\_ (1979), Op. cit. (45), p. 45.
- (48) Idem. p. 124.
- (49) \_\_\_\_\_ (1986). Código Civil. México: Porrúa, p. 45.

- (50) Idem. pp. 76 - 77.
- (51) Idem. p. 93.
- (52) Idem. p. 95.
- (53) Idem. pp. 101 - 102.
- (54) Idem. pp. 121 - 122.
- (55) Idem. pp. 125 - 126.
- (56) Idem. p. 133.
- (57) Idem. p. 150.
- (58) Idem. pp. 156 - 157.
- (59) Gómez Pombo (1979). Violencia de la Miseria. México: Proceso, 28 de Mayo, No. 134, p. 16.
- (60) DIF (1979). Simposium Internacional del Síndrome del Niño Maltratado. México: Autor, p. 106.
- (61) Fontana (1984), Op. cit. (18), p. 64.

## C A P I T U L O   I I I

### ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Tomando en consideración la información inmersa en los capítulos que preceden, es evidente que muchos menores sufren de maltrato físico y/o emocional ocasionado por los actos cometidos u omitidos por parte de los padres u otros tutores. En los últimos años, este problema se ha visto agravado para quienes trabajan profesionalmente en la asistencia social y para aquellos que se ocupan preponderantemente de los niños.

Cabe señalar por lo revisado hasta el momento, que en México aún existe relativamente poca investigación en esta área; por los estudios que se han hecho, se ha observado que las estadísticas muestran ciertas tendencias distintas en cuanto a los criterios en que se fundamentan sus hallazgos. Todo ello habla, por un lado, sobre la necesidad de reconocer a los infantes que están en inminente peligro de ser maltratados; y por el otro, acerca de la importancia de evitar nuevas heridas a los pequeños lesionados, de proteger a sus hermanos y de ayudar a los padres o custodios, sin volver a poner en peligro a las víctimas.

Ante tal situación y considerando que todos aquellos que se dedican al

estudio del hombre, del menor y de su medio ambiente, deben brindar soluciones, en este capítulo se exponen múltiples conceptos referentes a las acciones preventivas en casos de Síndrome del Niño Maltratado, con la finalidad de que experiencias e investigadores actuales y futuros contemplen tales medidas a fin de prevenir de mejor manera estos hechos.

Por tal motivo, las que suscriben la presente investigación plantean como formas de solución a esta problemática, fundamentalmente diversas implicaciones en los siguientes niveles:

3.1 Prevención Primaria y,

3.2 Prevención Secundaria.

Cabe advertir que en múltiples ocasiones, pueden encontrarse y adoptarse medidas que concurren en los dos niveles de prevención ya citados. Tomando en cuenta esta situación, surge una gran preocupación por realizar la menor repetición posible; por ello, tales alternativas se encuadran en uno de los dos niveles, no sin antes tener presente su probable función preventiva en el otro nivel de estudio.

Asimismo y en general, la aplicación de las acciones de naturaleza preventiva no se limita a una clase de maltrato infantil, ya que engloban medidas que pueden emplearse ante diferentes tipos de maltrato y que bien pueden incrementarse y/o perfeccionarse conforme a las experiencias que se vayan obteniendo.

Debe apuntarse también, la gran importancia que reviste cada uno de los niveles preventivos, la estrecha interrelación de las actividades que realizan y la vital necesidad de llevar a cabo en el menor tiempo posible y al mismo tiempo, las acciones que conciernen a cada nivel de prevención.

### 3.1 Prevención Primaria.

Por este término, se entiende a la acción de evitar el maltrato antes de que ocurra. De acuerdo a Alvy (1975), se refiere al hecho anterior o preiniciencia; por ello, está diseñada para impedir el maltrato al niño, o inversamente para intentar promover el cuidado del mismo. Las intervenciones preventivas, agrega, están dirigidas hacia los padres u otros custodios, y hacia las condiciones medioambientales en las cuales toma lugar el cuidado infantil.

A continuación, se sugieren múltiples medidas preventivas a nivel primario; por lo cual, cabe subrayar que la división establecida entre ellas corresponde únicamente a fines analíticos, ya que en realidad, y como podrá constatarse, existe una gran interrelación entre las mismas.

Además, es necesario puntualizar que la forma en que se incluyen no se relaciona de ninguna manera con el orden prioritario de implementación, ya que todas son medidas que necesitan practicarse a la mayor brevedad posible.

### 3.1.1 Cuidado a los Hijos.

Las acciones preventivas contra el maltrato, pueden llevarse a cabo desde antes de que nazca el bebé (cuidado prenatal) y después del parto (cuidado postnatal). El cuidado prenatal, es de primordial importancia si se desea que todos los niños empiecen una vida sana, ya que se ha demostrado que una dieta pobre y una salud mala por parte de la madre, pueden causar daño cerebral y retraso mental en los infantes. Por lo tanto, los cuidados que se proponen principalmente durante el embarazo son:

- Una adecuada y balanceada alimentación,
- La asistencia a clínicas de cuidado prenatal,
- La no ingestión de alcohol, tabaco o drogas y,
- Asistencia a cursos psicoprofilácticos.

Por otro lado, los servicios de apoyo médico en casos de aborto voluntario también constituyen acciones preventivas; ya que evitan el nacimiento de un-

menor no descuido, en un periodo de la vida de los padres en que cuidarlo ocasionaría muchas tensiones, lo cual configura una situación de mucho peligro de maltrato.

En cuanto a las medidas preventivas que son indispensables que se tomen a consideración después del parto, se recomienda que dentro de la Institución de Salud en la cual la madre fué atendida, se efectúen las siguientes acciones:

- Estimular el apego afectivo madre - hijo,
- Favorecer el contacto físico entre ambos,
- Permitir la permanencia del niño al lado de la madre el mayor tiempo posible, especialmente en el periodo inmediato después del parto,
- Incrementar el amamantamiento en el seno materno,
- Cuidado del pequeño directamente por la madre con el apoyo de enfermeras o personal voluntario adiestrado en esas tareas,
- En infantes prematuros o enfermos, se deben buscar medios para compensar las deficiencias afectivas, sobre todo con el apoyo y visitas frecuentes de la madre, hasta que existan evidencias de mejoría en el proceso de apego madre - hijo.

Además, lo primero que se considera debe hacer principalmente el pediatra con las familias, es tratar de condicionar el cuidado médico a partir del momento del nacimiento; asimismo, lograr que las visitas al consultorio sean más frecuentes que las habituales. Respecto a ello, el doctor Barton opina que la primera visita deberá tener lugar cuando el bebé tenga dos semanas de edad; después al mes de nacido y en la mayoría de los casos, una vez al mes hasta cumplir un año de edad (DIF. 1979).

En tales consultas, es necesario que la orientación médica enfatice una nutrición adecuada para evitar problemas de desarrollo, prevenir accidentes, aconsejar sobre la disciplina y estimular un contacto físico importante. Si el médico se da cuenta de que el niño está pasando por una fase difícil en su desarrollo (p.e. entrenándose a controlar esfínteres), y que esto lo está poniendo

excesivamente provocativo para sus padres, deberá ver al padre - madre y al menor semanalmente hasta que se resuelva esta dificultad. Si el pequeño contrae una enfermedad aguda que resulte muy estresante para los padres (p.e., enfermedades que provocan dolores, llanto excesivo, vómitos o diarreas), el médico deberá vigilar su evolución diariamente, ya sea por teléfono o por medio de consultas, hasta que esté bien otra vez. En todo caso, la clave para ofrecer a estas familias una intervención médica efectiva, está en darla sin ningún tipo de crítica. Además, el profesional tiene que ayudar al padre - madre a sentirse satisfechos y a reconocer cualquier pequeña ganancia lograda en su papel de padres.

### 3.1.2 Programas de Educación.

Otro aspecto en la prevención primaria, lo conforman los programas educativos para todos los directamente involucrados con la problemática de maltrato. Es de suma importancia que estos programas se implementen en el país, dirigidos principalmente a:

- 3.1.2.1 Padres o Tutores,
- 3.1.2.2 Niños y/o adolescentes y,
- 3.1.2.3 Personal Profesional.

#### 3.1.2.1 Programas Educativos dirigidos a los Padres.

Dentro de estos programas, se encuentran en primer lugar las clases de educación para adultos, las cuales deben ser accesibles, obligatorias y gratuitas en todas las comunidades. Para los padres que están esperando un bebé, son convenientes las clases que abarquen mucho más de lo que es simplemente el trabajo de parto y el parto en sí; esto es, proporcionar información sobre las exigencias del cuidado de los bebés, la ansiedad normal y el enojo que motivan. Sin duda, este tipo de orientación familiar representa un instrumento valioso para prevenir las conductas que atentan contra los menores; es decir, ayudan a inte-

grar y a equilibrar adecuadamente a la familia y esto, a su vez, contribuye a evitar que se produzcan las mencionadas conductas de maltrato, ya que existirá una idea más clara de los deberes, el cuidado, atención y respeto hacia el niño.

Asimismo, en las clases para adultos, hay que hacer ver la significación de la función parental y la responsabilidad de asumirla, que corresponde automáticamente a quien engendra un hijo. Debe considerarse además, la extrema indefensión del infante, característica específica de la condición humana. En efecto, su lento desarrollo y la prolongada dependencia hacia sus progenitores, exigen una intensa y dilatada protección por parte de ellos.

Por otro lado, también parece necesario un Programa General, que se repita continuamente, para instruir a padres o tutores sobre sus derechos y responsabilidades. Dicho programa, debe ser fomentado tan pronto como sea posible en el país, considerando los valores básicos sobre la unidad familiar, ya que el pegar forma todavía parte del patrón cultural.

Implicado en ello, existe la importancia de que cada familia revise el proceso en que vive inmersa, para poder mejorarlo a fin de canalizar sus acciones y sentimientos hacia un sentido integral, comunicador y afectivo.

Por tanto, los custodios deben tener presente su propio nivel de aceptación y afecto como medida para saber qué tanto pueden entender y amar a sus hijos; paciencia, amor y libertad es el mejor regalo que pueden ofrecerles, ya que un buen padre es aquel que no olvida su infancia, que trata de recordarla para evitar los errores que le hayan podido hacer daño, para deshechar el cúmulo de prohibiciones que tuvo, para destruir patrones y sistemas establecidos rehaciendo los suyos propios.

Además de lo anterior, tratar que los padres o custodios permitan que se les prepare para la cólera que pueden sentir cuando se afrontan a situaciones de stress. En tal preparación, la identificación de conductas infantiles de

alto riesgo es un paso previo necesario para desarrollar una jerarquía de desensibilización de episodios previstos de maltrato, con una imagen más clara del carácter de la interacción recíproca que conduce a tales incidentes. De esta manera, se puede procurar efectuar el cambio en los custodios, fortaleciendo su capacidad para enfrentarse a la tensión al modificar sus pautas de manejarla a través de pláticas, consejos y psicoterapia.

Al respecto, Alvy (1975) menciona que hay varios tipos de cursos de entrenamiento que han sido exitosos en los Estados Unidos para enseñar a los pa--dres o custodios enfoques no punitivos con los niños. Dos de estos cursos son:

- Los orientados conductualmente sobre el manejo del niño (Becker, 1971).
- Los de entrenamiento de Padres Efectivos (Gordon, 1971).

Estos cursos tienen un potencial adicional para prevenir el abuso; ya - que a través de ellos, se desarrollan interrelaciones estrechas entre los pa--dres, al reunirse fuera de las sesiones de entrenamiento y ayudarse en los pe--riodos de stress financiero y marital.

Por otra parte y aunado a tales cursos, puede darse la Organización de Exposiciones en las comunidades tratando los efectos de la violencia tal y como se refleja en los medios de comunicación social. Luego de tal exposición, con - el fin de hacer patente la influencia nociva de la violencia, los custodios de--ben ser informados en círculos de estudio, sobre los efectos que conlleva al -- ser mostrada en los noticieros y especialmente en los programas recreativos; - además, se les aconsejaría ayudar a sus hijos hablándoles sobre ello, de forma que éstos no se encuentren solos con sus temores ante algo que no entienden.

También, cabe indicar la necesidad de que el DIF y el INSM a través de sus áreas médica, psicológica, jurídica, etc., lleven a cabo la realización continua de cursos, conferencias, películas y exposiciones a nivel comunitario --- acerca de temas relativos al maltrato, dirigido a padres o familiares y a gente

en general, ofreciendo facilidades para asistir a tales eventos a todos aquellos interesados.

Otros servicios educativos que se sugiere sean proporcionados a los padres o tutores y que tienen bastante aceptación y éxito en otros países, como en el caso concreto de los E.U. son: El Programa Elemental para evitar Malos Tratos y el Programa de Atención en el Hogar.

En cuanto al primero; esto es, el Programa Elemental para evitar Malos Tratos a los niños, consiste fundamentalmente en la realización de visitas periódicas de personal de salud a la familia durante los dos primeros años de vida del infante. A lo largo de las visitas, puede analizarse con la familia cualquier evidencia de que el niño ha sido maltratado, así como ofrecer apoyo a las mujeres que no saben nada acerca de los niños permitiéndoles expresar sus dudas (Kadushin y Martin, 1985). Además, los visitantes pueden aplicar los procedimientos de estimulación infantil a través de tales programas de educación paternal.

Cabe apuntar, que los visitantes de salud no necesariamente tienen que ser profesionales entrenados; madres o padres exitosos e inteligentes pueden fácilmente ser preparados para esta tarea, significando una inversión de menor costo.

El otro programa descrito por Alvy (1975), de Atención en el Hogar sobre el Desarrollo Infantil, no es más que una extensión del anterior; se basa en enviar a los visitantes entrenados a los hogares de parejas desventajadas económicamente que tengan hijos de 3 a 5 años. Esos visitantes domiciliarios, ofrecen un amplio rango de servicios tales como ayudar a las familias a identificar los problemas de salud en sus pequeños, canalizándolos a los servicios apropiados; colaborar a fin de evaluar y satisfacer las necesidades nutricionales; asesorar a los padres o custodios para identificar sus necesidades de relación personal y ayudarlos a buscar los servicios comunitarios apropiados, tales como pruebas--

de diagnóstico, adiestramiento en el trabajo, orientación respecto a fármacos y psicoterapia. Asimismo, se trata de promover en los padres el obtener mayor conocimiento acerca de la importancia del desarrollo infantil guiándolos a aprender cómo reforzar en sus niños las conductas positivas y entrenándolos en el manejo de métodos que conlleven el uso de la fuerza no física en la interacción con los menores.

Debido al alcance de los servicios de ayuda que esos visitantes domiciliarios pueden dar, es probable que desarrollen una buena parte de credibilidad y legitimidad con las familias. De esta posición de legitimidad, Alvy agrega — además que esos visitantes pueden llegar a formar parte importante dentro de las familias para evitar el maltrato infantil.

El potencial de prevención para el maltrato de este programa, puede ser reforzado al proporcionar visitantes con educación y entrenamiento en los problemas y factores relacionados al maltrato del niño; así, posiblemente podrían llegar a estar más conscientes y atentos acerca de aquellos aspectos que están dirigidos directamente a esos problemas y factores.

Debe mencionarse también, que el Programa de Atención al Hogar proviene de un amplio proyecto de atención a la salud, el cual comenzó en los E.U. desde 1960; consistente en un programa de un año que proporciona servicios de salud, nutricionales, sociales y psicológicos a los preescolares desventajados económicamente. Tal programa se lleva a cabo en centros locales más que en los hogares; ya que están localizados en comunidades pobres, tratan con poblaciones que experimentan un alto grado de stress medioambiental y en los cuales hayan altos reportes de incidencia de maltrato infantil. La existencia de Programas para la Atención a la Salud, han mostrado tener un potencial de prevención de maltrato, ya que sirven como catalizadores en las comunidades para mejorar sus servicios sociales, educacionales y de salud (Alvy, 1975).

Además, estos programas tienen muchas otras capacidades de prevención, las cuales pueden ser estimuladas en los custodios al proporcionarles los apoyos de Programas de Atención a la Salud con entrenamiento y educación relevante; esto último de acuerdo a Alvy (1975), puede derivarse de los servicios infantiles de los centros locales comunitarios de salud mental también como de otras agencias locales de educación y entrenamiento. Además, afirma que los servicios infantiles de dichos centros comunitarios, podrían dar servicios de educación a la Salud mental a grupos de padres en las iglesias y escuelas, exponiendo los problemas y factores que conlleven al maltrato.

Asimismo, se propone la realización de otros cursos continuos a padres o custodios, acerca del desarrollo infantil, comunicación, relación y planificación familiar, etc., con el fin de lograr mayor cohesión dentro de la misma.

### 3.1.2.2 Programa para Niños.

Por otra parte, es deseable y urgente que se establezcan en el país, los sistemas que permiten la transformación mental de los hombres, desde su infancia, hacia un respeto de la vida tanto propia como ajena. Al respecto, Alvy (1975) -- hace referencia del Programa de Educación para la Paternidad; el cual consiste en ayudar a entrenar a los niños y adolescentes para prepararse para la paternidad efectiva a través de experiencias educacionales en la secundaria y preparatoria, acerca del desarrollo infantil, la psicología del menor y el rol de los padres, por medio de experiencias de observador-participante en el cuidado diario de los infantes. Los estudiantes, de ésta forma, pueden obtener experiencia auxiliando a las niñeras de las guarderías o centros de estimulación temprana en los alrededores. Una segunda técnica efectiva de enseñanza, es el actuar figurativamente lo que uno debe hacer cuando por ejemplo un pequeño llora o tiene diarrea. Ante tales técnicas, es conveniente tener disponibles varios métodos y materiales de enseñanza en las escuelas para instruir lo que representa la pater-

nidad.

Por lo tanto y de acuerdo a Alvy (1975), este programa tendría un potencial primario de prevención del maltrato por varias razones:

- Las exposiciones a los adolescentes a los estados y procesos del desarrollo humano a través del salón de clases y experiencias de campo, pueden influir en las expectativas de estos futuros padres con respecto a las capacidades cognitivas y emocionales de los niños, en varias de sus etapas de desarrollo.
- La exposición a las actividades de los trabajadores que cuidan infantes los hacen susceptibles a las necesidades de los mismos; además de hacerlos capaces de buscar canales adecuados para descargar la agresión, prosperando en el manejo de sus hijos sin tener que usar la fuerza física y creando en general una excelente oportunidad de aprendizaje observacional para aquellos futuros padres.

Por ello, es posible según el mismo autor, que la finalidad de esas experiencias guíen a los futuros padres o custodios a:

- Sensibilizarse por un lado, acerca de la importancia central de ser padres; por otro, de las diferencias individuales de los niños y del amplio rango de condiciones médicas, nutricionales y psicológicas que deben ser satisfechas para desarrollar el completo potencial del mismo.
- Conocer que hay lugares con personas que ayudan, que hay clínicas y otros lugares que refuerzan el cuidado pre y postnatal y que existen agencias que ofrecen publicaciones de gran ayuda.
- Y lo más importante, es que los adolescentes pueden beneficiarse con el curso de educación para la Paternidad al conocer su gran valor y métodos de planificación familiar.

Considerando el potencial de prevención del Programa de Educación para la Paternidad sobre el maltrato, debería implementarse en México haciéndolo disponible en todas las secundarias y preparatorias; además de proporcionarse un apoyo adicional y de consulta a los maestros y a los trabajadores al cuidado de los infantes. Tal apoyo y consulta, podrían proveer personal apropiadamente entrenado dentro de las áreas educacionales o consultorias de tales agencias, pa-

ra crear un centro comunitario de salud mental. Este apoyo es posible que también sea usado para elevar el nivel de conciencia de los maestros y trabajadores al cuidado de menores con respecto al problema de maltrato infantil.

Con base en lo anterior, se espera que en un futuro las escuelas como instituciones educativas, desempeñen un papel mucho más activo en la lucha contra el maltrato infantil. En los planes de estudio, seguramente podrían incluirse para los educandos, de acuerdo a grupos de edad, clases sobre la vida y la responsabilidad de la familia dirigidas principalmente a niños que en su hogar no tengan ejemplos apropiados; sin duda, además resultarán útiles para todos los muchachos lecciones sobre el significado del amor, compasión, comprensión humana, y atención para los demás, y cursos que traten el tema del maltrato infantil, sus causas, manifestaciones y posibles soluciones. Quizá los niños aprendan de esta forma, a ser más protectores y menos punitivos que la generación actual.

Por otra parte, sabiendo los comportamientos que provocan, incitan e instigan al maltrato, se debería intentar ayudar al menor a cambiar sus actitudes y/o actividades de modo que, en tanto posible víctima imponga menos tensión a los padres como probables maltratadores. De este modo, el terapeuta y los padres como coterapeutas podrían emplear técnicas de modificación del comportamiento para reducir el peso de las conductas del niño que los frustran.

En dicho proceso, la manera más simple, rápida y efectiva de reducir el problema es eliminando aquellos estímulos que suscitan instigaciones incitadoras en la interacción; disminuyendo el comportamiento adverso del niño, de manera que aprenda a responder a un padre o madre encolerizado, que sepa hasta dónde podría llegar antes de que las cosas comenzaran a ser peligrosas para él, cuándo enfriarlas, cuándo callarse. Esto, coloca en él parte de la responsabilidad de evitar el maltrato, lo cual es posible en el caso de menores con edad suficiente para comprender y manejar tales situaciones.

### 3.1.2.3 Programas para Profesionales.

Además de lo anterior, también es necesario el informar y capacitar a todos los profesionistas relacionados con niños (médicos, psicólogos y personal de guarderías, jardines de niños, casas cuna, escuelas, policía, agencias del Mi nisterio Público, etc.), acerca de los signos que pueden hacer sospechar razonablemente de la existencia de malos tratos; tal capacitación, se puede realizar mediante la impartición de cursos, conferencias, simposiums, etc., por parte de las Instituciones que están en contacto con la problemática, permitiendo a este tipo de personal detectar los indicios característicos del maltrato, ya sea, a través de la observación de los menores o de los padres.

Al respecto, específicamente se requiere la capacitación oportuna de los Trabajadores Sociales de PREMAN, con el fin de que desarrollen más eficazmente las funciones que les atañen.

Paralelamente, se sugiere implementar becas anuales a los profesionales del Sector Salud, para el entrenamiento y especialización en las distintas áreas implicadas al problema del maltrato infantil, con el objetivo de aplicar los co nocimientos adquiridos en el medio social; además de continuar realizando congresos anuales acerca del Síndrome del Niño Maltratado conjuntamente con la Sociedad Internacional del Niño Golpeado.

Otro punto importante, se refiere a la formación de profesionales a tra vés del cual, se debe preparar a los estudiantes para poder intervenir oportunamente y eficazmente en los casos de maltrato infantil.

### 3.1.3 Detección del Maltrato.

Otro aspecto dentro de la prevención primaria, es la detección del maltrato infantil; cabe resaltar que dicho aspecto, se encuentra íntimamente relacionado con los programas de educación para los profesionales, pues son ellos, quienes principalmente están en posibilidades de identificar a probables padres

agresores y niños agredidos.

Referente a tal identificación, los profesionistas pueden valerse principalmente de dos métodos de detección de maltrato:

3.1.3.1 Detección por Observación y,

3.1.3.2 Detección por Instrumentos.

### 3.1.3.1 Detección por Observación.

La detección de maltrato infantil, es posible que se lleve a cabo cuando se desea preservar a la familia a través de la paternidad. Así pues, la paternidad en sentido general, es una vocación y es necesario investigar si los sujetos que van a procrear un hijo tienen la disposición necesaria; ya que no sólo basta con desear concebir un hijo, es básico además cierta voluntad para enfrentarse y tratar de resolver situaciones aceptando la maternidad y/o paternidad.

Dentro de una concepción ética y moral realmente preocupada por el ser humano, lo que debe enfatizarse no es el derecho a la vida por sí misma, sino el derecho a nacer en un medio cuyas condiciones permitan el pleno desarrollo de las facultades humanas. Este hecho puede obtenerse en la formación del matrimonio o antes del nacimiento, mediante observaciones y entrevistas realizadas por el psiquiatra, el pediatra, el psicólogo o el trabajador social, de manera que oportunamente se advierta la predisposición a maltratar a los niños, y en su caso, se oriente debidamente a los cónyuges o futuros padres para prevenir la comisión de tan negativas conductas.

Durante el nacimiento del infante, la detección de posibles padres maltratadores puede establecerse tomando como referencia sus antecedentes, circunstancias existenciales y conductas observadas durante la etapa perinatal; todo lo cual dá lugar a temer que tendrán serios problemas cuando llegue el momento de dar cuidados y educación a su hijo. Específicamente, se puede identificar a las madres con alto riesgo de maltratar a sus hijos detectando lo siguiente: durante

su estancia en el hospital, los indicadores más confiables para pronosticar peligro son los obtenidos a través de observaciones de comportamiento de la madre en la sala de partos y en la sala de maternidad.

En la sala de partos, se pueden analizar las contestaciones a tres preguntas:

¿Qué aspecto tiene la madre? (triste, enojada, inquieta),

¿Qué cosas dice? (comentarios negativos acerca del bebé),

¿Qué cosas hace? (no lo quiere ver o cargar, etc.).

En la sala de maternidad, se puede observar que la madre se rechusa a -- cargarlo o amamantarlo; o bien, no quiere pensar en un nombre para el niño. También se observan "falta de expresiones de cariño: miradas tiernas o hablarle -- con palabras dulces; que hace comentarios negativos sobre el bebé: es feo o malo, etc. Si la madre es dada de alta antes que el pequeño y sus visitas o llamadas telefónicas son insuficientes, el peligro de maltrato futuro aumenta en presencia de las observaciones enunciadas arriba".(1)

También, pueden ser de gran valor en la detección, apreciaciones similares a las enunciadas pero obtenidas posteriormente, en visitas médicas postnatales, a las que se agregan: observaciones de mínima interacción madre-hijo, manejo del bebé en forma brusca y signos de negligencia en su alimentación o higiene.

A diferencia de las observaciones antes mencionadas, las cuales sugieren de una manera importante que el niño recibirá un cuidado inadecuado, las siguientes son específicamente predictivas de malos tratos. Estas incluyen: maltrato previo de un hermano, dar azote a un recién nacido o ver a la madre manejar con rudeza o violencia al bebé en el consultorio pediátrico (DIF, 1979). O bien, otras manifestaciones de enojo dirigidas al bebido porque llora o se comporta en forma similar (todo ello dentro de los límites normales), también deberían ser causa de gran preocupación.

Otra forma en que se puede llevar a cabo la detección de que un niño está siendo maltratado, es a través de su ambiente escolar. Respecto a esto, Fontana (1984) señala que la División Infantil de la Asociación Humana Americana, tiene una lista de indicadores de la necesidad de proteger al infante, dirigido a maestros, administradores de escuelas, enfermeras y consejeros. Según la lista, son indicios de que un menor puede correr peligro o estar siendo maltratado cuando se encuentra en él mismo que:

- Con frecuencia falta o llega tarde, lo mismo si su problema se relaciona con el hogar que con la escuela o con él mismo, que si se conoce a los padres o no, su habitual demora o ausencia sugiere firmemente una inadaptación.
- Llega a la escuela demasiado temprano y haraganea después de clases sin razón aparente. Puede no ser visto con agrado o atendido en el hogar.- Es posible que odie su casa o le dé miedo llegar a ella.
- Está desaseado, inadecuadamente vestido, o ambas cosas, si va vestido en forma inapropiada para el clima que haya, si su ropa es sucia o está rota, si es habitual que vaya sin lavarse, si otros niños no quieren sentarse cerca de él es porque creen que huele mal, decididamente está descuidado.
- En más de una ocasión tiene moretones, ronchas u otras lesiones, ¿Dirá cómo se los hizo?, ¿Se quejará de ser golpeado?, ¿Estará siempre peleando?.
- Presenta conducta hiperactiva, agresiva, desorganizada y destructiva; quizá, esté expresando su propia hostilidad, reflejando el ambiente doméstico, imitando el comportamiento de sus padres o pidiendo a gritos atención y ayuda.
- Es reservado, tímido, pasivo, poco comunicativo. Está comunicándose; - lo mismo si es demasiado obediente que demasiado desobediente, se encuentra sumido en su propio mundo interno, cree que éste es más seguro que el real. Su mensaje se halla en su pasividad y en su silencio.
- Necesita, pero no está teniendo atención médica. Es posible que tenga heridas no tratadas, o bien una evidente necesidad de que se le arregle la boca o de usar gafas.
- Está desnutrido, ¿Cuál es la razón: la verdadera pobreza o unos padres

descuidados?.

- Siempre está cansado y tiende a dormirse en clase. Puede ser que no se encuentre bien de salud, que sus padres sean negligentes para regular sus rutinas o, sencillamente, es incapaz de irse a la cama y dormirse a causa de problemas familiares.

Fontana anota además, ciertas observaciones en los padres o custodios - las cuales indican que:

- Se resuelve agresivo e insultante cuando se le aborda con el propósito de estudiar los evidentes problemas del menor.
- No se molesta en acudir a una cita o es tan apático e indiferente que hubiera dado lo mismo que se hubiese quedado en casa.
- Es desaseado, sucio y, posiblemente, huele a alcohol.
- Muestra poco interés por el pequeño o por lo que está haciendo o deja de hacer.
- No participa en ninguna actividad de la escuela, ni va a ninguna fiesta escolar.
- No permite que el menor participe en actividades o eventos especiales en la escuela.
- No es conocido de ningún otro padre o niño; su conducta es descrita por su hijo como rara y poco usual.
- Su comportamiento es observado por el personal de la escuela como extraño, extravagante, irracional o poco usual en alguna forma.

### 3.1.3.2 Detección por Instrumentos.

Existen determinados signos que pueden considerarse como información con fiable para preveer, desde antes del matrimonio de la pareja o del nacimiento del hijo, qué padres tendrán problemas respecto del cuidado y atención infantil. Estos signos pueden referirse al nivel socioeconómico, a los antecedentes familiares o individuales, a los estudios de personalidad, a la actitud frente al niño que se espera, a los apoyos morales con que se cuenta, a los conceptos acerca de la educación de los infantes y a mucho otros que son materia de ayuda, manejo y experimentada detección por instrumentos de los profesionales.

El Dr. Paul K. Mooring, en un artículo publicado en Enero de 1976 en la revista médica MD en español, expone que "en los E.U. se elaboró un cuestionario pronosticador que puede ser aplicado a los futuros padres, y que permite descubrir a aquellos individuos que presenten tendencias de maltratar a sus hijos; lo cual, dará oportunidad de iniciar un tratamiento eficaz de los sujetos potencialmente agresores, con un objetivo claramente preventivo".<sup>(2)</sup> Hasta donde la realidad del medio lo permitiese, sería positivo establecer un mecanismo pronosticador semejante a fin de tomar medidas preventivas congruentes y operantes.

El mismo Dr. Mooring, plantea la posibilidad de que " las personas que piensan ser padres sean obligadas a someterse a un exámen para determinar su capacidad para criar adecuadamente a los niños".<sup>(3)</sup> Tal posibilidad parece tener gran contenido ético y social, aunque en la práctica puede tropezar con grandes dificultades , tal vez insuperables en la actualidad, derivadas de la realidad socioeconómica y jurídica del país.

En otros países, se ha elaborado también una serie de cuestionarios dirigidos a descubrir actitudes y sentimientos hacia los menores y su cuidado, que indican peligro de maltrato (Kadushin y Martin, 1985; Milner y Wimberley, 1980). En general, tales instrumentos han demostrado tener una bajo nivel de capacidad de predicción. Si bien con frecuencia identificaron correctamente a los maltratadores potenciales, se encontró que muchos agresores identificados no maltrataron después a sus hijos, mientras un cierto porcentaje de no maltratadores potenciales sí lo hicieron (Kadushin y Martin, 1985). El problema de identificar con precisión a los probables maltratadores reside en el hecho de que, hasta ahora, la búsqueda de diferencias confiables y significativas (psicológicas, de desarrollo sociales, etc.) entre padres maltratadores y no maltratadores ha sido ilusoria y no conclusiva.

Pese a ello, en México se podría desarrollar con base en investigaciones,

un inventario que dé el perfil de las madres o padres que tienden a maltratar a sus hijos de acuerdo a las características y necesidades propias de la cultura mexicana, reflejo de su realidad social; pues se ha visto, que la mayoría de los padres no pueden cambiar tan fácilmente porque son las víctimas y los productos de una educación doméstica y escolar deficiente.

Por tales motivos, se recomienda que en el INSM se lleven a cabo exámenes médicos y psicológicos en las comunidades, con el fin de detectar tempranamente tanto al niño como al adulto potencialmente implicados en casos de maltrato.

#### 3.1.4 Servicios Auxiliares.

Otra forma de prevención, sería por medio de Servicios Auxiliares dados a través de diferentes Instituciones y/u organismos que permitan a los padres o custodios prever que sus conductas agresivas no se descarguen sobre sus hijos.

Para ello, se necesita la amplia asistencia de organizaciones voluntarias activas en favor de los derechos de los menores en la sociedad, para combatir los abusos cometidos contra ellos. Estas organizaciones, podrían mantener servicios telefónicos, aconsejar a padres desorientados, realizar seguimiento de casos de maltrato; todo lo cual, contando con el apoyo de un equipo de psicólogos infantiles y clínicos, médicos, trabajadores sociales, maestros, policías y juristas principalmente. Además, con una asignación presupuestal sería posible producir y distribuir información y material educativo sobre el maltrato a los hijos, la formación de los padres, los procedimientos para el divorcio, la custodia de los niños, etc. Se está consciente que para el logro de dichos fines, hay que canalizar fondos para la creación de centros de protección a la infancia maltratada o la ampliación de los existentes; sólo así, el país podrá contar con organizaciones más eficientes y eficaces que traten el problema.

De este modo, se sugiere que en México se establezcan los Grupos de Paternidad de autoayuda como los de Minnesota y Nuevo México, que utilizan el método-

de entrenamiento llamado Diseño Minnesota para un Aprendizaje Temprano (MED); - en él pueden ofrecerse a los padres ensayos o dramatizaciones de los tipos de -- stress que frecuentemente causan los menores, poniendo énfasis en los consejos - sobre disciplina y subrayando que ésta no debe ser demasiado severa. A sabiendas de que el castigo corporal no se elimina completamente, el instructor podría estimular a los padres o custodios a que limiten su castigo a un manazo en la muñeca o en los glúteos, subrayando a la vez los peligros de dañar al niño cuando se le sacude con violencia y mencionando el hecho de que un instrumento contundente puede interferir con la habilidad del adulto para valorar la importancia del daño que puede causar (DIF, 1979). Esto es, no debe pugnarse porque el control paterno sea eliminado; sino más bien, que sea llevado a cabo con un sentido de -- equilibrio dirigido a desarrollar individuos maduros y autodirigidos.

Cabe puntualizar, que muchas familias con alto riesgo o maltratadoras se benefician de los Grupos de Autoayuda (Padres Afectivos), ya que la técnica de - enseñanza basada en imitar a un alumno que ha alcanzado éxito (o sea un padre -- que ha superado el mismo problema), es también muy efectiva. Respecto a estas organizaciones, se plantea la necesidad de crear en el país más instituciones como P.A. dedicadas exclusivamente al maltrato.

Asimismo, como señala Marcovich (1981), se podrían establecer Hogares -- Sustitutos Familiares, si se toma en consideración que la mayoría de las fami -- lias en México son abiertas, en las cuales los parientes (abuelos, tíos, primos, etc.), viven en una comunidad vecina en donde el hogar sustituto ideal sería depositar a estos pequeños con estas familias, con lo que el gobierno se ahorraría muchos millones de pesos, y por otro lado, los menores estarían más protegidos.

Además, Barton afirma que en el país es necesario la creación de Guarderías para Crisis o las que brinden atención nocturna; las cuales se podrían ofrger como un lugar seguro las 24 horas del día y los 7 días a la semana, para los niños cuyos padres atraviesen por etapas de agudo conflicto marital u otra cri--

sis familiar; ahí, se podría dejar al bebé o al menor sin que al padre le hicieran muchas preguntas (DIF, 1979). También, estos centros estarían en posibilidad de ofrecer algún mecanismo para proporcionar consejos e información a los - custodios o ser un lugar donde la gente con problemas similares pudiera reunirse para apoyarse mutuamente.

### 3.1.5 Participación Interinstitucional.

Es de suma importancia reconocer que sólo mediante la implementación de un adecuado sistema de convenios de cooperación entre las diversas dependencias-responsables de la protección del menor y de un gran interés y esfuerzo por parte de los profesionales implicados, puede hacerse que los niños en peligro sean adecuadamente asistidos y los padres o custodios rehabilitados. Por ello, se — piensa que es deseable y benéfico que se establezca una adecuada comunicación — entre estos profesionales, tanto a nivel personal como institucional, a efecto de intercambiar experiencias, información, ideas, proyectos y, en fin, para ampliar los conocimientos respecto al tema de interés.

La prevención por tanto, requiere de acciones conjuntas de especialistas de múltiples disciplinas; por ello, un apoyo sólido a la prevención puede ser la actividad de estas personas, ya que la colaboración indicada es una medida apta y altamente positiva, pues propicia la comunicación y cooperación entre las personas que, debido a su actividad profesional, viven de cerca estas situaciones.

En suma, debe pugnarse por coordinar las acciones tanto a nivel Institucional (público y privado), aprovechando su infraestructura y recursos disponibles para impedir la presencia de menores maltratados; tal coordinación, también debe contar con la intervención de los profesionales que trabajan por su cuenta. Con tal vinculación de recursos y acciones, podrían lograrse metas más —

importantes que las que se alcanzarían si las mencionadas entidades actuaran en forma individual.

Una medida que conlleva a tales fines, es el realizar programas de salud referentes al maltrato infantil logrando la concurrencia total del Sector Salud, de las Instituciones privadas y de los profesionales antes citados. En este sentido, los programas que ejerza una institución o profesional, deberían seguir el principio de estar encuadrados dentro de un Programa de Acción General. Es así, como se requiere que los servicios de salud nacional estén basados en la comunidad, contando también con apoyo financiero no sólo para el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, sino además, para la promoción y el mantenimiento de la máxima y factible salud física y mental para cada ciudadano; ya que la protección del niño, de sus derechos, persona, futura y actual felicidad y salud, deben ser el propósito fundamental de las disciplinas encargadas del manejo de este problema. Los médicos, el personal de los hospitales, los trabajadores sociales, los asesores legales y demás personal relacionado con la asistencia infantil, es pertinente que cuenten con guías específicas que los dirijan a delinear responsabilidades y a conjuntar acciones en el manejo de casos de maltrato y de g e c u i d o.

Por otra parte, es necesario promover ya que se requiere una nueva actitud del Ministerio Público para la comprensión y solución al Síndrome del Niño Maltratado, el establecer una coordinación más estrecha entre tal Ministerio y las Instituciones Públicas y Privadas relacionadas con el desarrollo del menor, para que todos los casos sean canalizados hacia las Instituciones pediátricas, asistenciales y hospitalarias adecuadas.

Finalmente, tomando en consideración a las Universidades como Instituciones Educativas, debe lograrse su participación y colaboración activa en la realización de labores interinstitucionales relativas a la prevención; contando con la intervención de profesores y estudiantes de diversas áreas.

### 3.1.6 Creación de Instituciones Científicas.

La comunicación y cooperación entre profesionales e instituciones antes citada, podría ponerse en práctica mediante la creación de Asociaciones que agrupasen a especialistas de diversas disciplinas, a fin de lograr los objetivos de intercambio, capacitación y cooperación que redundaran en beneficio de los sujetos implicados en caso de malos tratos.

Para ello, las actividades a realizar por tales Instituciones Científicas, deben abocarse principalmente a el estudio e investigación de la extensión, etiología y motivaciones implicadas en maltrato, a través de los métodos de las diferentes disciplinas interrelacionadas que se interesen en los problemas de los progenitores, los hijos y la organización parento-filial.

No obstante, se considera que la primera y más urgente necesidad es un proyecto para integrar las investigaciones existentes con el fin de generar nuevos trabajos; así, se sugerirían direcciones de futuros estudios. Tal proyecto debe englobar las publicaciones de investigadores, congresos, seminarios, boletines médicos y psicológicos principalmente, además de los trabajos de tesis existentes realizados en México, con el fin de aportar valiosos descubrimientos y conocimientos.

Además de ello, debe desarrollarse en tales Instituciones un gran aporte al desarrollo de la tecnología propia respecto a materiales de evaluación, técnicas de tratamiento, etc., en diferentes áreas vinculadas al tema.

Otras actividades que podrían contribuir en gran medida al conocimiento de la problemática incluyen entre otras, el realizar análisis intensivos de un considerable número de familias (incluyendo análisis retrospectivos y de futuro); estudios del contexto socioeconómico, demográfico e ideológico de tales familias, comparación de diversos contextos culturales, etc.

En todo caso, debe pugnarse por lograr continuidad en los trabajos inves

tigados en el sentido de conocer al niño maltratado cuando se convierte en adolescente y adulto; además del hecho, de que las investigaciones se desprendan del desarrollo y evolución histórica del maltrato en México. Solo por medio de la di fusión y acceso a los hallazgos, se contribuirá a nivel nacional para conocer el cuerpo de conocimientos que deben fomentarse.

Al respecto, se sugiere la creación de un Banco de Información básico -- acerca del Síndrome del Niño Maltratado, para la recopilación del material audio visual y bibliográfico que se desarrolle, permitiendo estar al corriente de cual quier avance sobre el tema.

Cabe señalar, además, la necesidad prioritaria de establecer una vinculación estrecha entre los servicios que las instituciones prestan en la investigación realizada en tales Asociaciones de Especialistas, ya que si se toma en cuen ta el número de médicos, pediatras, psicólogos, psiquiatras, etc., que se abocan a los casos de maltrato, surge la importancia de no desperdiciar el gran cúmulo de conocimientos, talento y experiencias para evitar la duplicación de esfuerzos que los profesionistas pudieran aportar ya sea al entendimiento y/o manejo del tema.

Asimismo, la investigación que se realiza en tales Asociaciones Científicas debe proporcionara los programas educativos, los instrumentos y conceptos indispensables que se requieren para preparar a los estudiantes tanto en la investigación y conocimiento del problema, como para constatar y manejar una metodología interdisciplinaria.

### 3.1.7 Formación y Cambio de Actitudes.

Debido a que existen múltiples ideas nacidas de la costumbre que operan como normas de la conducta, se originan frecuentes malos tratos a los niños; --- ideas como las de que los padres, los hermanos mayores, tíos, abuelos o cual ---

quier otro pariente adulto, maestro o persona de mayor edad, pueden hacer a los menores objeto de malos tratos con el pretexto de educarlos al compararse con -- una falsa e inexplicable autoridad.

Por ello, cabe reiterar que el uso tolerado, e incluso recomendado, de la fuerza como instrumento educativo de los infantes es fuente de muchos malos tratos que pueden incluso, llegar a ser socialmente aceptados como formas adecuadas para su educación y formación. Ante tales hechos, sólo un cambio de actitudes mentales, individuales y sociales puede evitar dicho problema, de manera que la modificación de estas conductas constituya una medida preventiva idónea en -- cuanto a maltrato infantil. Al respecto, se requiere de una reorientación total de la sociedad para reducir el nivel general de violencia. Se espera con ello, -- que la sociedad haga inaceptable el empleo de la violencia en cualquier tipo de relación interpersonal.

Por lo tanto, es necesario cambiar la actitud individual y social que -- advierte o aprueba la utilización de la fuerza física como medio de educación pa -- ra los menores, ya que tal cambio podría evitar futuros malos tratos.

Como medida preventiva, útil y operante se puede señalar además, el -- crear cierto grado de sensibilización en la comunidad respecto de los niños maltratados. En efecto, es pertinente crear una conciencia social alrededor de ésta problemática; lo cual, resulta pues indispensable si se desea sensibilizar a la -- comunidad para que acepte la existencia de malos tratos como un hecho social, -- triste, difícilmente comprensible y altamente dañoso pero en todo caso cierto y -- real.

La comunidad debe por tanto, ser ilustrada para que conozca el problema, y alentada para que ayude a combatirlo; debe crearse o desarrollarse esa concien -- cia social, de manera que las personas que integran la comunidad, ante los he -- chos de maltrato no asuman una actitud pasiva, contemplativa, sino por el contra

rio, actúen participando en la lucha contra este problema social; pues su actitud positiva y activa puede servir para prevenir y evitar en el futuro la comisión de malos tratos.

Es necesario por ello, promover en la comunidad un claro y definido sentido de solidaridad humana, de civismo, así como un profundo respeto por los niños, seres indefensos que deben ser objeto de cuidados, atenciones y cariño. Es así, como de vital trascendencia es difundir el hecho de que cada infante, a pesar de sus diferencias individuales y singularidad, debe ser considerado con igual valor intrínseco y por tanto, tener igualdad en derechos sociales, económicos, civiles y políticos, para que pueda realizar completamente su potencial inherente y particular igualmente en la vida, la libertad y la búsqueda de la fe licidad.

En suma, todos deben estar conscientes de que el menor también tiene derechos para la realización de sus necesidades de desarrollo. Por tanto, debe fomentarse por un lado, el derecho a tener la oportunidad de realizar sus necesida des psicológicas y físicas, y por otro, la obligación de los hijos y padres de honrarse y respetarse mutuamente.

Por otra parte, debe tratarse de modificar la actitud social que consiste en considerar a los niños como estorbo para la tranquilidad de los padres, por ser por ejemplo molestos, ruidosos, sucios y tratar por ende, de mantenerlos lo más alejados posible; así también, las conversaciones o ideas que alrededor de estos temas se elaboran, deben ser suprimidas, pues tales situaciones conducen frecuentemente a maltrato.

### 3.1.8 Denuncia.

Debe reconocerse que uno de los principios básicos del enfoque de un pro blema que es muy complejo, el cual no sólo debe involucrar cuestiones relaciona-

das con el descubrimiento de casos sospechosos de maltrato, conlleva el alentar a la población en general para que haga del conocimiento de las autoridades competentes, todas las situaciones de maltrato infantil.

Con tal finalidad, debe informarse a nivel nacional acerca de la existencia de garantías legales que protegen a quienes denuncian estos hechos de buena fé. Sólo de esta manera, las Instituciones y los profesionales en contacto con tales casos, estarán en posibilidad de someter tanto a los niños como a los padres agresores a los tratamientos preventivos oportunos.

Relativo a la denuncia, cabe señalar también que con frecuencia los médicos, las enfermeras, trabajadores sociales, maestros y otras personas en posición de identificar y denunciar casos sospechosos, se muestran sumamente reacios a hacerlo; las razones ya enunciadas son muchas, unas aceptables y otras no. Ellos no siempre están seguros de sus sospechas y, por lo tanto, las olvidan; no llegan a comprender la gravedad del problema; no tienen conciencia de su propia responsabilidad de informar; no quieren enemistarse con los padres o custodios sospechosos y, por ende, pierden contacto con ellos, además de no desear verse personalmente mezclados en una situación delicada y difícil. Por ello, es necesario establecer la obligación de denunciar hechos relacionados con el maltrato a menores, por parte de todas aquellas personas e Instituciones que por cualquier causa tuvieran conocimiento de la existencia de niños en esta situación; de manera que en todo caso, el problema fuera atendido en todos sus aspectos en forma inmediata por las autoridades competentes.

Específicamente, los maestros y demás personal escolar se encuentran en la mejor situación para observar los síntomas de maltrato; ellos, así como ven a sus alumnos día tras día y, con frecuencia, durante horas enteras, tratan y observan a los padres de vez en cuando. Por ello, lo único que las autoridades escolares necesitan y deberían hacer si detectaran indicios de sospecha de este —

problema, es informar lo que hayan observado primordialmente a la Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia, y al Departamento de Prevención del Maltrato al Menor (PREMAN).

De este modo, el método más eficaz para estimular la denuncia es educar también al personal profesional que está obligado por la ley a formularla. Con tal fin, los profesionales de asistencia infantil, deben ser además instruídos sobre los procedimientos de denuncia.

Otra medida general que podría instaurarse, es el establecer un eficaz y coordinado Departamento de Registro Central de Denuncias de Niños Maltratados en constante actualización; ya que el recibir y procesar las denuncias inmediatamente, proporcionaría un sistema infalible para asegurar que las investigaciones sean realizadas y los servicios proporcionados. Así también, podría verificar las medidas que tomen otras dependencias sobre tales servicios y funcionar como instrumento de investigación para determinar la incidencia del fenómeno de estudio y los medios más poderosos para la prevención del mismo. Cabe destacar que lo más importante, es que este Registro Central puede ayudar en el diagnóstico y en la identificación del maltrato, localizando denuncias previas sobre la misma víctima o sus hermanos.

### 3.1.9 Aspectos Legales.

Un punto de vital importancia que de manera conjunta debe coadyuvar a su primir en su totalidad, por lo menos normativamente la problemática relativa al menor maltratado concierne al apoyo legislativo.

Tomando en consideración el contenido actual de las leyes en México, es necesario formular las sugerencias pertinentes para que se introduzcan en diferentes cuerpos legislativos las reformas que persigan o traten de lograr en realidad la erradicación del maltrato a los menores, por parte principalmente de --

los sujetos que ejercen la patria potestad.

Respecto a ello, se puede decir que la aplicación de sanciones en los casos de maltrato se considera ineficaz debido a las sanciones señaladas o pena im puesta. Se piensa, que debe existir una clara concepción jurídica que defina con precisión el concepto de maltrato infantil y castigue su comisión, además de establecer sanciones penales enérgicas que eviten esa conducta. Los instrumentos-jurídicos de prevención no se deben manejar aisladamente, sino en relación con - otras medidas, de manera que las tareas que se realicen al respecto produzcan resultados óptimos.

En primer término, se recomienda una rigurosa revisión al Código Penal-- Distrital y Federal en sus artículos, y en su caso, elaborar un reforma legislati va de dicho ordenamiento, reforma que debe estar sustentada sobre una sólida ba se moral que incluya la definición del maltratamiento, y que establezca la pena- lidad justa para los sujetos agresores. Además, se propone que las lesiones infe ridas por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela sean punibles, conforme al Código Penal, independientemente de que tarden en sanar menos de 15 días y -- que desaparezca la excluyente de responsabilidad que contenía el actualmente de rogado Artículo 294. Para mayor claridad y por ser breve, se presenta el texto - íntegro de la modificación al artículo antes citado, propuesta por el Lic. Here- dia Jasso (1978), para que obre como antecedente:

Artículo 294.- Las lesiones inferidas por quienes ejerzan la patria po-- testad o la tutela, y en ejercicio del derecho de corregir serán castiga bles penalmente. Por constituir actualmente el maltrato físico y psíquico a los hijos y en general a los menores, de hecho, una práctica aceptada- por la sociedad y transmitida por la tradición, la primera ocasión en que quien ejerza la patria potestad o la tutela, comparezca ante el juez pe- nal, sólo podrá imponérsele amonestación o pena de prisión de 3 días a - juicio del juez, siempre que las lesiones inferidas sean de las que tar- den en sanar menos de 15 días y no hayan sido inferidas con crueldad o--

con excesiva frecuencia.

A los padres o tutores reincidentes, se les impondrá hasta un cuarto más de las sanciones establecidas para las lesiones que causen.

El Lic. César Sepúlveda (1978), agrega lo siguiente en cuanto al reglamento antes mencionado:

Artículo 294bis.- La excusa absolutoria en el artículo anterior, quedará condicionada a que el padre justifique ante la autoridad judicial, que fué tratado psiquiátricamente para evitar que se repita esa conducta, o ha ingresado a alguna organización que tenga por objeto modificar la agresividad del mayor al menor y haya concurrido a ella, cuando menos un año.

Otros artículos en los cuales cabría realizar ciertas modificaciones, -- son el Artículo 295 al incluirse que en los casos de lesión en ejercicio de la patria potestad, el sujeto activo será depositado en un lugar diferente del domicilio del menor hasta que se acredite su ánimo de modificar su conducta, por los medios señalados en el Artículo 294bis.

En el caso previsto en el Artículo 295, el agresor podrá recuperar la potestad si acredita que recurrió a los medios indicados en el Artículo 294bis, para modificar su conducta, y que en el plazo de 2 años no ha reincidido.

Asimismo, debe legislarse para aquellos padres que por motivo de maltrato cometido hayan sido encarcelados, el hecho de permitirles trabajar durante el día y dormir en el reclusorio correspondiente para cumplir su pena; o bien, en dichos centros utilizar la mano de obra de los reos con remuneración económica, a fin de hacer posible que la familia no se vea afectada en lo que respecta a su subsistencia.

Respecto al Artículo 288, cabe apuntar que también debía especificarse -- que se comprende como lesión cualquier daño en la salud psíquica o emocional de una persona, provocada por la conducta agresiva y hostil de otra.

Además, ya que el Código Penal hace mención en múltiples ocasiones del --

llamado derecho de corrección, debfa principalmente especificar y establecer por un lado qué se entiende por ello, y por otro, las limitaciones y penas al respecto.

Con relación a la Constitución Mexicana, se sugiere principalmente una adición que plasme con claridad los derechos y garantías del menor dentro de la familia; especificándose constitucionalmente el derecho prioritario de los niños a ser tratados con dignidad y respeto dentro del hogar o centro de desarrollo y que se acepte expresamente su rango social.

Asimismo, que sea obligación constitucional, la inclusión en el libro de texto gratuito los derechos del niño; además de hacer mención acerca de las autoridades ante quienes ellos pueden recurrir en caso de ser agredidos por parte de quienes les deben protección y cariño.

Por otra parte y con relación al Código Civil, el antes mencionado Heredia Jasso (1978), ha propuesto la modificación del Artículo 98 para que, a los requisitos establecidos para contraer matrimonio, se agregue el siguiente:

Protesta por escrito de que el marido no tratará con violencia a su esposa ni a sus hijos y de que la esposa no tratará con violencia a su esposo ni a sus hijos, impidiéndose así que la familia se constituya en escuela de violencia.

Además de ello, César Sepúlveda (1978) añade el Artículo 156:

Son impedimentos para celebrar el contrato de matrimonio: en fracción -- IX; no haber aprobado los cursos sobre convivencia familiar y paternidad responsable que para tales efectos se establezcan en las Oficinas del -- Registro Civil, que deberían ser impartidos por personas altamente calificadas para ello.

Esta adición contribuirá en cierta medida, si en la legislación se estableciera como obligatorio para los futuros padres, bien sea en el matrimonio o fuera de él, concurrir a ciertas conferencias, instrucción y tratamiento para -- que modifiquen esa conducta agresiva que es la que han conocido, la que han vivi

do desde pequeños; en esa forma habría cierta fuerza moral para presionarlos a actuar en una manera diferente con sus hijos; es decir, cariñosamente. Aunque es muy difícil conseguir la corrección conductual en edades maduras, alguna posibilidad pudiera haber si se les exige a los padres una cierta preparación para llegar a ese estado, la paternidad que es la mayor responsabilidad de los seres humanos.

Por otra parte, así como el Artículo 411 del mismo Código Civil señala que los hijos deben respetar y honrar a sus padres, así debía incluir que los padres tienen el mismo deber de respetar y amar a sus hijos en la misma medida en que ellos hubieran querido ser tratados.

En este punto, cabe indicar la posibilidad de que las Instituciones en contacto con la problemática del menor, por ejemplo y principalmente el DIF, recomienden al Ejecutivo iniciativas de Ley o Reformas a ordenamientos vigentes en materia de protección a menores con base en las experiencias obtenidas al tratar con tales casos.

De esta manera y mediante las reformas propuestas, el Estado puede contribuir a cambiar los hábitos de la familia en relación a uno de los problemas más agudos que en la sociedad se presentan, como lo es el maltrato a los hijos.

Por tanto, las reformas legales deben ser aplicadas con todo valor cívico y energía en provecho de los menores y para beneficio de la sociedad; porque al fin y al cabo, el niño, convertido en adolescente, en joven y en adulto, es el que en el futuro tendrá la responsabilidad de regir los destinos de México. Es por ello, que no bastan leyes adecuadas para que éstas rijan la sociedad, es necesario la existencia de hombres que las practiquen, que las hagan obedecer y que exijan su cumplimiento.

### 3.1.10 Difusión.

Tomando en consideración que todas las medidas apuntadas son planteadas con el fin de proporcionar un gran apoyo a la prevención primaria, es fundamental atribuirles la difusión necesaria.

Dentro de las actividades relativas a tal difusión, los canales de televisión, la radio y la prensa juegan un papel de vital importancia, ya que podrían transmitir un gran cúmulo de información sobre la paternidad efectiva.

Es por ello que además de las actividades ya señaladas, cabe subrayar -- que las acciones y mensajes preventivos también pueden asignarse a través de emisiones de radio y televisión educativa o de artículos publicados en revistas, periódicos, etc., con la finalidad de dar a conocer un mayor número de tópicos relativos al tema, para que el auditorio identifique y valore las consecuencias del maltrato y abuso a los menores; esto es, el cómo se relaciona con una concepción indeseable y cuáles son las funestas repercusiones para los individuos que posteriormente serán pilares de la familia y miembros de la sociedad mexicana.

Debe por ello, el intentarse promover otra clase de programas de televisión, películas, juegos, juguetes y literatura infantil sin violencia, haciendo del conocimiento de la población las repercusiones nocivas que tal violencia con lleva.

Por otra parte, podrían crearse y propagarse diversas campañas de concientización, principalmente a través del Sector Salud y los medios de comunicación ya citados, para aclarar a la población diversos temas; por ejemplo, las diferencias entre la disciplina sana y el castigo, las características médicas y psicológicas de los niños maltratados, los rasgos psicológicos potencialmente significativos para identificar a los custodios maltratadores, etc.

Es necesario, asimismo, que tales medios de comunicación proporcionen más artículos que informen acerca del maltrato, y que incluyan mayor número de entrevistas a profesionales e Instituciones que se encuentren en contacto con la po--

blación infantil, como DIF-PREMAN, INSM (Clínica del Síndrome del Niño Maltratado, Escuela para Padres, Padres Afectivos (Grupos de Autoayuda), etc., con el propósito de ofrecer tanto la actualización en lo referente al síndrome de interés, como el conocimiento acerca de la existencia, fines y actividades que cada Institución realiza.

Ante tales hechos, las organizaciones existentes y relativas al maltrato deben además efectuar programas de difusión a otras Instituciones y profesionales por medio de pláticas, conferencias, seminarios, etc. Se añade a ello, la obligación por parte de tales Instituciones de hacer del conocimiento de la opinión pública, los datos reales y actualizados respecto a la incidencia del fenómeno a nivel nacional.

También, cabría difundir más ampliamente el conocimiento acerca de la disponibilidad y localización de diversos servicios como Escuela para Padres, Grupos de Padres Afectivos, Guarderías de Crisis, entre otros, a la vez que se proporciona el teléfono con lo cual se facilite aún más su acceso.

Debe incrementarse también, la realización, publicación y divulgación de libros, revistas, películas, grabaciones y resúmenes de actividades o eventos significativos en materia de maltrato.

A través de los medios de comunicación, además puede lograrse la difusión acerca de la existencia del Centro de Denuncia (DIF-PREMAN) que funciona las 24 horas del día, que evalúa los casos y que los hace del conocimiento del Ministerio Público.

Por otra parte, cabe resaltar la necesidad de crear y propagar principalmente en las grandes comunidades metropolitanas como el D.F., la existencia de un número telefónico exclusivo por medio del cual, la gente pudiera obtener ya sea información sobre el tipo de enseñanza más accesible y apropiada a sus necesidades, u orientación en cuanto a los servicios que se prestan en su comunidad respec

to al tema de maltrato.

Asimismo, es pertinente crear y difundir la existencia de líneas telefónicas abiertas durante las 24 horas de día con el propósito de brindar auxilio en momentos de crisis a los padres o custodios cuando están en posibilidad de maltratar a sus hijos. La línea telefónica para crisis, podría escuchar sin enjuiciar y proporcionar consejos para el custodio abrumado; por ello, tal medida constituye un aspecto importante para romper el ciclo de violencia. Cabe indicar que tal servicio telefónico, podría surgir al ampliarse la función de la red telefónica para denunciar casos de DIF-PREMAN.

Finalmente, es preciso incluir que debe pugnarse porque todas las medidas de difusión antes citadas, se proporcionen a nivel nacional a través de todos los medios de comunicación, de manera permanente y continua en el menor tiempo posible.

### 3.2 Prevención Secundaria.

La Prevención Secundaria de acuerdo a Alvy (1975), conlleva la intervención después del acto de maltrato; por ello, su dirección es la de cortar la comisión, el impacto y los efectos negativos subsiguientes, tomando énfasis fundamental en la identificación y tratamiento oportuno de éste síndrome. Por tal motivo, se considera que las intervenciones preventivas secundarias deben estar dirigidas hacia el niño maltratado, al custodio maltratador y a las condiciones medioambientales en las cuales el maltrato toma lugar.

Respecto a ello, cabe puntualizar que cada caso individual de malos tratos requiere de un amplio rango de tratamiento inmediato, rehabilitación legal, educacional y/o servicios sociales; al respecto, el menor puede solicitar ayuda-

médica y/o psicológica extensiva, además de servicios de colocación temporal o permanente de traslado del hogar. Todo ello, es necesario no solamente para ayudar al niño a sobrevivir; sino también, para impedir que llegue a ser el maltratador de sus hijos. Los padres o custodios también requieren de tratamiento inmediato, rehabilitación o reeducación para erradicar el confinado maltrato hacia el infante. Si los malos tratos ocurren dentro de una familia pobre o desempleada, un rango completo de servicios vocacionales y sociales adicional es muy necesario.

Tomando en consideración lo expresado anteriormente, se pueden subrayar algunas medidas que pretenden ayudar en las tareas de tratamiento inmediato ante un caso referente a este síndrome. En primer término, se debe proporcionar información clara y directa a ambos padres acerca del maltrato y de la obligación de la Institución de informar al respecto a la Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia. Ante tales hechos, es necesario la agilización de trámites burocráticos con el fin de disminuir el tiempo de exposición posible del niño al daño físico o emocional al que puede estar sometido.

En relación a lo antes citado, es fundamental que se integren en colaboración del Ministerio Público, Grupos de Rescate al Menor, instruidos debidamente para retirar al mismo de su hogar, apoyándose tanto en orden de alguna autoridad competente, como en un grupo de gente especializada que no agudice en ningún momento el problema, sino que establezca y mantenga la calma en el lugar donde están sucediendo hechos tan deplorables. Este o estos grupos, son a los que Marcovich (1978) ha denominado Grupos - GRIMM (Grupos de Rescate Inmediato del Menor Maltratado); los cuales deben contar con una ambulancia para otorgar si es necesario, atención médica al niño lesionado, con una trabajadora social para que haga un análisis general y rápido del estado que guardan las relaciones familiares, con dos guardias perfectamente entrenados por psicólogos competentes --

que impongan orden por el convencimiento, sin permitir que de su parte o de parte de alguno de los presentes brote violencia haciendo que el rescate se convierta en caos en vez de solución esperada. Cabe puntualizar que para la ejecución de esta medida, es pertinente evitar sensacionalismos y exposición del infante y de sus familiares a interrogatorios morbosos, agresivos o innecesarios por parte del personal ajeno a la asistencia integral del problema.

Otra medida conveniente relacionada a la anterior, consiste en la protección temporal del niño dentro de un hospital aunque sus lesiones no necesiten de hospitalización, a menos que se encuentre una mejor alternativa que garantice su seguridad. Sin embargo, si puede ser protegido dentro del hogar mientras los padres son tratados, entonces éste es el sitio donde el pequeño debe permanecer. Otra opción ya apuntada, es la señalada por el Lic. Heredia Jasso (1978), en lo que respecta a establecer albergues infantiles como centros de protección temporal, en los cuales puedan permanecer los menores maltratados durante periodos que vayan desde 72 horas a 7 días; lapso en el que se reitera, podrían someterse a los agredidos a reconocimientos médicos y pruebas de laboratorio y a estudios de personalidad a los agresores.

Respecto a dichos albergues de protección, cabe puntualizar lo indicado por Marcovich (1981), referente a que para evitar que sean utilizados como centros depositarios de niños maltratados, en todo caso es pertinente ratificar el domicilio familiar, ayudados por algún representante del Ministerio Público. -- Afirma, que también se hace necesaria la intervención de dicho Ministerio en el momento en que los padres deseen sacar a su hijo del albergue o centro de salud por alta voluntaria, con el pretexto de trasladarlo a otra Institución o en su defecto a su hogar, ya que las consecuencias pueden ser funestas; de esta manera, habrá una mayor protección para la criatura y para el cuerpo médico. Aunado a lo anterior, en caso de rebeldía o irracionalidad de las familias en rela--

atención más completa en cuanto a consulta e investigación. Cabe subrayar que de ser posible, el tratamiento que ofrece dicha clínica se lleve a cabo en el tiempo que el caso lo requiera y no en el tiempo promedio de 6 meses. Sin embargo,-- si la Institución no puede realizar el tratamiento con un tiempo mayor al establecido, mínimamente deberá realizar un verdadero seguimiento del mismo para prevenir las reincidencias y efectivamente asegurarse de que los métodos empleados fueron los adecuados, contribuyendo mayormente con realidades y no con suposiciones a la solución de la problemática.

En caso de que el seguimiento no pueda llevarse a cabo para todos los casos, primordialmente debe realizarse en situaciones en las cuales se vislumbra un alto riesgo de reincidencia de maltrato. Dicho seguimiento puede estar a cargo de trabajadores sociales o del cuerpo voluntario del hospital, los cuales se encargarían de estar en comunicación estrecha con estas familias; ya sea por medio de visitas domiciliarias o en su defecto, llamadas telefónicas o telegramas, con la finalidad de proporcionarles cierta terapia de apoyo, contribuyendo con ello a establecer las condiciones físicas y emocionales adecuadas en la familia.

Si a través del seguimiento, se detecta que lo hasta entonces realizado resulta insuficiente, se debe hacer del conocimiento de los jueces familiares solicitando la suspensión o pérdida de la patria potestad para el agresor, pidiéndose simultáneamente la orden judicial para internar al menor una vez curado en algún centro donde se encuentre a salvo de nuevas agresiones. En relación a esto, se sugiere que PREMAN dé albergue temporal a niños maltratados y que dentro de sus requisitos acepte el retraso lógico en las potencialidades de tales menores; estableciendo un criterio mediante el cual a los pequeños con lento aprendizaje u otras deficiencias de desarrollo, se les acepte en orfanatos o casas hogares y se les incluya en grupos de infantes con características similares proporcionándoles así una atención más adecuada.

En términos generales, cuando los padres o custodios agresores respondan positivamente al tratamiento psiquiátrico y de trabajo social, es conveniente -- reincorporar al niño al medio familiar, suponiendo que se ha reestablecido el -- equilibrio y la estabilidad en el hogar; pero cuando no respondan al tratamiento, por razones de seguridad al pequeño y con fines de prevención es necesario separarlo definitivamente de ese medio que representa un riesgo inminente para su -- persona, por lo que aquí puede operar la adopción como un instrumento que facilita el tratamiento rehabilitatorio.

Por otra parte, considerando que la Asociación de Padres Afectivos (P.A.) actualmente no es una institución que se aboque exclusivamente a casos de maltrato, podría pugnarse porque en la medida de lo posible, dichos casos se incluyan en uno o varios grupos de autoayuda; ya que el compartir experiencias que implican la misma problemática, podrían contribuir a facilitar la comunicación de -- los problemas, así como el intercambio de ideas para su solución. Asimismo, sería adecuado aunar a las dos sesiones semanales en grupo, la asistencia terapéutica individual por profesionales especializados en la materia, promordialmente en -- casos de maltrato donde la magnitud y severidad del problema lo ameriten.

Además de dicha asociación, en el país se podría realizar un programa -- similar al utilizado en Denver; llamado Ama a tu Próximo, el cual fué establecido principalmente por Kempe y cols.. Respecto a este programa, Fontana (1984) indica que se ha demostrado que las visitas domiciliarias de los trabajadores sociales y de personas voluntarias que se ofrecen como amigos las 24 horas del día, pueden ayudar mucho tanto en el descubrimiento de las necesidades de afecto y protección como en el cambio de actitudes de los padres maltratadores. Agrega que -- los terapeutas auxiliares, actuando como padres sustitutos, han estado activos -- continuamente en el programa de Denver, con resultados muy alentadores.

Cabe indicar asimismo, que para el antes citado programa, el Servicio Pe

diátrico del Hospital General de Colorado amplió el concepto de terapeutas auxiliares como figuras paternas para el padre abusivo, dando al programa de terapia dos direcciones. En la primera parte, se utilizan los servicios de abuelos adoptivos, todos ellos de más de 65 años, para infantes normales u hospitalizados. El abuelo los trata con cariño, los consiente con cordura, actúa como un verdadero abuelo con el pequeño que se le asigna, mientras éste se halla en el hospital. En estas primeras etapas del programa, se observó que algunos abuelos adoptivos asignados a niños maltratados no podían en modo alguno relacionarse con los padres; pero otros, no sólo trataban con cariño a los menores sino también a los padres, por lo que en algunos casos esta relación continuó después en el hogar, con resultados beneficiosos para toda la familia. Este éxito, sugirió que las ayudas a los padres de cualquier edad podrían ser utilizadas en un programa de mayor alcance.

La segunda etapa del enfoque de Denver, involucra el empleo de padres o madres auxiliares, cuya edad fluctúa de 24 a 60 años. Son hombres y mujeres que sin ningún adiestramiento formal actúan como terapeutas; se les brinda preparación informal para actuar como seres humanos cordiales y compasivos, escogiéndoles con base en su propia educación en hogares estables con padres eficaces y amorosos, y en función de su propia experiencia como padres. Es así, como la ayuda de estas personas no se centra sólo en el pequeño, sino también en padres infelices y desorientados. Para realizar su trabajo visitan a las familias, escuchan, orientan, prestan atención a los niños y se comportan con los padres como adultos afectuosos. Cabe destacar que estos padres auxiliares, son cuidadosamente elegidos, funcionando bajo la supervisión de trabajadores sociales en consulta con pediatras y psiquiatras.

Si el padre o la madre auxiliar logra establecer una relación de apoyo con los padres, si es capaz de edificar la dignidad paterna y el sentido de va-

lia personal, es posible desarrollar una relación de confianza mútua, pudiendo tranquilizar a los padres en situaciones de crisis, comprenderlos realmente en dichas circunstancias, además de proporcionar ayuda no sólo a ellos sino a toda la familia, protegiendo al menor en la forma más eficaz posible.

Por otro lado, en la ciudad de Nueva York se ha constituido una Asociación denominada "Vigile al Niño, cuídalo, no lo Maltrate, su presidenta es Lillian Haddon y entre las acciones que ha llevado a cabo en el campo de la rehabilitación está el establecimiento de escuelas especiales para niños maltratados, Escuelas Asilos donde se les brinda según las palabras de la Sra. Haddon, todo lo que sus padres les niegan, especialmente cariño, amor y ternura".<sup>(4)</sup> Se ha pensado que estos establecimientos especiales pueden ser de gran utilidad y provecho para la rehabilitación de los pequeños, víctimas de los malos tratos.

Considerando las acciones anteriores, se reitera la urgente necesidad de ampliar y crear más centros que proporcionen los servicios relacionados con la problemática del menor, facilitando el acceso de las personas implicadas en los casos de maltrato.

A la luz de los datos anteriores, resulta indispensable un amplio apoyo profesional, luego igualmente decisivo el de la ciudadanía en general, ya que los profesionistas implicados directamente en esta tarea de bienestar social, tienen la obligación específica de proteger a los niños indefensos, que no pueden valerse por sí mismos haciendo efectivos sus derechos, para adecuarlos al modelo de bienestar social, y al mismo tiempo, diferenciar los accidentes de las lesiones inflingidas por los padres o tutores, ya sean conscientes o inconscientes, llevando a cabo la intervención del tratamiento no sólo a través del menor maltratado, sino conjuntamente con la familia, puesto que aparejadas con las heridas físicas, vienen las lesiones emocionales, las cuales requieren de atención desde sus inicios; así, el infante maltratado podrá comprender que el amor y la seguridad --

pueden provenir de otros adultos, cuando por desgracia los que lo rodean resultan totalmente nefastos para su desarrollo, enseñándole a valorarse a sí mismo y a la sociedad, la cual debe brindarle el respeto y el conjunto de derechos elementales para su desarrollo integral como ser humano.

Sin lugar a dudas, todos los cuidados y atenciones que se puedan proporcionar a los padres e hijos dentro de esta problemática, tienen un valor positivamente humano. Por lo tanto, se reitera que las medidas a efectuar, en caso de maltrato infantil deben estar dirigidas a:

3.2.1 El Niño objeto de las Agresiones y,

3.2.2 Los Padres o Custodios.

De este modo, se constituyen dos enfoques diferentes de abordar el problema cada uno de los cuales ha sido investigado y estudiado por distintas concepciones de las diversas disciplinas vinculadas al maltrato.

Sin embargo, las medidas tendientes a la rehabilitación tanto de los custodios como de los niños en el fenómeno del maltrato son múltiples, y es muy posible que muchas de ellas se escapen al conocimiento transmitido en el presente trabajo; por tal motivo, es probable que sólo se señalen algunas de ellas.

### 3.2.1 Tratamiento dirigido al Niño.

En primer término, cabe manifestar que las primeras medidas de rehabilitación que deben tomarse para con el niño maltratado son de tipo médico; pero no son sólo las primeras, sino una de las fundamentales. Por tanto, se reitera que hay que estudiar al menor en forma integral:

1. Historia Clínica,
2. Exploración Física completa,
3. Exámenes de Laboratorio y Gabinete y,
4. Exámenes complementarios si lo ameritan (según subespecialistas)" (5)

A tales estudios, Callaghan y Fotheringham (1970), agregan la necesidad-

de contar con fotografías que evidencien el estado físico del niño aún en ausencia de lesiones.

Una vez realizados los reconocimientos, las pruebas y los análisis precritos, y ya determinada la naturaleza de las secuelas de la o las lesiones físicas, se deben tomar las providencias médicas adecuadas para el caso concreto, con el fin de proceder a la tarea de rehabilitación conforme al órgano o función afectado. Asimismo, ya que los malos tratos pueden producir afecciones psíquicas, en este caso, se procederá a la atención psicológica o psiquiátrica a fin de proporcionar al pequeño maltratado posibilidades para superar los estados psíquicos originados por las agresiones, incrementando con ello, la oportunidad de incorporarse a la sociedad en condiciones positivas.

De acuerdo a Kempe y Kempe (1979), al proponer un tratamiento para el niño maltratado, ha de empezarse por reconocer todas sus dificultades. Deben como ya se ha señalado, realizarse evaluaciones somáticas, neurológicas, cognitivas, sociales y psiquiátricas en cuanto se aprecie su más ligera necesidad; y todo profesional, debe estar dispuesto a considerar las opiniones de un equipo completo de especialistas en la asistencia y desarrollo infantil, para establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento adecuados.

Por tanto, se ha considerado que la atención médica, psicológica o psiquiátrica son los instrumentos más importantes para lograr el tratamiento o rehabilitación de los infantes maltratados.

Respecto a dicho tratamiento, Marcovich (1981) enfatiza que el enfoque terapéutico del caso debe ser visualizado en dos tiempos:

- Manejo agudo del caso y,
- Manejo a mediano y largo plazo.

Argumenta que el primero, tiene como finalidad resolver la etapa crítica inmediata y subsecuente a la agresión; mientras que el segundo, debe orientarse

a establecer algún tipo de terapéutica, mantenida y regulada durante la etapa postcrítica.

En cuanto asistencia física, el tratamiento de las lesiones hechas por maltrato no debe ser diferente del realizado por traumas accidentales; Kempe y Kempe (1979), afirma que las lesiones más importantes precisarán atención inmediata y/o subsecuente, la cual puede ser larga y complicada, como en el caso de haberse producido quemaduras.

Respecto a tal tratamiento, Coren (1987) indica que la evaluación inicial puede ser determinada por la naturaleza de la quemadura, su extensión, grado y presencia de heridas asociadas. Asimismo, agrega que las quemaduras menores pueden ser adecuadamente tratadas en un establecimiento particular o en el consultorio del hospital; en donde el cuidado de la herida consiste en cortar los tejidos fibrosos, dar protección antimicrobiana y limpieza antiséptica. Además advierte que las ampollas, son un sello distintivo de la quemadura de segundo grado y que su apariencia está directamente relacionada con la profundidad de la quemadura; por ello, todas las ampollas al aire libre pueden ser completamente cortadas, y después, el tejido superficial puede ser simplemente frotado con una gasa húmeda. Al respecto, recomienda que la herida se limpie con un líquido o solución antiséptica y que después sea completamente enjuagada con agua, ya sea simple o salina. A la herida, además, se le prepara con un lavado ligero de Sulfato de Plata y se le protege vendándola con una gasa.

El mismo procedimiento de acuerdo al autor antes citado, debe ser repetido por los padres en casa dos veces al día y la herida reexaminada cada 3 ó 5 días hasta sanar; ya que si la aparición de la escara (costra) ocurre entre los primeros 3 y 5 días, puede pensarse que la herida estará completamente epitelizada dentro de las dos semanas siguientes. Sin embargo, si la aparición de la escara toma más de una semana y la granulación del tejido se desarrolla en la

base, puede considerarse que el niño tiene una herida terciaria, la cual debe ser cerrada con injerto de piel.

Cabe apuntar que si el menor es alérgico a la Sulfa, Coren (1987) propone que se le administre un ungüento que puede ser aplicado a la herida; al respecto, menciona que el Nitrato de Plata (0.5%) es también efectivo.

En cuanto a las quemaduras mayores, advierte que deben ser evaluadas por el grado y extensión de las mismas; es entonces cuando se limpian y se tratan con una adecuada sedación intravenosa. Además, nota que la profilaxis del tétanos debe ser administrada, canalizándose al pequeño a la sala de cuidado intensivo del hospital, donde exista una temperatura ambiente que lo prevenga del frío. Aunado a ello, debe informarse desde el principio, que todas las quemaduras de segundo y tercer grado pueden conllevar marcas permanentes en el niño a pesar del tratamiento.

Por otra parte, los dos objetivos de la terapia operativa de acuerdo a Coren (1987), consisten en remover el tejido infectado o necrótico y proteger la herida. Lo primero, arguye, es usado para controlar o disminuir la sepsis de la herida después del fracaso tanto del cuidado de la misma, como de la terapia corriente. Indica que en algunas Instituciones de E.U., la temprana excisión de la quemadura dentro de 3 a 5 días es el tratamiento preferido no sólo para las quemaduras severas, sino también para aquellas frecuentemente asociadas con disfunción. Es así, como la protección de la piel puede proveerse en el tiempo de la excisión de una a dos semanas después, cuando el área tiene una capa sana de tejido granulado.

El autor anterior, menciona que el injerto es usado cuando amplias áreas quemadas tienen que ser cubiertas, por ejemplo, áreas móviles como la mano y áreas cosméticas como la cara. La protección con piel de cerdo o material sinté

tico, es empleada después de la separación excisional en la quemadura profunda. Después de la epitelización de la herida o curación completa del injerto, Coren- (1987), indica que un traje elástico ajustable puede ser usado principal y continuamente durante el primer año; no obstante, con el crecimiento del niño, estos trajes deben necesariamente ser repuestos dependiendo del grado de su desarrollo.

El mismo autor, señala que el tiempo de intervención entre quemadura-injerto o curación, parece ser proporcional a el grado de la contractura de la piel; por ello, una vez que todas las quemaduras exhiben algún grado de contractura, los resultados a largo plazo no pueden predecirse. Sin embargo, menciona que la temprana rehabilitación puede aligerar en grado considerable la deformidad constitucional causada por las quemaduras. Finalmente, indica que la simple pérdida de la pigmentación normal puede causar gran dolor emocional, especialmente cuando una quemadura ocurre sobre la cara o las manos; actualmente, añade, el único tratamiento disponible para ello es el uso del maquillaje.

En suma, cabe observar que la evaluación pediátrica con miras al tratamiento, juega una parte esencial en el enfoque de grupo encargado de lesiones específicas como consecuencia de maltrato; particularmente, en el caso apuntado de las quemaduras.

Por otra parte, Kempe y Kempe (1979) postulan que antes de comenzar un programa a largo plazo destinado a un infante maltratado, en especial si ha de contarse con la colaboración de los padres, hay que asegurarse de que están además dispuestos a tratarse por el bien de su hijo y a recibir toda la ayuda que necesiten. Esto, por tanto, puede impedir que saboteen el tratamiento del menor hay que mantenerles asimismo, informados de las metas que se persiguen y de los progresos realizados, de modo que se sientan también incluidos.

Los ya citados Kempe y Kempe, afirman que cuando el niño ha tenido que-

ser ingresado en el hospital por una lesión importante o cuando han sido descubiertos los malos tratos, el personal del hospital puede contribuir mucho para ayudar al pequeño inmediatamente, reconociendo el dolor, la confusión y el miedo que él no es capaz de expresar y ni siquiera manifestar en su comportamiento. Asimismo, le pueden asegurar tanto como sea posible, que sus padres van a volver y le dirán en la medida que puedan, lo que le va a suceder en el establecimiento donde se le atiende. Para ello, agregan que se designarán preferentemente a pocos cuidadores, entre los que se incluirán de ser posible un abuelo-tutor.

Cabe retomar que cuando el episodio de maltrato es en demasía, existe una característica sobresaliente; la cual, puede ser identificada durante los primeros días de hospitalización. Algunos niños manifiestan extremo espanto y otros rehuyen al contacto, llorando e intentando ocultarse bajo las sábanas. Es posible que muestren, además, un desaffó profundo a todas las manifestaciones externas; se sientan o acuestan inmóviles sin ninguna expresión facial e irresponsivos a todo intento de evocar reconocimiento de la palabra externa.

Con base en tales observaciones, el Dr. Galdston (1965) introdujo un programa de terapia, coordinando el tratamiento médico con la psicoterapia al proporcionar una interrelación de confianza entre el menor y su enfermera; produciendo así, un cambio de la pasividad a la actividad conductual, la cual conlleva un cambio en el carácter. En relación a los resultados de la terapia, Galdston notó dos diferentes respuestas: una de crecimiento en las habilidades del yo, y otra de ansiedad extrema al intentar adherirse al personal involucrado. Resumiendo el escrito de Galdston, se encuentra lo siguiente:

" Inicialmente, los niños son dejados sin molestias en la cuadra del hospital; cuando llegan a indicar cierta conciencia acerca del medioambiente a través de expresiones faciales y voz, algún contacto corporal se les ofrece. Cuando responden a él, la enfermera o asistente pro

pone más contacto y por algunos días, son llevados a la cuadra del hospital por tal enfermera quien dá la máxima cantidad de contacto corporal.

Por ello, afirma, gradualmente el menor se mueve de una pasividad total al incremento de su conducta activa; éste, es el punto en el que el cambio de personal ocasionalmente es indicado, por lo que la meta es en contrar una persona que pueda ajustar sus propias respuestas a las necesidades cambiantes del niño cuando se mueve de una pasividad total hacia una actividad torpe. Es en este estado, en el que comienza a comer; la expresión de apetito y el hecho de alimentarse, parecen estar inextricablemente unidas a un apetito de contacto con la enfermera.

En la recuperación de esta fase aguda, algunos pequeños continúan mostrando ansiedad extrema por apegarse indiscriminadamente al personal; - otros muestran una mejoría en su estado nutricional, además del crecimiento en las habilidades del ego, por lo cual al dejar el hospital, oh tienen un nivel maduro de desarrollo.

Galdston (1965), menciona que otros menores tienen una recuperación física satisfactoria, pero continúan mostrando una extraordinaria ausencia de con ducta apetitiva; no juegan con juguetes, no hablan ni inician contactos; agrega que no es que no sean capaces para ello, ya que con suficientes estímulos res- ponden. Más bien, sostiene que es posible que esas actividades estén desprovistas de placer para él.

En suma, Galdston (1965) postula que cuando un niño no recibe suficiente gratificación de sus experiencias por un periodo prolongado de tiempo, fa- lla en el intento de desarrollar y ejercer las diferentes habilidades específicas del ego.

Otra alternativa de tratamiento es indicada por Kempe y Kempe (1979), - quienes recomiendan en el caso de que el infante tenga que permanecer en el hos pital durante varios días, tratarlo cierto tiempo en ludoterapia con una espe- cialista entrenada que le proporcione oportunidades de juego; con una enfermera que muestre interés por él, que le permita expresar sus sentimientos verbalmen-

te o a través del juego.

En aquellos pequeños inmovilizados con férulas, aparatos de tracción, etc., indican que algún juego (quizá con muñecos), que sea vocalmente agresivo, les ayudará a aliviar la tensión que experimentan por estar inmovilizados y quizá también para descargar parte de su rabia por la violencia que les han infligido.

Por tanto, mencionan que de la edad de los niños y de su personalidad dependerá el grado de tales desahogos; por ejemplo, los más pequeños pueden desear tan sólo que les consuelen, les cojan en brazos y recibir afecto.

Ante tales hechos, aseguran que es necesario en el caso de que un menor pase directamente a tutela al salir del Hospital, que su correspondiente asistente social se lo explique cuidadosamente, de ser posible junto con sus padres.

El asistente social que seguirá su tratamiento en el Hospital, debe visitarlo para informarle de la casa donde van a acogerle tutelarmente y para avisar al personal de servicio en el que está ingresado, a fin de que puedan contestar a sus preguntas. Investigará también sobre el comportamiento del infante y de sus problemas, ya que cuanto más se interese por él, tanto menos solo se sentirá.

Aparte de esta terapéutica, Kempe y Kempe (1979) informan que será preciso comprobar si las lesiones han ocasionado secuelas permanentes; así, por ejemplo, si las contusiones en la cabeza han originado lesiones neurológicas. Es necesario e importante también comprobar los retrasos en el desarrollo. Un especialista en recuperación puede hacer las indicaciones oportunas sobre aquellos niños cuyo desarrollo muscular esté afectado de tal modo que no puedan correr y jugar al igual que otros niños de su edad. Asimismo, los pequeños que demuestran retraso del lenguaje, progresarán hasta cierto punto cuando mejoren las relaciones sociales, su contacto con el medio ambiente y cuando se les proporcione el tratamiento foniátrico.

Kempe y Kempe (1979), argumentan que una terapéutica individual benefi-

ciará sin duda a todo niño que haya sido objeto de malos tratos. Añaden, que es trágico por tanto, que tan sólo se pueda aplicar a una pequeña proporción de los que la necesitan, aunque se sabe que todos los menores maltratados, y no sólo aquellos cuyos casos se denuncian, tienen dificultades que afectan su rendimiento escolar, así como sus relaciones con adultos y con otros niños. En relación a ello, agregan que el tiempo que precisan los profesionales especializados, y por tanto el costo, puede restringir la ludoterapia a sólo algunos de los pequeños más afectados cuya conducta es especialmente anormal. Se trata sobre todo de niños hiperactivos y agresivos, cuyo comportamiento precisa ser apaciguado hasta cierto punto antes de que puedan ingresar en cualquier grupo o beneficiarse de otro género de tratamiento, tal como la escuela de juego terapéutico. Sin embargo, señalan que aquellos menores cuyas experiencias han sido particularmente graves, deben recibir también psicoterapia individual; entre ellos, los hay quienes han visto como su padre o su madre mataban a un hermano, o aquellos que han sido gravemente maltratados y luego abandonados por uno o ambos progenitores.

Kempe y Kempe (1979), postulan que por lo general, los niños no reciben tratamiento psiquiátrico antes de los tres o cuatro años, pero que algunos pacientes con alteraciones psíquicas más graves pueden ser tratados aunque en un programa de tratamiento con finalidades limitadas. Aseguran que existen auténticas dificultades, aunque no insuperables, para realizar ludoterapia con infantes cuyo lenguaje es muy limitado y difícil de entender; debido en primer lugar y sobre todo, al hecho de que proporcionar una relación estable, fiable y comprensiva no depende en primer término de palabras, sino de respuestas congruentes con los sentimientos del niño, en cuanto pueden ser captados a través de su comportamiento. Un terapeuta, puede llegar gradualmente a entender las comunicaciones del menor, vocalizándolas y observando si las confirma o niega. Ya que -

muchos de los que son maltratados tienen dificultades con el lenguaje, Kempe y Kempe (1979), indican que el juego tiene que ser el medio de comunicación, y resulta notable cuánta información puede lograrse sobre la vida de un pequeño a través del juego infantil con muñecos o animales de juguete. Aseguran que puede transcurrir mucho tiempo hasta que se muestre dispuesto a manifestar cosas de su vida familiar, pero mucho antes de eso, el terapeuta puede demostrarle que entiende y acepta los sentimientos que expresa mediante los muñecos, lo cual le proporciona la confianza de que sus sentimientos serán también aceptados.

Por tanto, agregan que en la ludoterapia individual, al igual que en cualquier forma de psicoterapia para menores maltratados, son importantes las vacaciones y los cambios en el tiempo de las citas. No obstante, señalan que lo primero que hay que procurar es el establecer confianza; ya que generalmente, lleva mucho tiempo y un gran esfuerzo lograr que el pequeño se confíe, advirtiéndole y explicándole cualquier ausencia. Aún cuando muchos de los niños mayorcitos (de 5 a 8 años) que han sido tratados en consulta por Kempe y Kempe, no pueden dar signos manifiestos de que la relación con el terapeuta es importante para ellos, se muestran siempre ansiosos de llegar a las sesiones terapéuticas y su interés por las horas de tratamiento es mucho mayor que su limitado reconocimiento de las mismas.

Los autores aludidos, indican además que la dificultad que sienten los menores para superar su desconfianza se revela generalmente por el modo tan rápido que tienen de aceptar frustraciones, como confirmación de las desilusiones que constantemente esperan. Aseguran que tales infantes, con frecuencia interpretan de un modo equivocando algo que se hace en beneficio suyo, creyendo que el terapeuta lo hace por su propia conveniencia. Asimismo, argumentan que en ocasiones los padres animan al niño a desconfiar de sus terapeutas, porque temen que cualquier problema que éste revele pueda ser utilizado contra ellos y conducir por

tanto, a la separación. Afirman que en muchos casos, esto puede suponer un importante obstáculo de tratamiento, ya que proporciona al pequeño una gran perplejidad en cuanto a lo que debe creer, pudiendo pensar que no tiene que hablar de nada a su terapeuta. Cuando no se supera esta dificultad porque los padres rehusan discutirla, Kempe y Kempe mencionan que el terapeuta sólo puede demostrar al niño, mediante su comportamiento, que es digno de confianza, y a los padres que no quiere hacer nada que pueda afectar a los lazos familiares.

Debido a lo señalado anteriormente, advierten que la misión principal y constante del terapeuta debe ser la de mantener una sólida imagen de la realidad en el cuarto de juegos: clara y adecuada al pequeño paciente, para que ésta se contraste con su mundo fantaseado y su experiencia del mundo exterior; esto, le va a hacer más claro al niño lo inconsistente de su mundo familiar, abriendo le el camino a nuevos modos de comportamiento.

Por otra parte, cabe apuntar que los niños agresivos como lo son muchos de los que son maltratados, de acuerdo a Kempe y Kempe (1979), reaccionan con frecuencia con un comportamiento desorganizado a aquello que parece ser una angustia insuperable, límite con el pánico. Aseguran, que resulta notable observar con que frecuencia estos infantes, tras algunas horas de terapia, abandonan su hiperactividad a la puerta del cuarto de juego y son capaces de comportarse de un modo relativamente normal; por ello, estas primeras horas de ludoterapia suelen dedicarse a imponerle límites, lo más tranquilamente que se pueda (a veces, el terapeuta tiene que sujetar al que ataca o intenta escaparse), hasta que llegue a darse cuenta de que no será objeto de agresiones y de que ningún rechazo seguirá a su mal comportamiento. Al cabo de un rato, se observa que el comportamiento agresivo y malhumorado del menor durante la terapia es sustituido por una tristeza subyacente, sentimientos de privación afectiva y demanda de cariño, todo lo cual le resulta más difícil de soportar. Aunado a ello, -

terpretaciones, muestra una marcada mejoría en su actuación en otros lugares.

Kempe y Kempe (1979), detectan que los niños dóciles, retraídos, cuando están en tratamiento, tienden a manifestar los mismos sentimientos que los menores agresivos, revelando su ira cuando se dan cuenta de la seguridad que les -- ofrece el cuarto de juego y expresando su depresión y privación afectiva subyacente. Por tal motivo, aseguran que el terapeuta tiene que ayudarles a enfocar la realidad y a reconocer distorsiones e incongruencias.

Otra opción enfocada al tratamiento de los niños maltratados, sostenida por Kempe y Kempe (1979), es la referente a la escuela de juego terapéutico. -- Afirman que en ella, pueden ayudarse a los menores a enfrentar problemas diversos como los de adaptación a la escuela y a otros niños, desarrollo intelectual, fomentar las motivaciones positivas, incapacidad para controlar el comportamiento y para comunicarse, etc.. Esta clase de escuela, añaden, no precisa demasiado material, distinguiéndose por su espíritu más bien que por su equipo. En primer lugar, mencionan que proporciona un "santuario" en el que, durante un determinado número de horas a la semana, un infante que ha sido maltratado puede tener una confianza total en su seguridad y en la aceptación que encuentre. Señalan que puede costarle meses llegar a confiar en el personal y en los demás niños, pero una vez que lo ha conseguido, el resto del programa es aplicable más eficazmente. La confianza, por tanto, se establece de muchos modos; se basa sobre firmes rutinas que alivian al menor del esfuerzo de tener que prever qué es lo que va a suceder en el momento siguiente. Por ello, agregan que el comportamiento del personal tiene que ser también predecible, y ha de establecer claramente sus expectativas acerca de cada infante y las razones de éstas. Ello, -- afirman, le ayuda a comprender qué piensan los demás de él y le permite comportarse con ellos de un modo claro y ordenado, quizá por primera vez en su vida.

En efecto, Kempe y Kempe (1979) aseguran que esta escuela realiza con un

pequeño de 3 años lo que una madre ideal habría hecho cuando su hijo tenía 18 meses; interpreta en palabras (convirtiendo así a éstas en parte de sus instrumentos útiles para la vida) las actividades sencillas del menor y sus interacciones, ayudándole a transformarlas en experiencia que puede ser comprendida. -- Con estos medios, agregan, los niños comienzan a sentir que su comportamiento producirá resultados con los que pueden contar y que, por ello, poseen cierto control sobre lo que les sucede; aprenden también, que lo que los miembros del personal dicen y hacen es lo mismo y que puede también contar con ellos.

Aseguran que por lo general, antes de que pueda desarrollarse esta previsibilidad y esta confianza, un pequeño en edad preescolar necesita aprender a expresarse y a ver que su comportamiento y su lenguaje son aceptados con comprensión, si no con aprobación. Al respecto, apuntan que muchos de ellos llegan al colegio sin haber experimentado la plena atención de un adulto cuando expresaban sus propios sentimientos. Añaden que en cambio, en la escuela un menor encuentra que sus impresiones son tomadas en serio y que pesan en una decisión. -- Por tanto, los niños maltratados no han aprendido con frecuencia, en absoluto, a expresar cualquier clase de sentimiento; en contraste, han tenido que ahogar incluso las manifestaciones más elementales de dolor o daño físico y precisan se les anime a expresarlas mediante el llanto o las palabras.

Descubrir que su resentimiento o su rabia son admitidos sin un castigo inmediato, constituye una experiencia nueva y, al principio, aterradora; para algunos infantes maltratados, resulta difícil creer que su rabia puede ser comprendida e incluso perdonada. Un menor así, de acuerdo a Kempe y Kempe (1979), comienza a darse cuenta de que también tiene sus derechos y que el profesor le ayudará a encontrar un modo de protegerlos. El personal, por tanto, tiene que ayudar a aquellos que sólo han aprendido un comportamiento agresivo, a distinguir entre una protección adecuada de sí mismos o una ira justificada y las téc

nicas violentas que pueden haber desarrollado como el mejor modo de ir saliendo adelante en un mundo en el que el único derecho es la fuerza.

Los anteriores autores, observan que la mayoría de estos infantes que han sufrido por agravios o negligencias, son capaces de relacionarse en un principio con uno de los adultos, el cual puede ayudarles activamente a sentirse seguros en el colegio con otros niños. Agregan que un pequeño recién llegado, puede mostrar primeramente apego a aquella persona con la que se siente más a gusto; por ello, hay que animar esta clase de apertura siempre que sea posible, a fin de que gradual y cuidadosamente, se vaya estableciendo una base de confianza, a partir de la cual el menor pueda desarrollar una conciencia de su individualidad e identidad, con cierto grado de respeto de sí mismo y un sentido de valor. Por ello, agregan que estas tareas han de llevarse a cabo, al menos en parte, antes de que el niño pueda adaptar razonablemente su comportamiento a los acontecimientos cotidianos, y de que se muestre dispuesto a explorar las oportunidades de aprender que son parte del juego infantil y que le preparan para la experiencia escolar. Postulan que debe tenerse en cuenta, que en muchas circunstancias suelen estar gravemente retrasados en su desarrollo y que, cuando se les dirigen preguntas o se les pide que hagan algo, es probable que sus respuestas se encuentren deformadas por la ansiedad de su realización. Por este motivo, subrayan que es necesario proporcionarles una especial experiencia de atender tareas, de tal modo que el impacto emocional provocado por alguna pregunta o por la realización de alguna misión no sea demasiado intenso. Al respecto, enfatizan que cuando un infante posee suficiente experiencia para realizar pequeños trabajos y no es criticado o castigado por fallas, se hallará más dispuesto a seguir ensayando y llegará gradualmente a considerarlos como fines en sí mismos, y no sólo como medios para obtener aprobación y atención. En los menores que encuentran esto difícil, advierten que es mejor ir incorporando ta-

les actividades poco a poco en el programa de la escuela y sólo cuando gozan de la seguridad suficiente para tolerar fallas. Las actividades escogidas deben, - por ello, ser también sencillas y adecuadas a su nivel de realización, más que a su edad cronológica, ya que los éxitos tempranos son importantes para infundirle valor y confianza.

Asimismo, sostienen que pueden existir otros retrasos evolutivos o bien ausencia de algunos aspectos de la experiencia que hacen que un niño maltratado o descuidado esté mal preparado para abrirse paso dentro del grupo, o incluso - para utilizar las capacidades físicas más sencillas. Increíblemente, muchos no han tenido la experiencia de jugar con juguetes, ni incluso de utilizar sus propios cuerpos para jugar. Para ellos, observan que puede ser nueva la oportunidad de correr, brincar y trepar, y pueden tener que superar primero su torpeza y su miedo antes de hacerlo. La desaprobación del juego por parte de los padres, como algo frívolo o sucio, puede haber coartado su capacidad para utilizar los juguetes y les hace difícil sentirse libres para disfrutarlos. Ver cómo los profesores juegan y disfrutan como si ellos fuesen también niños, puede constituir una revelación que les abra nuevas oportunidades.

Por otro lado, Kempe y Kempe (1979) afirman que los mismos principios de asistencia a los menores maltratados pueden aplicarse, en distintos grados en - cualquier escuela maternal o centro infantil de día. La ventaja de las escuelas maternales corrientes, señalada por los mismos autores, consiste en que ofrecen a los niños maltratados un contacto diario con otros que no lo han sido y que representan modelos de interacción normal, del mismo modo que los profesores. Por tanto, lo que se precisa en un centro así es un adulto que se halle es pecialmente a disposición del infante maltratado, de tal modo que éste comience a establecer una relación y a interpretar su nuevo ambiente.

Aunado a lo anterior, advierten que debe ponerse a disposición del esco

lar mayorcito alguna clase de ayuda individual, cuando se sabe que sus padres - reciben tratamiento, y que no existe plan terapéutico alguno para él. Con frecuencia, es posible que alguien perteneciente al personal del colegio (un profesor, asistente social, enfermera) o ya sea de fuera, por ejemplo un terapeuta - auxiliar, disponga con regularidad de tiempo, para dedicarse al niño; el cual, es entonces libre de hablar, jugar y desarrollar la oportunidad de confiarse y unirse a alguien. Indican que esta relación, no ha de ser tratada a la ligera - por un adulto y no debe cesar bruscamente; se debe permitir al menor la oportunidad de concluirla, si así lo quiere.

Los programas basados en la representatividad, como los de Hermano Mayor y Hermana Mayor utilizados en Denver, Colorado, pueden proporcionar éste valioso servicio (Kempe y Kempe, 1979). Al igual que todos los llevados a cabo - por personal voluntario, tienen que estar bien supervisados, de modo tal que - sean adecuadamente comprendidos los problemas del niño y existan salvaguardas - para éste y no quede abandonado; por ello, se precisa la colaboración de los padres o custodios.

El tratamiento de preadolescentes o adolescentes en terapia de grupo, - en casos de malos tratos o de negligencia, ha sido muy limitado de acuerdo a - Kempe y Kempe (1979). En el Centro Nacional de Denver, un grupo de niños en - edad escolar, de 5 a 11 años, con antecedentes de malos tratos y negligencia, se ha reunido una vez por semana con dos psicoterapeutas, una mujer y un hombre, - efectuando actividades libres o estructuradas, merendando juntos y hablando. - Los citados autores, manifiestan que es impresionante ver cómo ha aumentado la - capacidad de tales menores, tan emocionalmente dañados, para relacionarse entre - sí; ya que, su comportamiento en la escuela que era anteriormente demasiado retraído o excesivamente agitado, ha demostrado generalmente una considerable - mejoría. Desde luego, señalan que el empleo de tratamiento en grupo en lugar de -

psicoterapia individual parece muy prometedor, pero hasta que sepa mejor qué mó todos son más eficaces y por qué lo son, no podrá ofrecer tal terapia de grupo - una considerable economía de tiempo y de personal.

Por lo tanto, se apoya lo confirmado por Velazco Alzaga (1983), quien - postula que en la intervención general con los niños, la estrategia debe consig tir primordialmente de apoyo lúdico y psicopedagógico. Para ello, añade que deben tenerse como objetivos el apoyo al yo, el incremento de las funciones autó- nomas del mismo mediante la confrontación de los recursos adaptativos, disminu- ción de la ansiedad, incremento de la autoestima y elaboración de aspectos de-- presivos.

Aunque ya han sido indicadas diversas alternativas de tratamiento en ca sos de maltrato infantil, específicamente cabe anotar algunas medidas empleadas en episodios de maltrato sexual.

En general, se considera que después de identificar a la víctima impli cada en esta clase de maltrato, todo profesional relacionado con el caso debe - esforzarse en minimizar los daños, tanto físicos como psicológicos a través de un tratamiento adecuado y oportuno.

Dentro del tratamiento de las lesiones físicas, Muram (1986), nota respec to a la presencia de hematoma vulvar, que en muchos niños, la contusión de la vulva no requiere de tratamiento especial. Agrega que cuando es pequeño el hema toma, éste puede usualmente ser controlado al aplicar presión con compresas --- frías; o sea, aún una hinchazón masiva de la vulva comúnmente baja pronto cuando se aplican compresas frías y presión externa.

Sin embargo, menciona que un gran hematoma (particularmente si continúa incrementado de tamaño) debe ser cortado. Por ello, la sangre coagulada es remo vida y los puntos de sangrado son identificados y ligados. Si el curso de sangra do no puede ser visto, sugiere que la cavidad sea comprimida con gasa y que una

presión firme se aplique. Por ello, la compresa debe ser removida al día siguiente aunque el paciente continúe observando recurrencia de sangrado.

En suma, el área vulva debe ser mantenida limpia y seca, y de acuerdo al citado autor se considera prudente prescribir antibióticos como profilaxis cuando se trata a un menor con un hematoma vulvar grande, particularmente si ha sido cortado, sugiriendo además, la gran utilidad de los baños de asiento para remover secreciones y contaminantes.

En cuanto a lesiones vaginales, agrega que cuando la laceración es limitada a la mucosa vaginal ésta es tratada con fino material de suturación; además de que todos los puntos de sangrado son ligados y la hemorragia es controlada. Sugiere asimismo, que cuando un vaso sanguíneo no es ligado y la mucosa vaginal no es reparada, un hematoma en las paredes vaginales ocurre. En tal caso, afirma que si el sangrado ha cesado espontáneamente, ningún otro tratamiento es necesario excepto de analgésicos y de observación, ya que el coágulo de sangre se resorbe y la inflamación desaparece. Sin embargo, sugiere que si el sangrado continúa, la laceración reparada necesita ser reabierto, el coágulo de sangre evacuado y los puntos de sangrado ligados.

En relación a mordeduras de genitales externos, Muram (1986) recomienda la aplicación de inmunización antitetanos, la cual debe ser administrada si el niño no ha sido inmunizado anteriormente. Señala la conveniencia de utilizar en el tratamiento los antibióticos que ofrezcan un amplio y adecuado alcance; por ejemplo, medicamentos como la penicilina en combinación con penicilinasa (penicilina resistente). Agrega también, que el uso de otros agentes antibióticos puede ser necesario, dependiendo de la sensibilidad resultante.

Por otra parte, Marcovich (1981) afirma que una labor humana a tiempo sobre las emociones complejas y las relaciones distorsionadas del menor es adecuada, ya que un descubrimiento tardío, después de la aparición de graves sínto

mas es mucho menos satisfactorio.

En relación a ello, McCary (1984) indica que un abuso sexual único particularmente no violento, como un encuentro pädofílico parece no causar daño en exceso a infantes normales que viven con padres capaces de proporcionarles seguridad. Kempe y Kempe (1979), añaden también que puede ocurrir que el suceso tenga que ser psicoterapéuticamente elaborado con el niño de cuando en cuando, con el apoyo activo y cariñoso de los profesionales y de los padres. Asimismo, H. Kempe (1981), observa que el incidente debe ser discutido y explicado en un nivel apropiado a la edad del menor, planteando todas las dudas; ya que las advertencias impetuosas como "No dejes que nadie te toque allí", ó "Todos los hombres son bestias", no son de ninguna utilidad.

Por otra parte, de acuerdo a Marcovich (1981), otra forma de contribuir al tratamiento en casos de maltrato sexual es a través de los grupos Hijas Unidas existentes en Denver, Colorado; los cuales están formados por adolescentes víctimas del incesto, quienes viven con el temor de ser descubiertas. Tales grupos, se comunican con otros existentes en la comunidad y ofrecen, según Marcovich, ayuda a través de medios voluntarios fuera del sistema legal o médico.

En todo caso, H. Kempe (1981) añade que el tratamiento para el incesto debe proponerse tres objetivos fundamentales:

1. Poner fin a la práctica,
2. Proporcionar un tratamiento individual y posteriormente psicoterapia - de grupo a la víctima, ya que
3. Sólo se podrá juzgar que el tratamiento ha tenido éxito, cuando años después, la víctima haya crecido y no esté afectada emocionalmente. Esto, conlleva el darle la oportunidad de curar las heridas, crecer como una persona íntegra y tener la facultad de gozar de una vida sexual normal.

### 3.2.2 Tratamiento dirigido a Padres o Custodios.

Como ya se ha constatado, es evidente que el tratamiento no debe limitarse a la víctima de la conducta violenta, es necesario atender a los agresores; es decir, a los padres o custodios generalmente, a fin de que modifiquen su conducta y se pueda llevar a cabo su rehabilitación. Tal afirmación, es apoyada -- por el hecho de que la solución a este problema tan importante no es el castigar al ser humano agresor, sino manejarlo de acuerdo a Marcovich (1981) como un enfermo; esto es, como una persona que necesita ayuda, por lo cual se deben buscar las causas que están condicionando estas actitudes en contra de sus propios hijos.

De este modo, la parte principal del tratamiento que se realice con los padres o custodios, debe tener como objetivo evitar un abandono y/o maltrato ulterior del niño y aliviar o corregir aquellos problemas que condujeron a dicha situación. También debe proponerse el preservar el hogar, de modo que las necesidades del infante puedan ser satisfechas adecuadamente en el seno de su familia biológica. Es por ello, que cualquier enfoque de tratamiento hacia la protección del menor ha de incluir la proposición de que el padre o custodio que maltrata necesita comprensión, por poco que sea el cariño que pueda inspirar.

Por lo tanto, y tomando en consideración los diferentes objetivos que se propongan, la terapéutica dirigida a los custodios se ha enfocado desde diferentes puntos de vista.

Desde la perspectiva médica, Feigelson (1985) ha observado que algunos programas de tratamiento consideran que el maltrato infantil es una enfermedad. El enfermo es el padre o custodio, y aunque el hijo muestre los síntomas, la forma de curarlo es tratando al causante de los mismos. Asimismo, arguye que de acuerdo a este enfoque, la mayoría de los padres necesitan mucha ayuda y apoyo. Es indudable por ello, que la madre que no tiene confianza en sí misma puede recibir ayuda; sin embargo, el médico supone que si se quiere terminar con --

el abuso del menor, se tendría que proporcionar a cada uno de los padres problemáticos la ayuda terapéutica necesaria. Este enfoque, también pone énfasis en la adaptación del individuo, aunque pasa por alto los problemas sociales como insuficiente dinero, mal alojamiento, condiciones difíciles de vida, mala comida, poca asistencia médica, ninguna recreación, etc., aduciendo según Feigelson que no son susceptibles de tratamiento.

Por otra parte, y en todo caso, cuando se presumen malos tratos H. Kempe (1981), indica que resulta sumamente útil un exámen psiquiátrico de los padres, los cuales han de responder a las siguientes 5 preguntas:

- ¿Cómo ven a su hijo?,
- ¿Qué esperan de él?,
- ¿Cómo fueron educados ellos?,
- ¿Hubo una crisis personal o familiar en el momento del accidente? y,
- ¿Reciben ayuda de los amigos y de los familiares en los periodos difíciles?.

Una vez que se ha realizado dicho exámen, Osorio y Nieto (1983) suponen la necesidad y conveniencia de tratar psiquiátricamente a los adultos agresores ya que se cree que mediante dicho manejo, es posible elevar tanto su propia estima, como crear y desarrollar valores éticos, sociales y familiares sólidos, de tal suerte que cumplan su misión frente a los niños con afecto, madurez y responsabilidad.

En relación a ello, Steele agrega "que es importante que se aplique una terapéutica individual; como piscoterapia intensiva o breve. No obstante, en lugar de psicoterapia o junto con ella puede haber consejo o consultoría individual". (5) Referente a lo anterior, Palomares (1983) menciona que el padre o custodio debe estar convencido de que puede confiar en las personas, además de saber que quienes lo van a ayudar, están disponibles para brindarle la atención que necesita. Al respecto, frecuentemente es conveniente proporcionar ayuda cog

nitiva; es decir, instruir a los custodios acerca de cómo ofrecer atención al menor, dándoles a conocer algo concreto acerca del comportamiento y desarrollo infantil.

Asimismo, Kadushin y Martin (1985) señalan que existen dos maneras de abordar la situación de maltrato para lograr un cambio y promover la prevención y/o mejoramiento del custodio. Uno de esos enfoques es el psicoterapéutico, el cual procura cambiar a los agresores, fortaleciendo su capacidad para manejar la tensión, al modificar las pautas con que le hacen frente. Se intenta por tanto, lograr los cambios mediante la educación, la modificación del comportamiento, las organizaciones de autoayuda y a través de consejos, trabajo social específico, psicoterapia y experiencias en grupo.

El segundo enfoque general también citado por los autores anteriores, es el orientado a la socioterapia, el cual procura reducir la tensión tratando a la familia que maltrata, mediante la provisión de servicios sociales, apoyos comunitarios, y oportunidades más amplias. Para llevar a cabo éste tipo de enfoque, se emplean guarderías, servicios de ayuda doméstica, crianza sustituta, programas de mantenimiento del ingreso, niñeras, padres afectivos, oportunidades de empleo y provisión de viviendas más adecuadas. En el caso de programas multidisciplinarios más extensivos, Kadushin y Martin afirman que se recurre conjuntamente a ambos enfoques, el psicoterapéutico y el socioterapéutico.

Kempe y Kempe (1979), dan una explicación más detallada en relación al primer enfoque, agregando que la psicoterapia está destinada a ayudar a los padres a superar su propia historia anterior deprimente o devastadora, a fin de que sean capaces de amar y cuidar a su hijo. Por ello, mencionan que un tratamiento a largo plazo puede implicar una relación con un asistente social que proporcione apoyo de índole práctica y también emocional, con un psicoterapeuta que le permita al progenitor en cuestión confiar y sentirse valorado como indivi

duo, a la vez que se explora su pasado en una o dos sesiones por semana. De acuerdo a los autores antes citados, este curso es más complicado y con frecuencia más difícil de aceptar por el sujeto que el tratamiento de emergencia. Sin embargo, indican que es evidente que en esta terapéutica ha de basarse toda esperanza en reducir la incidencia de los malos tratos; esto es debido a que tales padres maltratadores, desconfían por varias razones de una psicoterapia exploratoria. Debido a ello, pueden creer que si la siguen se les etiqueta de locos, lo cual puede interferir con su vida particular y su autonomía, o que expresarse francamente sobre sus sentimientos y su pasado les expondrá a medidas por parte de autoridades hostiles.

Por tal motivo, agregan que tal psicoterapia exige un nivel de estructuración y de confianza, que muchos padres no pueden lograr. Por tanto, se necesita mucho tiempo, lo cual supone que los psicoterapeutas disponibles no podrán tratar más que una pequeña fracción de los clientes potenciales. Aparte de ello, advierten que la psicoterapia en sí, no es probablemente un tratamiento adecuado para muchos de estos padres y madres, ya que el verse con claridad dentro de la propia situación caótica, sin contar con una ayuda práctica para enfrentarla, puede ser algo abrumador. Por estos motivos, han tenido que emplearse toda clase de alternativas de la psicoterapia clásica a fin de ayudar a los progenitores que maltratan a sus hijos. El hecho de que tales familias elijan la psicoterapia a pesar de las múltiples razones para no hacerlo, muestra de acuerdo a Kempe y Kempe, cuán intensamente desean ser buenos padres y su buena disposición para hacer cualquier cosa con el fin de que sus hijos vuelvan al hogar y mantenerles junto a ellos.

Cabe destacar lo señalado por los mismos autores, relativo a que ninguna terapéutica puede operar si aparece como rechazante, cargada de críticas o no fiable. Los custodios que tienen necesidad de ella, son enormemente sensi-

bles al rechazo, y precisan con desesperación de una relación auténtica y prolongada con un adulto amistoso. Añaden, que todas las clases de psicoterapia que existen se desarrollan sobre esta base, ya tengan lugar en forma individual o de grupo, en un programa residencial que comprenda a toda la familia o en un Hospital Psiquiátrico para aquellos padres o custodios que están tan enfermos por el abuso de drogas, alcoholismo o psicosis que no puedan vivir fuera de tal establecimiento.

Con la finalidad de describir el enfoque psicoterapéutico, es preciso recordar que los padres o custodios que maltratan o descuidan a sus hijos han sufrido, por lo general, tanto privación afectiva como traumas en sus vidas; por ello, Kempe y Kempe (1979), arguyen que un tratamiento que persiga una vaga finalidad, tal como " capacitar al paciente para actuar normalmente " ó " hacerle más feliz " esperando además que dicha meta pueda ser alcanzada con bastante rapidéz, dejará disgustados y frustrados al terapeuta y al paciente. Por tales motivos, puntualizan que el tratamiento debe ser emprendido pensando en finalidades muy específicas y, a no ser que pueda dedicarse un prolongado periodo de tiempo, deben plantearse metas concretas y limitadas que no supongan el descubrimiento de necesidades profundas ocultas o que daten de periodos muy tempranos de la vida, y que el psicoterapeuta no pueda hacer mucho por llegar a satig facer. Argumentan, que aunque es cierto que algunos pacientes han sido tratados con mucho éxito mediante psicoanálisis o psicoterapia intensiva de orientación psicoanalítica, proseguidos durante años, estos éxitos parecen corresponder siempre a una pequeña minoría, ya que son muy pocos los psicoterapeutas calificados para emprender este género de terapia y no todos los pacientes, están en una posición que les permita beneficiarse del mismo. Para conseguir provecho con esta terapéutica, añaden, los pacientes han de ser capaces de introspección y de buena disposición para exponerse a lo desagradable que es explorar sus pro-

pias y dolorosas historias, lo cual supone que estarán más intensamente motivados que la mayoría. Asimismo, los pacientes lo suficientemente afortunados para poder realizar este tratamiento, pueden ser ayudados para resolver su ambivalencia con sus propios progenitores y para ver cómo sus experiencias afectan las relaciones con sus hijos. Por ello, un padre o una madre tratados con éxito -- pueden separar a su hijo de la identificación patológica que involuntariamente le han dado, y considerarle y tratarle de un modo más de acuerdo con la realidad.

Por las ideas antes expuestas, Kempe y Kempe observan que las metas de la psicoterapia han de ser más superficiales o inmediatas que ésta; tomando en cuenta la situación del paciente en la vida, su habilidad para expresar con precisión sus sentimientos, su capacidad de cambio y, asimismo, su disposición para aprovechar el apoyo que se les ofrece. Añaden a lo anterior, que también ha de tenerse en cuenta el tiempo del que dispone el terapeuta y sus dotes para la clase de tratamiento que parece requerirse.

Además, aseguran que una meta inmediata y práctica que puede ser adecuada, consistiría por ejemplo, en ayudar a los padres a relacionarse con más soltura con otros adultos, de modo que puedan desarrollar contactos satisfactorios y obtener ayuda personal sin tener que apelar a sus hijos para encontrar comprensión y apoyo. O bien, afirman que el tratamiento puede enfocarse sobre realidades prácticas, sin necesidad de descubrir sentimientos ocultos de dependencia; o aplicarse para cambiar una pauta particular de comportamiento, tal como la -- tendencia de algunas madres jóvenes a establecer sucesivamente relaciones con -- hombres de inclinaciones sádicas, exponiéndose a sí mismas y a sus hijos a malos tratos.

Por tales motivos, advierten que antes de iniciar cualquier clase de -- psicoterapia hay que establecer un diagnóstico, no solamente del paciente sino-

de toda su familia. Es de interés vital comprender la relativa energía de que disponen el marido y la mujer, además de su interacción; y considerar cómo se deforma el equilibrio emocional entre ambos al entrar en conflicto las mutuas necesidades, con lo que quizá quede implicado el hijo como objetivo sobre el que se descarga la tensión. Si es posible, resulta por lo general útil tratar a los dos cónyuges; debido a que invariablemente son ambos los que pueden estar implicados en los malos tratos al niño, es benéfico que a los dos se les proporcione idéntica oportunidad para madurar y ajustarse al cambio. Mencionan que en ocasiones, ambos pueden asistir a una psicoterapia de grupo de parejas mientras que el cónyuge que está más profundamente afectado, recibe también psicoterapia individual. En otros casos, señalan que es oportuno que dos psicoterapeutas (uno de cada sexo) trabajen con ambos juntos, a fin de poner en claro cómo su mutua relación puede ser la fuente de frustraciones que se descargan directamente sobre el menor.

En general, indican que en la psicoterapia marital ambos progenitores aprenden cómo expresar sus mutuos sentimientos, cómo escuchar y responder abiertamente, lo que contribuirá en gran medida a resolver problemas que jamás podrían haber sido reconocidos.

De acuerdo a los ya citados Kempe y Kempe (1979), la terapéutica en grupo sola o combinada con psicoterapia individual, puede lograr mucho éxito, sobre todo cuando el grupo está constituido por parejas más que sólo por madres o padres individuales. Además, afirman que sobre todo los hombres, encuentran aceptable este sistema, debido a que sienten menos tensión cuando pueden utilizar la magnitud del grupo para modificar la implicación y cuando están presentes otros hombres a los que pueden unirse para defender el punto de vista masculino.

Cabe señalar que en México existen muchos grupos de autoayuda, por ejem

plo Padres Afectivos; sin embargo, se hace necesario que dichos grupos estén conformados por madres, padres o parejas, cuya finalidad sea primordialmente educativa, organizando reuniones para enseñar y discutir la información que precisen sus integrantes, a fin de comprender el desarrollo infantil y el cómo enfrentarse con las inevitables dificultades que trae consigo la crianza y educación de los hijos. Tales reuniones, pueden ser muy eficaces si los participantes procuran convertirse auténticamente en grupos interactuantes y coherentes, estando dispuestos a concentrar su atención sobre las capacidades propias de los padres. En todo caso, siempre debe tenerse en cuenta que los miembros pueden necesitar otros métodos de elaborar sus dificultades individuales a fin de ser capaces de asimilar lo que aprendan en este campo tan cargado emocionalmente.

Kempe y Kempe (1979), menciona que en E.U. existen grupos de discusión, los cuales están dirigidos por dos profesionales. Indican que cuando tales profesionales son auténticamente coherentes y dignos de confianza, pueden prestar mucho apoyo y permitir la confrontación entre sus miembros, al igual que los Padres Anónimos. Asimismo, agregan que tienen la ventaja de que los integrantes reaccionan en muchas ocasiones ante los profesionales que dirigen el grupo como lo hicieron con sus padres, lo cual ayuda a poner de manifiesto las dificultades que ellos mismos sufrieron durante su infancia. Ambos psicoterapeutas pueden, por tanto, ayudarlos en las dificultades que con frecuencia encuentran para relacionarse positivamente con dos personas al mismo tiempo, y para conciliar sentimientos buenos y malos sobre un mismo individuo.

Como tentativa para intensificar el efecto de los diversos tratamientos terapéuticos aplicables, los mismos autores han probado la eficacia de un cierto número de Programas Residenciales en Denver, Colorado (E.U.). Señalan que ta los programas están limitados a madres solas y a sus hijos; otros incluyen ma-

dres casadas que acuden con sus niños; otros alojan a toda la familia, viviendo el padre allí con todos los miembros, pero continuando normalmente su trabajo; por tales motivos, el tiempo de estancia puede variar entre uno y seis meses. - Añaden que por lo regular, el periodo de estancia es de 3 meses, tiempo en el cual se intenta ofrecer una serie de tratamientos con la máxima intensidad que puede utilizar una familia, continuando luego con una terapéutica en régimen ex terno durante un plazo prolongado.

Afirman por ello, que un centro residencial permite ofrecer asistencia a una familia en la que los menores son maltratados; el pequeño, que de otro modo estaría sujeto a tutela puede así vivir en el centro y pasar periodos gradualmente crecientes con sus padres cuando estos vuelven a hacerse reponsables de su cuidado. Asimismo, durante su estancia en la residencia, los padres pueden observar a sus hijos mientras son atendidos por el equipo de profesionales, y sin excesiva presión, pero sí con algo de enseñanza no formalizada, pueden llegar a adoptar métodos mejores de los que venían usando. Por tanto, un programa de este tipo tiene la ventaja de mantener juntos a padres e hijos, estimulando la formación de vínculos afectivos y revelando qué familias van a experimentar cambios.

Kempe y Kempe (1979), utilizan además encuentros formales padre-hijo como medio para proporcionar a los padres ayuda individual con sus niños. Aparte de esto, y también de la psicoterapia y de un cierto grado de enseñanza directa, efectúan reuniones sociales y ayudan a desarrollar capacidades en actividades del hogar, economía doméstica, trabajo universitario, enseñanzas especiales o actividades relacionadas con distintas aficiones.

Cabe destacar de acuerdo a los mismos autores, la existencia de psicólogos y psicoterapeutas, los cuales tienen la oportunidad de aprender cómo se desarrolla la vida en situaciones potencialmente de maltrato y cómo se generan

las crisis.

De esta manera como ya fué mencionado, dentro del enfoque psicoterapéutico, varios tipos de intervención y tratamiento se han centrado en ayudar a -- los padres o custodios a reducir la necesidad de implementar el castigo corporal. Uno de tales tipo de intervención, proviene del punto de vista del Aprendizaje Social; el cual postula que entre los factores que contribuyen al maltrato infantil, frecuentemente se encuentra la falta de habilidades por parte de los padres o custodios en usar técnicas consistentes, positivas y efectivas para educar a sus hijos, así como deficiencias en el manejo de situaciones de disciplina. Por tal motivo, Crozier y Katz (1979) puntualizan que el objetivo del tratamiento basado en los métodos de aprendizaje social, es el de enseñar a los padres medios más efectivos y positivos de educar y aplicar la disciplina.

Respecto a ello, Kempe y Kempe (1979) apuntan que uno de los más prometedores procedimientos para trabajar con progenitores de menores de 3 años, es el observar directamente e intercambiar acciones entre el progenitor y el infante; lo cual puede hacerse cuando los propios padres se están tratando ya con éxito. Los psicoterapeutas de los padres y los que trabajan en las antes citadas interacciones padre-hijo pueden colaborar de manera muy provechosa; aunado a ello, -- la información de cómo era tratado en su infancia el progenitor correspondiente puede ser útil para comprender el modo de actuar con sus propios hijos.

Con la finalidad de conocer más acerca de tal procedimiento terapéutico, los mismos autores señalan que habitualmente es necesario establecer toda la -- historia del desarrollo del niño, los problemas que afectan a los padres y los procedimientos utilizados hasta entonces para resolverlos. Por tal motivo, los padres, el menor y el psicoterapeuta pueden primeramente permanecer juntos en el -- cuarto de juego, de modo que los custodios se ajusten bien a la situación; el -- psicoterapeuta puede por tanto, enseñar a los padres modos más eficaces y conve

dres casadas que acuden con sus niños; otros alojan a toda la familia, viviendo el padre allí con todos los miembros, pero continuando normalmente su trabajo; por tales motivos, el tiempo de estancia puede variar entre uno y seis meses. - Añaden que por lo regular, el periodo de estancia es de 3 meses, tiempo en el cual se intenta ofrecer una serie de tratamientos con la máxima intensidad que puede utilizar una familia, continuando luego con una terapéutica en régimen ex terno durante un plazo prolongado.

Afirman por ello, que un centro residencial permite ofrecer asistencia a una familia en la que los menores son maltratados; el pequeño, que de otro modo estaría sujeto a tutela puede así vivir en el centro y pasar periodos gradualmente crecientes con sus padres cuando estos vuelven a hacerse reponsables de su cuidado. Asimismo, durante su estancia en la residencia, los padres pueden observar a sus hijos mientras son atendidos por el equipo de profesionales, y sin excesiva presión, pero sí con algo de enseñanza no formalizada, pueden llegar a adoptar métodos mejores de los que venían usando. Por tanto, un programa de este tipo tiene la ventaja de mantener juntos a padres e hijos, estimulando la formación de vínculos afectivos y revelando qué familias van a experimentar cambios.

Kempe y Kempe (1979), utilizan además encuentros formales padre-hijo como medio para proporcionar a los padres ayuda individual con sus niños. Aparte de esto, y también de la psicoterapia y de un cierto grado de enseñanza directa, efectúan reuniones sociales y ayudan a desarrollar capacidades en actividades del hogar, economía doméstica, trabajo universitario, enseñanzas especiales o actividades relacionadas con distintas aficiones.

Cabe destacar de acuerdo a los mismos autores, la existencia de psicólogos y psicoterapeutas, los cuales tienen la oportunidad de aprender cómo se desarrolla la vida en situaciones potencialmente de maltrato y cómo se generan



Margaret Jeffrey (1976), ha descrito algunos métodos muy útiles de estimular el cambio; Kempe y Kempe (1979), destacan que el objetivo principal de ta les procedimientos consiste en reforzar las reacciones positivas padre-hijo, - a través de animar a los custodios a mejorar la mtua comunicación, prestando a sus hijos una atención positiva, arreglando la casa de manera que se les haga - más fácil adaptarse, planteando expectativas y exigencias apropiadas a su nivel de edad. La citada investigadora, también inicia a los padres en nuevas técnicas de tratar al niño, tales como distracciones, rehusarse a elevar el tono de voz (como medio disuasorio) y consultar una lista de comportamientos apropiados a la edad del pequeño antes de administrar un castigo (lo cual posee la ventaja adicional de dar lugar a una demora de por lo menos unos segundos).

Con la finalidad de esclarecer aún más el propósito de este enfoque, algunas investigaciones al respecto que se han realizado implementando los principios del Aprendizaje Social, y que es necesario conocer, se dictan a continuación.

En primer término, cabe citar el estudio de los antes mencionados Crozier y Katz (1979), en el cual intervinieron los padres de dos familias, quienes fueron tratados separadamente en sus hogares respectivos. Dicho estudio con sistió en realizar primeramente una visita inicial en el hogar de los padres, - diciéndoles que podían recibir entrenamiento sobre métodos infantiles efectivos mediante los cuales no podían herir o lastimar al niño. Después, se les presentaron videos dentro del programa de entrenamiento; es decir, se les mostraron - los tipos de problemas que más ocurrían y cómo podían ser modificados lo más rápidamente. Enseguida, a los padres se les interrogó para delimitar sus actividades y obtener aquellas que sirvieran de soporte para la familia; ésta fué la medida que se tomó en el estudio para que las interacciones padre-hijo pudieran - ser detectadas más fácilmente. Cabe mencionar además, que tales proyecciones se

realizaron en el hogar, diseñándose cuartos para presentarlas y llevándose a cabo durante 8 sesiones de entrenamiento planeadas en un periodo de dos y media semanas para cada padre. Al respecto, cada sesión de entrenamiento duró aproximadamente hora y media.

Es importante indicar que durante el entrenamiento inicial, se leyeron los capítulos específicos del libro "Viviendo con el Niño" de Guillon y Patterson (1969), y se les dió a los padres un número telefónico de Líneas de Crisis en donde pudieran ser orientados en caso de emergencia.

En general, a través de las sesiones de entrenamiento se asignaron lecturas específicas a los padres, las cuales fueron discutidas y suplementadas — por sesiones de demostración de juego de roles. Tal asignación de lecturas y el juego de roles, se enfocaron hacia el apropiado uso de reforzamiento mediante contingencias positivas y a la breve inclusión de tiempo fuera como técnicas de cambio conductual.

Crozier y Katz (1979), notan asimismo, que la actitud parental fué tensa al describir los procedimientos de modificación conductual; por tal motivo, se realizó un esfuerzo para llevar a cabo una contrastación con los métodos punitivos que los padres estuvieron usando antes (por ejemplo: gritar, golpear, ofender verbalmente, etc.).

El juego de roles antes citado, fué aplicado durante cada sesión de entrenamiento para asegurar que los custodios fueran capaces de realizar las técnicas que estuvieron leyendo. Al principio de cada juego de roles, los padres — junto con el terapeuta, realizaron la representación en donde el padre asumía el papel del niño mientras el terapeuta demostraba el uso correcto de las técnicas. Después incluyó la participación de los padres, en la cual llevaron a cabo las mismas representaciones, alternando sus roles respectivamente. Cabe señalar que al mismo tiempo, el terapeuta corrigió mencionando las apropiadas conductas

parentales para dar retroalimentación y modelamiento.

En conjunción con la enseñanza de las mismas técnicas disciplinarias, los padres a través de los terapeutas, reconocieron conductas específicas que sintieron necesitaban cambiar. Al respecto, las definiciones de esas conductas fueron anotadas y discutidas entre el padre y el terapeuta; en algunos casos los comportamientos seleccionados para modificación, no fueron conductas infantiles, aunque sí actitudes que les parecieron indeseables a los padres. En un esfuerzo de Crozier y Katz (1979) por controlar aquellas conductas, a los padres se les dieron comportamientos específicos para practicar cuando sintieran tensión o ansiedad con sus hijos. Estas conductas incluyeron ejercicios que enseñaban cómo detenerse y otros procedimientos de autocontrol, tales como contar hasta 10, salirse, olvidar la situación, caminar un poco, etc.

Cuando los padres fueron capaces de controlar su agresividad, pudieron además implementar el reforzamiento, participando en actividades que ellos habían especificado. Después de ser entrenados en estos principios del aprendizaje social, el comportamiento aversivo hacia sus hijos decreció y el positivo incrementó.

En esta investigación, los autores de la misma observaron que el manejo aversivo de los padres no había sido eliminado, pero que en los niveles de post-entrenamiento, estuvieron más abajo de la línea base; además, sólo después del entrenamiento, los porcentajes del comportamiento positivo excedieron a aquellos de conducta negativa. Asimismo, señalan que los cambios en las actitudes de los padres fueron correlacionados con los cambios deseados en la forma de comportarse de sus pequeños.

Finalmente, es importante mencionar que no hubo episodios de conducta abusiva (incluyendo el tipo de castigo físico) durante un periodo de 7 meses.

Otro estudio es el de Wolfe, Sandler y Kaufman (1981), el cual tuvo co-

mo objetivo, determinar la importancia de enseñar a los padres maltratadores el manejo adecuado del menor.

Respecto a tal investigación, cabe señalar que las sesiones de entrenamiento consistieron de tres componentes, de acuerdo a los autores antes citados. En la primera fase, "Instrucción sobre el Desarrollo Humano y el Manejo del Infante", cada familia recibió una copia del libro "Los Padres son Maestros" --- (Becker, 1971), y tres películas acerca del desarrollo infantil. Asimismo, se les instruyó y explicó sobre cómo aplicar los principios conductuales, los cuales eran revisados y discutidos cada semana.

La segunda fase incluyó solución de problemas y modelar la dirección o manejo apropiado del niño. En ella, se realizaron ensayos con videos referentes a las formas probables de manejar al pequeño; además de que tales formas para solucionar conflictos eran representadas en cada sesión, se les pedía a los padres expresar lo adecuado o lo inadecuado de cada solución y el cómo podía modificarse.

La última fase relativa a autocontrol, inicialmente se llevó a cabo en grupo; en ella, así como se les enseñó la relajación profunda (Wolpe, 1969), --- también fueron instruidos por medio de cintas, que representaban procedimientos sobre el control de impulsos que pudieran ser aplicados en situaciones problemáticas individuales (por ejemplo, preparación para el stress, anulamiento de furia y autoreforzamiento).

Simultáneamente, un coordinador de tratamiento visitaba a las familias en casa una vez a la semana, con el propósito de implementar nuevas técnicas en situaciones conflictivas con el niño. Con tal fin, inicialmente el padre fué --- instruido para identificar y recordar algún problema relacionado con el menor --- que hubiese ocurrido durante la semana; para ello, seleccionaba una situación --- blanco y decidía sobre un enfoque positivo para su resolución, el cual era ase-

sorado por el coordinador del tratamiento.

De este modo, Wolfe y cols. (1981), afirman que este estudio provee un gran apoyo para el entrenamiento de padres abusivos para el manejo apropiado -- tanto del infante como de técnicas de autocontrol. Los resultados, muestran que tales padres interactúan en una forma más positiva y constructiva con su hijo, -- después de proporcionarles entrenamiento en las habilidades sobre el manejo del mismo. Los datos de observación en casa, agregan, determinaron que el padre mal tratador adquirió la habilidad para manejar al menor en un razonable espacio de tiempo, y que éstas nuevas habilidades fueron aplicables a situaciones comunes.

En resumen, Wolfe y cols. (1981) indican que los resultados sugieren -- fuertemente que el entrenamiento de padres abusivos en las técnicas de manejo -- del niño, producen mejoramientos en la efectividad del padre de acuerdo al criterio de observaciones y a los reportes hechos en casa. Además, a través de un seguimiento de 10 semanas, estos cambios fueron mantenidos; por lo cual parecie ron estar relacionados a la adquisición y ejecución de los padres de métodos -- apropiados de castigo, y a la reducción de los problemas de conducta del pequeño.

Como D.A. Wolfe (1980) destaca, puede constatarse la hipótesis del -- aprendizaje social, consistente en que los custodios abusivos no poseen apropiad as habilidades parentales; asimismo, agrega que los resultados son especialmente significativos considerando que los padres no pidieron ayuda voluntariamente, y que estuvieron inicialmente poco familiarizados con las técnicas de manejo in fantil.

Otra investigación que se ha llevado a cabo es la de Denicola Joseph -- (1980), la cual menciona que el factor que contribuye al maltrato, es la ausencia de información básica para entender los procesos de desarrollo infantil.

Este estudio involucró a dos familias referidas por la Justicia Crimi--

nal y Agencias de Servicio Social del Programa de Manejo de Entrenamiento Infantil en Florida. Tales familias formadas por un adulto y un menor, aceptaron entrar al programa, ya que revelaron al menos un incidente de maltrato. Cabe indicar además que los integrantes de las mismas, no mostraron evidencia de patología severa (adicción a la droga, psicosis, etc.); sin embargo, en los padres se halló como característica común, el tener poca información sobre las necesidades del desarrollo infantil e insuficientes habilidades en el manejo del niño durante las entrevistas realizadas.

En una fase previa, todos los adultos que participaron en el programa dieron su consentimiento para explicarles la naturaleza del proyecto. Es importante mencionar que el tratamiento tuvo una duración de 12 sesiones, con un rango de 60 a 90 minutos cada una; en las primeras sesiones, a cada padre se le ofreció un cuaderno de trabajo de conductas problema, el cual describía un número de encuentros, choques o actitudes relacionadas con los menores y se requirió que elaborasen una lista de aquellas situaciones conflictivas que fueran relevantes a sus propios hijos. Tales conductas, fueron usadas para enfocar el tratamiento en términos de situaciones problema relevantes.

Cada familia fué entonces observada por sesiones de media hora durante un periodo de 6 semanas, usando el sistema de codificación de Patterson (1969), para establecer la línea base de los comportamientos de los padres y de los pequeños. El procedimiento para tales observaciones del hogar, consistió en que cada miembro de la familia sirvió como centro de atención por un total de 120 observaciones de 6 segundos por sesión. Cabe señalar que los registros individuales fueron agrupados dentro de conductas aversivas y no aversivas, y que el sistema de codificación fué determinado por medio de observaciones independientes sobre la tercera línea base; ésto es, en la tercera sesión de tratamiento. De acuerdo a Denicola (1980), tales observaciones en el hogar se estimaron a —

través del tratamiento, además de que durante el post-tratamiento, se llevaron a cabo 3 sesiones de observación con intervalos de un mes.

Al final de la terapéutica, a cada adulto se le pidió que contestara un cuestionario que medía la evaluación subjetiva de los padres, respecto tanto a la fuerza y debilidad del programa, a las áreas específicas de cambio en las actitudes de atención y conducta infantil, como a las observaciones, sugerencias y reacciones al programa.

En cuanto al tratamiento administrado, es importante mencionar que incluyó principalmente el entrenamiento a los padres y las técnicas de habilidades que se detallan a continuación.

Durante el entrenamiento a los padres, cada uno de ellos fué responsable de leer dos unidades por sesión del libro "Los Padres son Maestros" (Becker, — 1971); y para completar los ejercicios finales de cada unidad, se llevaba a cabo una revisión verbal y además una serie de discusiones para aclarar el material leído, brindándoseles retroalimentación constante al responder preguntas y al dar oportunidades de discutir el empleo de dichos métodos.

Un segundo componente del entrenamiento paterno, involucró una serie de 12 videos que incluían situaciones problema; cada demostración mostró a un simpático infante dentro de una conducta problema y una apropiada reacción del padre. Esto fué seguido de una breve discusión en la cual, a cada padre primero se le pidió articular la reacción incorrecta y después, considerar una alternativa aproximada de acuerdo al material que sugiere Becker. Esta discusión, fué entonces seguida por un video que describía el mismo manejo paterno en la situación-problema, pero usando técnicas conductuales positivas. El modelamiento, el juego de roles y el ensayo de padres como las técnicas efectivas para el manejo infantil, fueron también usadas en el contexto de las situaciones problema presentadas en el Cuaderno de Trabajo de Conductas Problema antes descrito.

En resúmen, la revisión de ejercicios, la implementación de varias aproximaciones del manejo infantil, la contingencia sobre la complementación del contrato y varios refuerzos tales como los materiales educacionales y juegos para los menores, estuvieron disponibles a los padres.

El otro componente fundamental de tratamiento, fué la técnica de habilidades antes mencionada; dicho entrenamiento fué diseñado para ayudar a los padres a manejar sus impulsos y sentimientos de agresión y frustración. Con tal fin, a ambos padres se les enseñó la relajación muscular como estrategia de adquisición generalizada durante circunstancias de stress. Tal entrenamiento, consistió en tensar y relajar varios grupos de músculos, mientras tenían imágenes que habían descrito como agradables y relajantes. Este entrenamiento de autoinstrucción, fué dirigido para ayudar a los custodios a controlar su excitación y para modificar sus autoverbalizaciones en situaciones que generaban agresión. Después, fueron entrenados para reconocer los estados negativos y sentimientos de excitación asociados con la agresión y la frustración, con el fin de ampliar estrategias que los ayudasen a manejar las situaciones de stress. Los padres también fueron entrenados en la solución de habilidades problema, diseñadas tanto para controlar la manifestación de la conducta agresiva como para enfocarse sobre la solución de alternativas. Los procedimientos de inoculación del stress, fueron usados para ayudarlos a entender los componentes emocionales y cognitivos de la agresión y para proveerlos de las oportunidades de practicar sus habilidades adquiridas mientras fueron expuestos a una variedad de situaciones problema.

Por lo tanto, Denicola (1980) en su estudio sugiere que el enseñar a los padres las técnicas de autocontrol resultó positivo, tanto para el mejoramiento de la interacción familiar como para implementar los cambios necesarios en las actitudes de los padres e hijos estudiados.

Cabe agregar, que los cambios obtenidos en ambas conductas (padres y menores), fueron mantenidos o superados durante un periodo de 3 meses, y que los padres atribuyeron esos cambios al aprendizaje más apropiado de las técnicas de cuidado infantil y al mejoramiento en su habilidad para resolver situaciones -- problema.

No obstante, Denicola (1980) asegura que no fué posible discernir los efectos relativos a los métodos de tratamiento empleados, aunque las conductas-aversivas de los padres e infantes decrementaron rápidamente después de la primera sesión de tratamiento y permanecieron bajas para ambos tipos de métodos de entrenamiento empleados. Asimismo, el mejoramiento del padre en la atención y acercamiento dirigido hacia el menor fué más gradual, mientras el pequeño cambió moderadamente en una dirección positiva.

Es posible, sugiere Denicola, que el decremento inmediato de la conducta aversiva fuera función de expectativas u otras variables no controladas; los resultados sin embargo, son consistentes con otros estudios, los cuales muestran que el entrenamiento paterno puede dar resultados de cambio positivos.

Otra investigación también enfocada desde el punto de vista del Aprendizaje Social es la expuesta por Sanders (1978), quien empleó como método de tratamiento a la Desensibilización Sistemática.

En dicho estudio, se relata el caso de un padre quien particularmente se sentía ansioso ante el llanto de su bebé; expresaba sentimientos agradables cuando estaba solo con su hijo, cuando el bebé jugaba felizmente o cuando dejaba de llorar. Sin embargo, si persistía el llanto se ponía ansioso y tendía a frustrarse, sintiendo un deseo profundo de herirlo o lastimarlo.

Había maltratado a su hijo en tres ocasiones, por lo cual, se separó de la familia dejando al bebé al cuidado de su esposa; sin embargo, realizaba visitas continuas a su casa aumentando gradualmente los periodos de tiempo de permanencia.

nencia en ella, pero nunca podía salir solo con el bebé.

El terapeuta, como primer paso para identificar las situaciones de ansiedad y frustración, pidió al sujeto elaborar una lista de circunstancias que le producían ansiedad, para luego clasificarlas en términos de sus sentimientos subjetivos de ansiedad en una escala del 0 al 100; una vez establecida, el terapeuta determinó el grado en que el sujeto podía imaginarse escenas que le ocasionaran mucha ansiedad. Asimismo, el terapeuta le enseñó a relajar los músculos de su cuerpo por medio de ejercicios, los cuales practicaría diariamente en su casa.

En el siguiente paso de la desensibilización, mientras el padre estaba relajado, se le presentaba una situación que provocara ansiedad, escogiéndola de la jerarquía graduada previamente establecida; presentándosele tantas veces como fuera necesario hasta que lograra ser capaz de mantener su estado de relajación (fueron tres presentaciones de la situación en forma consecutiva). Cabe indicar que este criterio, se aplicó para cada una de las escenas de la jerarquía graduada.

Una vez que tal jerarquía se hubo completado, se transfirió de una manera gradual a sus equivalentes en la vida real, con el fin de consolidar y reforzar su avance evaluando la generalidad de los efectos del tratamiento. Aunado a ello y además de la desensibilización, se incluyó el entrenamiento asertivo, el ensayo conductual y el entrenamiento en el manejo de la efectividad personal.

Es importante apuntar que en una ocasión, después de que la desensibilización fué complementada, el paciente llegó a sentirse violento por el llanto de su hijo; sin embargo, fué capaz de expresar su ira verbalmente sin una acción física. En otra ocasión, cerca de 4 meses después, estaba enojado con el menor, corrió hacia él pero tuvo control de sí mismo experimentando una acción completamente diferente a la forma que usaba. Por tanto, aunque en un principio

relató que con el llanto de su hijo sentía terror como el que tenía en su infancia, posteriormente ya no estuvo más atemorizado por dicho llanto, mostrando -- más relajación al lograr controlar la situación.

Después de que el periodo de tratamiento terminó, el padre mostró va--- rios periodos de conducta impulsiva y depresiva, no obstante haber obtenido un marcado decremento en el puntaje de ansiedad experimentada cuando su hijo estaba llorando.

Durante el seguimiento, fué visto por 9 meses adicionales para dar apoyo a la terapia de desensibilización; al respecto, cabe señalar que al cabo de los primeros 5 meses no habían surgido incidentes de maltrato.

Otro de los investigadores que se han interesado en los métodos de in--- tervención en los casos de maltrato es Mastria (1978), quién propone un método de tratamiento para eliminar la tensión en la interacción padre-hijo y prevenir o evitar el potencial de maltrato infantil. Para ello, se basó en la afirmación de que este síndrome aparece frecuentemente en padres inmaduros incapaces de -- controlar su pensamiento y la conducta de agredir al niño.

En su estudio, incluyó como sujetos de investigación a una madre que -- golpeaba a su hijo, la cual fué estudiada dentro de un cuarto de observación -- que contenía básicamente una mesa, dos sillas, un espejo, 10 juguetes interac-- cionales y 10 juguetes que no era necesario practicar en pareja.

La condición experimental de acuerdo a Mastria (1978), consistió de 5 - fases:

F.I. El experimentador entrevistó a la madre en dos sesiones de 45 minutos para explicarle que podía aprender métodos para manejar a su -- niño; por lo que se le pidió registrara las percepciones del mismo y escogiera posteriormente tres de las conductas de su hijo que -- ella quisiera cambiar. Una sesión de 45 minutos fué usada para ex-- poner al pequeño, que él y su madre podían emplear en las sesiones

de juego los materiales contenidos en la habitación y que también podían discutir sobre los juguetes favoritos.

F.II. La madre y el hijo ocuparon 3 sesiones de juego de 45 minutos, 3 mañanas seguidas. Tales sesiones fueron grabadas y filmadas usando un aparato de video.

F.III. La madre fué observada por el experimentador durante una hora y 30 minutos durante 10 días consecutivos. Además, se le enseñaron técnicas para manejar a su hijo observando los segmentos de video grabados.

F.IV. La madre y el menor emplearon 3 sesiones de juego de 40 minutos, - videograbadas, usando el mismo material que en la fase dos. Dos te rapéutas, se comprometieron en registrar en una sesión de 45 minutos las impresiones clínicas.

F.V. La siguiente sesión de juego de 40 minutos, usó el mismo procedimiento que la fase dos y fué registrada. Adicionalmente, el experimentador uso una sesión de 30 minutos en la cual la madre y el niño reunieron sus autoreportes.

Los segmentos de 5 minutos de los videos fueron azarosamente seleccionados, ordenados y clasificados por siete profesionistas, con el fin de formular y evaluar la interacción. Los autoreportes y los reportes clínicos fueron comparados, y con base en ellos, los resultados obtenidos sugieren que la madre fué capaz de imponerse a sus impulsos y evitar la conducta agresiva.

La intervención de acuerdo a Mastria es significativa, ya que correspondió a un decremento en la frecuencia de los comportamientos infantiles que se enlistaron, a un aumento en las interacciones madre-hijo, a un decremento de la conducta infantil negativa y a un incremento en las aptitudes infantiles positivas. Asimismo, agrega que la intervención produjo cambios positivos en las percepciones de los niños y de los padres acerca de sí mismos y de sus contrapartes, y mayor percepción de los terapeutas del cambio; originándose por tanto, - la disminución de la agresión y el incremento de la cooperación.

Después de la revisión de diferentes investigaciones que apoyan el pun-

to de vista del Aprendizaje Social, cabe puntualizar el hecho descrito por -- Kadushin y Martin (1985), respecto a que el objetivo deseable dentro de este enfoque es el de modificar el comportamiento a través de la internalización de -- nuevas pautas de cuidado infantil. Para apoyar dicho cambio en los valores y -- creencias, el terapeuta debe estar seguro que la situación vital como vivienda, -- ingresos, etc., les proporcione a los padres o custodios una posibilidad más -- realista de actuar según una actitud modificada en cuanto al cuidado del niño.

Además, el terapeuta en caso de que se requiera, podría intentar -- actuar según el modelo de padre bueno. Se procuraría con ello, proporcionar a los sujetos maltratadores ejemplos de manejo no punitivo de los pequeños, algo de lo cual muchos de ellos pueden carecer. Al actuar como padre bueno, el terapeuta -- puede satisfacer las necesidades de dependencia paterna; en otras palabras, un -- elemento significativo del programa de tratamiento debe concernir a la reparen- -- talización, al restituir lo suyo a una infancia desposeída y al ayudar al padre -- a desprender la desconfianza.

Si bien, la alternativa del Aprendizaje Social de acuerdo a Kadushin y -- Martin (1985) no garantiza que el tratamiento sea un 100% efectivo y confiable, -- hay que tener presente que el lograr cambios en el comportamiento, a través de -- la internalización de actitudes modificadas hacia el menor y su cuidado, es algo -- muy difícil en el caso de custodios que maltratan. Sin embargo, Ballard y -- Clark (1975), presentaron datos que concentran los resultados obtenidos al tra- -- bajar con familias a las que se aplicaron enfoques de modificación de conducta -- en los procedimientos de manejo infantil. De éstos, se encontró que " el 84% -- había mejorado algo o bastante y que sólo el 9% no había experimentado cambio -- alguno". (7)

Por tales motivos, esta perspectiva considera que a los padres se les -- debe capacitar en el empleo de procedimientos de modificación del comportamien-

to, tales como la utilización de modelos y representación de papeles, para cambiar las conductas con que responden al menor.

Dentro de dicha capacitación terapéutica, Velazco Alzaga (1983) nota como importante la inclusión de métodos sobre crianza de niños y educación en cuanto al desarrollo infantil. También, indica como fundamental en la intervención con custodios abusivos, el control de impulsos, las habilidades sociales y el cambio de actitudes; para ello, se debe realizar en cada caso un análisis de los excesos (cosas que los padres hacen y no deberían) y los déficits (cosas que no hacen y deberían).

De ser posible, podría utilizarse además una gran variedad de recursos adicionales de tratamiento a los padres, con la finalidad de incrementar la probabilidad de éxito de los mismos. Entre estos recursos, se incluyen las ya mencionadas guarderías para momentos de crisis, la recepción temporal de niños, los padres sustitutos, las guarderías de tiempo completo, etc.

Respecto a el uso de dichos recursos dentro del tratamiento, Kadushin y Martin (1985) han observado que las terapéuticas que parecían lograr mayor éxito, incluían programas de educación en grupo para padres y programas de autoayuda como Padres Afectivos entre otros; no obstante, subrayan que esto puede deberse en parte al hecho de que tales servicios eran usados con mucha frecuencia de manera voluntaria por custodios motivados y capaces de hacer un uso efectivo del servicio, ya que los padres que recibieron atención durante periodos más largos mostraron un cambio positivo mayor, indicando así el valor del tratamiento.

En apoyo a tales recursos, los autores antes citados sustentan que Leiber y Baker (1977) obtuvieron autoinformes evaluativos de 613 miembros de Padres Afectivos pertenecientes a grupos de todo E.U. El 50% de los encuestados, dijeron que desde su incorporación a la organización habían experimentado una

gran mejoría para manejar problemas; además, los que con mayor frecuencia sentían mejoría, eran aquellos que permanecieron durante más tiempo en el programa.

En suma, las medidas con miras al tratamiento deben contemplar que éste sea enfocado a un punto primariamente de apoyo, en donde los padres o custodios comprendan y se interesen en la ayuda que se les proporcionará. Por ello, las primeras sesiones se encaminarán a darles oportunidad para que descubran otro tipo de relaciones familiares, en las cuales puedan evaluar, aceptar e incrementar la autoestima, haciendo que vivan experiencias en una unidad familiar; para que de esta manera, puedan proveer los cuidados y manejos adecuados a sus hijos. Es posible que ello, cree una considerable ansiedad en los padres, por lo que es importante el apoyo que se reciba de la situación terapéutica.

Por lo tanto, durante la intervención a los padres o custodios, es esencial considerar los siguientes puntos:

1. Resolución de conflictos internos mediante una adecuada contribución por parte de los mismos.
2. Ayudarles a ser capaces de desarrollar relaciones adecuadas con otras personas, así como también a crear defensas que se utilizarán en los casos de stress.
3. Que logren ver al niño como una persona individual y no como un objeto de su propiedad.
4. Crear en ellos la capacidad de poder demostrar directamente al menor, expresiones positivas de afecto, sin esperar que éstas sean correspondidas de inmediato.

Es necesario considerar, además, que para que la terapéutica sea efectiva, se debe tomar en cuenta una serie de factores como son la pobre motivación de los padres en recibir ayuda, además de la resistencia a que un infante sea tratado en psicoterapia, por lo que el tratamiento debe ser más intenso y profundo, para que como se ha mencionado, los padres sean capaces de percibir al pequeño en forma individual, con intereses, capacidades y necesidades que deben ser evaluadas independientemente de las carencias de ellos mismos.

Finalmente, es fundamental tomar en consideración que en casos de abuso sexual por parte del padre o custodio, las medidas terapéuticas propuestas de acuerdo a H. Kempe (1981), sustentan la probabilidad de utilizar el Sistema de Justicia Penal para iniciar el tratamiento, sobre todo en episodios de explotación sexual no violenta. Indica al respecto, que es posible denunciar el caso y posponer temporalmente la ejecución de la sentencia con el fin de realizar la evaluación y el tratamiento, siempre que se cumplan ciertos requisitos:

1. La explotación tiene que terminar definitivamente;
2. La ley debe intervenir en el plan y aceptar la terapéutica propuesta;
3. Tanto el Juez como el Tribunal tendrán que estar de acuerdo en que el procedimiento criminal no se está obstaculizando, sino que la rehabilitación es una opción aceptable si se lleva a cabo bajo supervisión, por remota que fuera del Depto. de Libertad Vigilada y del Organismo encargado del cumplimiento de la Ley; y,
4. El fracaso del tratamiento, incluyendo la falta de participación del adulto arrestado en el programa acordado, traerá como consecuencia la reanudación del proceso criminal si prevé un resultado más positivo del tratamiento que del ingreso en presidio o consecutivo a la sentencia.

A ello, el mismo autor agrega que es probable que la pädofilia no se cure jamás, pero que a menudo es posible poner todos los actos ilegales bajo control. Por tanto, concluye que no hay una rehabilitación total para un sociópata agresivo involucrado en abuso sexual violento.

En suma, y después de la revisión de diferentes alternativas de tratamiento tanto para el niño maltratado como para el padre o custodio agresor, se hace necesario puntualizar lo siguiente.

Como se ha enfatizado, es muy importante la intervención terapéutica en los momentos de crisis, ya que los periodos de stress de la vida de un menor maltratado, son frecuentes, además de que la crisis, en la mayoría de los casos, es experimentada también por los padres que al sentirse culpables de haber mal

tratado a su hijo y de no ser capaces de cumplir con las necesidades básicas de éste entran en un estado de tensión y caos, que debe ser manejado por la ayuda-terapéutica proporcionada por especialistas. Dicha ayuda de acuerdo a Marcovich (1981), pretende reestablecer el equilibrio familiar, además de detectar trastornos psiquiátricos existentes que contribuyan al maltrato infantil.

El fin del profesional ante estos hechos, debe consistir en proporcionar calma y seguridad, si se trata de una familia estable y equilibrada son los padres más que el infante los que pueden requerir apoyo continuado, sobre todo si no comprenden que éste se haya recuperado tan rápidamente y se muestre vivo y animado. O bien, contrariamente a ello, cuando los malos tratos o la negligencia se han prolongado mucho tiempo, no basta con tratar a los padres. En general, al ir aumentando la experiencia en el conocimiento del tema, se cree más intensamente en la importancia que tiene proporcionar un tratamiento precoz, tanto a los padres como a los niños (Kempe y Kempe, 1979; Kotmeier, 1987; Sanfilippo y Schikler, 1986). Por lo tanto, se está de acuerdo con la postura del citado doctor Velazco Alzaga (1983), quien menciona que aún cuando la atención del menor es la meta principal, la intervención terapéutica debe simultáneamente enfocarse hacia los padres.

Debe subrayarse por ello, que debido a los malos tratos, la familia entera está alterada, por lo que cada miembro de la misma precisa tratamiento. Es todo es, todo miembro de la familia en la que se hace a un niño objeto de agravios requiere terapéutica.

Cabe destacar que en cualquier caso, el abordaje terapéutico tiene que referirse principalmente al manejo de padres e hijos. Lo anterior, puede llevarse a cabo preferentemente en grupos, partiendo de los supuestos conceptuales que explican su dinámica y movilización; se piensa por tanto, que los grupos de padres maltratadores pueden tener el mismo éxito que otros grupos tales como --

### Alcohólicos Anónimos.

Es fundamental mencionar que para la ejecución de dicho tratamiento con junto, se hace indispensable un gran esfuerzo de participación por parte de la familia desde el principio, con el objeto de reconstruirla en caso de ser aún posible. Sin embargo, es cierto que en algunos casos un menor no puede prospe- rar jamás dentro de su propia familia, por excelente que sea el tratamiento que se le proporcione y por mucho que éste se prolongue. Además, en el caso de que el infante haya sido trasladado del hogar, es muy importante asegurarse de que la razón de la mejoría de la familia no se deba a la ausencia del menor, ya que - de ser así, su retorno invertiría evidentemente el proceso.

Asimismo, mientras el abuso sea mayor o crónico, especialmente con cus- todios adictos, puede ser incomprensible una reunión del pequeño y la familia; - en muchos casos, una investigación completa de problemas socioeconómicos y psi- cológicos existentes debe sugerir la ayuda apropiada, previniendo los abusos ma- yores al niño y permitiendo aún la reconstrucción de la familia. El equipo de - Salud debe estar consciente de tales obligaciones; debe no sólo diagnosticar el caso y tratar al infante maltratado, sino también tiene la obligación de iniciar medidas para proporcionar la asistencia necesaria a la familia entera. Al res- pecto, Kempe y Kempe (1979) indican que el tiempo mínimo efectivo y aceptable - de tratamiento, debe ser de 5 a 8 horas al mes (60 al año) para cada familia. - Dicha intervención terapéutica familiar, de acuerdo a los autores anteriores, - puede realizarse si los hijos tienen una edad suficiente, si la familia está lo bastante estructurada, si el nivel de tensión agresiva no es demasiado elevado, si el tiempo que hace que se le está maltratando no es muy prolongado y si el - grado que éste le ha afectado no es en extremo.

De cualquier modo, el cambio en la conducta va dirigido primordialmente a la eliminación del maltrato, así como al fortalecimiento de interacciones po-

sitivas entre padres e hijos. Esto es consistente con Velazco Alzaga (1983), -- quien recomienda que el tratamiento del maltrato infantil se enfoque no sólo a los miembros familiares, sino también sobre el tipo de patrones de interacción entre ellos.

Cabe resaltar que no puede prescribirse un único patrón terapéutico para las familias, debido por un lado, a que la gama de los malos tratos físicos y emocionales es inmensa, y por otro, a que las condiciones cambian infinitamente de una familia a otra.

Como es natural, hay que ser realistas al evaluar el tratamiento de la familia, ya que es probable que la mejoría no sea rápida, lo cual puede resultar frustrante; no obstante, hay que tener siempre en cuenta que una madre y un padre que han tenido muchos déficits emocionales al comienzo de sus vidas, que han vivido durante 20 o 30 años en circunstancias caóticas o estériles y que han experimentado la amenaza de perder a su hijo, precisan de muchos años de ayuda mientras van desarrollando gradualmente confianza y capacidad de amar.

En general, todo programa de intervención que intente ayudar a personas tan fuertemente afectadas, cómo estos padres y sus hijos maltratados, ha de esperar que el camino hacia la consecución de la meta final (ayudar a la familia a alcanzar una plena armonía) sea muy largo y el final muy difícil de alcanzar. Todo tratamiento, por tanto, es un gran esfuerzo para encontrar soluciones que con frecuencia están más allá de los presupuestos y del personal disponible; pero también constituye un esfuerzo para aprender algo de lo que puede ser eficaz. -- No obstante, es de esperar que el conocimiento logrado pueda utilizarse más -- adelante en programas subsiguientes.

## N O T A S

- (1) DIF (1979). Simposium Internacional del Síndrome del Niño Maltratado. México: Autor, p. 167.
- (2) Osorio y Nieto (1983). El Niño Maltratado. México: Trillas, p. 73.
- (3) Idem. p. 74.
- (4) Idem. p. 67.
- (5) Marcovich, J. (1981). Tengo Derecho a la Vida. México: Editores Mexicanos Unidos, p. 204.
- (6) Palomares, A. (1983). Niños Maltratados (nuestras indefensas víctimas). México: Editores Mexicanos Unidos, p. 42.
- (7) Kadushin y Martín (1985). El Niño Maltratado. México: Extemporáneos, p. 58.

## C O N C L U S I O N E S

En primer término, es preciso enfatizar la prioridad de que un número - cada vez mayor de hombres empiece a comprender que no es posible estar conscientes sólo de las cosas buenas que el país puede hacer por los niños. Debe reconocerse que existen grandes discrepancias entre lo que se sabe que necesitan los menores y lo que realmente reciben. Debido a ello, no es factible ser individuos responsables y tener la esperanza de un mejor orden mundial libre de opresión y prejuicios, a menos que se trabaje por alcanzar mejores normas para el cuidado infantil.

Estrechamente relacionado a ello, se encuentra el Síndrome del Niño Mal tratado, fenómeno que la mayoría de las veces no se dá a conocer. Las razones - del silencio son complejas y sólo se entreveen parcialmente; implican riesgos - personales de sujetos condicionados a una sociedad donde la violencia es habitual, donde se carece de sentido social, incluyen, asimismo, el desconocimiento médico y psicológico, lo cual dificulta la práctica de una buena labor que deseña la etiología y la génesis de la lesión que el menor presenta.

Respecto a esto último, es bien conocido que los incidentes de maltrato se inician con cierto comportamiento por parte del pequeño, que el padre o custodio, correcta o incorrectamente, con justificación o no, considera adverso re-

quiriendo alguna intervención para cambiarlo. Dicha actitud, se encuentra fundamentada por la influencia comprobada y decisiva de las prescripciones culturales e imperativos situacionales que la determinan. Exhorta, simplemente, a un reconocimiento más explícito del hecho que las variables vinculadas al menor son determinantes de la respuesta específica utilizada por un padre o custodio en particular, al interactuar con un infante.

Kadushin y Martin (1985), sostienen referente a lo anterior, que el incidente mismo del maltrato tiene el carácter de un acontecimiento de crisis, en el que se afronta algún problema o cierta tensión (en este caso, puede ser el comportamiento del niño que requiere de alguna respuesta), que no se puede manejar utilizando los métodos acostumbrados conocidos para su resolución. El problema entonces, puede continuar sin solventarse, luego de aplicar sin éxito las respuestas habituales, ya que la situación de tensión es percibida por los padres en sí misma como amenazante (al ego, al status, a la autoestima, por ejemplo), desencadenando por ende, sentimientos agresivos. Más aún, la incapacidad para solucionar tal problema satisfactoriamente, intensifica la tensión, frustración, inadecuación, impotencia y desesperanza, lo cual lleva a sentimientos de enojo a un nivel aún mayor, convirtiéndolos más exactamente en furor. Los anteriores autores, agregan que se ha observado que en situaciones de crisis, tales sentimientos dan lugar a ciertas regresiones de las funciones del yo a un nivel más primitivo y a los tipos más infantiles de comportamiento.

Cabe afirmar, que lo mismo que en otras situaciones de crisis, lo más probable es que la tensión origine una pérdida del equilibrio y del balance homeostático, si el sujeto se ve frente al incidente precipitante cuando se halla en un estado vulnerable. Por lo general, el factor precipitante es un eslabón de la cadena de hechos creadores de tensión, que convierten una situación peligrosa en un estado de crisis activa. Además, si el sujeto afronta los mismos --

comportamientos cuando no es tan vulnerable como para ser afectado negativamente por ellos, puede no precipitar ningún cambio agudo y permitir que sea mantenido con éxito un equilibrio previo.

Por lo que respecta al infante, éste no cuenta con la intención consciente y deliberada de afectar de determinada manera el comportamiento de sus padres; sin embargo, al responder a sus propias necesidades bio-psico-sociales, incita cierta conducta que tiene muchas probabilidades de suscitar ciertos comportamientos de los mismos.

Para hacer justicia a la complejidad del problema, debería reconocerse que la conducta del niño puede ser objetivamente neutral. En este caso, es la visión que los custodios tienen de tal comportamiento, y su actitud hacia éste, lo que lo define para ellos como adverso o no, determinando así, los sentimientos con que responden a él. Pero también, debe admitirse que la mayoría de los padres han sido socializados en la misma matriz cultural que impone ciertas normas respecto a las funciones y responsabilidades recíprocas de padres e hijos en su relación mutua.

En suma, para las que suscriben el presente trabajo, el maltrato no es un fenómeno uniforme; éste es, con una misma clase de factores causales, sino que es un fenómeno multidimensional, el cual puede ser constituido como el resultado final de una interacción entre tres factores: los atributos de la personalidad de los padres, que contribuyen a la inclinación del abuso y son incompatibles con la adecuada crianza del niño; las características de éste último, que incrementan la probabilidad de estar siendo maltratado; y el stress medio-ambiental inmediato que maximiza la carga del menor.

Asimismo, referente a las diversas formas de maltrato, se puede afirmar que la presencia de algunas de éstas no excluye la existencia de otras, ni indica la severidad del daño causado en el niño, ello por supuesto, debido al hecho

de que el agresor básicamente no adopte una sola modalidad de malos tratos.

Inextricablemente unido a esto, dicha problemática conlleva profundas y dramáticas repercusiones sociales, jurídicas, éticas y psicológicas, que precisan de reconocimiento, análisis y soluciones impostergables, debido a que su magnitud rebasa los límites de lo hasta ahora revelado.

Los datos respecto a tales consecuencias, sugieren en forma alarmante - el estudiar el problema y el no seguir ignorándolo, ya que en el medio, el índice de malos tratos a los menores es tan grave que debe tomarse en consideración, porque un alto porcentaje de la población mexicana se compone de niños y adolescentes, que por su desprotección natural, son en muchos casos, blanco fácil para todos aquellos que tratan de compensar su propia debilidad o impotencia.

Es así, como el maltrato puede generar múltiples lesiones físicas, mentales, sociales, o todas a la vez; por lo que se considera que éstas sí se detectan y diagnostican oportunamente, podrían ser susceptibles de recuperación y no en todo caso irreversibles, con secuelas definitivas.

En este punto, es necesario que los profesionistas involucrados en la detección de un caso de maltrato infantil, como lo son por ejemplo: el médico y el psicólogo, estén bastante bien informados y sobre todo, que trabajen conjuntamente para captar, valorar e identificar si el caso que se les presenta es efectivamente de maltrato, con el propósito de establecer las medidas pertinentes.

Cabe resaltar que en el diagnóstico antes citado, la detección e investigación de las repercusiones psicológicas que afectan al niño es vital, si se desea aumentar la probabilidad de que el infante consiga un adecuado desarrollo tanto en el ámbito afectivo, conductual y de personalidad. Aquí, es donde la participación del psicólogo es importante, a fin de que el infante logre ser capaz de aceptarse y respetarse a sí mismo, para que pueda mantener relaciones

armoniosas con los demás, participando adecuadamente en su ambiente físico y social; y en todo caso, para que su salud mental esté presente.

De tal manera, se comprende el porqué dicha problemática requiere de un enfoque integral y multidisciplinario, en donde intervengan pediatras, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, juristas, trabajadores sociales, maestros, y en general, todos los profesionales cuyo campo de trabajo es el hombre mismo, ya que si se pretende trabajar aisladamente no se lograrían establecer alternativas que fueran de utilidad para la solución de este síndrome. Asimismo, tal planteamiento, sólo proporcionaría un enfoque aislado, sin considerar que el maltrato al niño engloba diferentes problemáticas que deben ser vistas desde el marco de cada disciplina involucrada a fin de lograr una labor conjunta, con la que se enfocaría más certeramente su correcta solución.

Cabe afirmar, que si bien es cierto, muchas veces por el estado en que se encuentra el infante y por las lesiones producidas, necesita una atención inmediata, la intervención profesional no debe limitarse al niño maltratado, ya que no puede pasarse por alto que en este problema está involucrada toda la familia; esto es, la rehabilitación por medio del tratamiento, no debe excluir a algún miembro de ésta, por lo tanto, debe tener como fin el reestablecer el equilibrio familiar.

Por otra parte, otro aspecto importante de señalar referente a esta problemática, consiste en que se ha visto que el país es lento para salvar a la infancia, ya sea de la muerte o de un triste presente y futuro, porque todavía no se tiene el adecuado sistema de información, debido a que aún no se han desarrollado técnicas de aviso temprano, programas de tratamiento para padres o hijos y también porque el delito de maltrato se comete dentro de la santidad y el secreto del hogar y sus síntomas no son siempre visibles para los de afuera, haciendo que los perpetradores de violencia contra los niños, a menudo sean los

únicos testigos. En otros casos, los que presencian los malos tratos son renuentes a aceptar la evidencia que se encuentra ante sus propios ojos y, con frecuencia, aún más renuentes a denunciarla.

Debido a ello, en el momento actual no se pueden aún prevenir las causas fundamentales de este síndrome; sin embargo, una vez descubierto en una familia, hay que intentar impedir el abuso futuro, ya sea mediante la acción de protección social o separando al menor de su hogar. Es aquí, donde las Instituciones Sociales adquieren importancia capital para lograr el bienestar del pequeño, cuando la familia no cumple adecuadamente con sus responsabilidades o no puede hacerlo.

Pese a lo anterior, no supone una crítica a dichas Instituciones el afirmar que no cuentan con los fondos suficientes, con los servicios, personal, ni equipo capaz para enfrentar a este problema del modo que se requiere, por lo que no pueden satisfacer todas las necesidades que un problema tan polifacético conlleva. Sin embargo, los servicios y elementos existentes, si fueran adecuadamente utilizados, permitirían avanzar mucho al llenar estas necesidades. En realidad, a no ser que tales servicios sean organizados, las sumas adicionales de dinero no podrían ser adecuadamente empleadas.

En todo caso, lo que se precisa es un enfoque más amplio que cuente de un modo más efectivo con los recursos de la comunidad. Asimismo, la magnitud del cambio que dicha comunidad puede esperar como consecuencia de tales intervenciones, debe ser confrontada con las privaciones sociales y personales que caracterizan a las familias intervenidas, ya que hasta el modesto éxito obtenido puede ser mayor que el que podría esperarse al principio.

Por ello, aún ahora, y a pesar de toda la evidencia existente cada día, se dice que las personas profundamente interesadas en hacer retroceder la marea del maltrato infantil, están exagerándolo o imaginándolo; sin embargo, para quie

nes tienen que tratar con él un día tras otro, no es un fenómeno ilusorio.

Por otro lado, es importante e innegable el aceptar proteger la información confidencial dada por un paciente, obtenida en el transcurso del trabajo - de cualquier profesionalista involucrado en la atención infantil (médicos, psicólogos, pedagogos, etc.); al respecto, es una obligación principal de éste, que dicha información se comunique a las autoridades competentes, siempre y cuando se den las condiciones necesarias que influyan en el bienestar, en este caso, - del menor sujeto al maltrato. De esta manera, el profesionalista le atribuirá el debido interés a su labor, deteniendo la oportunidad que se les ha dado a los padres o custodios para continuar sus actos crueles que resultan en dolor, temor y muerte innecesarios.

En relación a lo anterior, las normas del comportamiento ético y legal de los psicólogos, conforman un asunto personal en el mismo grado que lo son para cualquier otro ciudadano, a excepción de que dichas actitudes comprometen e influyen en la realización de sus responsabilidades profesionales, o reducen la confianza que pueda tener el público en general en la Psicología o en sus practicantes como profesionalistas. Acerca de su propio comportamiento, los psicólogos deben estar conscientes de las normas que prevalecen en la comunidad y del posible impacto que su conformidad o desviación de éstas pueda ejercer sobre la calidad de los servicios que ellos ofrecen. Tal profesional, también debe conscientizarse acerca del posible impacto de su conducta pública sobre la capacidad de sus colegas para llevar a cabo sus obligaciones profesionales.

Como puede apreciarse, su papel es trascendente en la labor de romper - el círculo vicioso del maltrato de una generación a otra, deteniendo la desviación social heredada y aclarando que el Síndrome del Niño Maltratado es un grave síntoma de los conflictos sociales, familiares y personales. En fin, es uno de los miembros de la Sociedad que tiene la oportunidad de interrumpir este ci-

cio de violencia.

Por ende, para que en general el síndrome del maltrato se controle, es oportuno cambiar la actitud concebida por costumbre que aprueba la utilización de la fuerza física hacia los menores. Asimismo, cada vez es más urgente la necesidad de sensibilizar a la sociedad y crear una conciencia social para que todos los miembros de la comunidad acepten, identifiquen y denuncien el problema del maltrato infantil.

Es aquí, donde el psicólogo tiene un papel de vital importancia, ya que es necesario que acepte y plantee que la violencia en la sociedad puede continuar creciendo en tanto se crea que el maltrato es un hecho infortunado para todos los involucrados en el maltrato y que nada tiene que ver con el resto de la población; debe tratar de demostrar, para que la comunidad acepte, que tales hechos tienen que ver con todos; que es un desagradable síntoma de la actualidad y que es más que eso, puesto que está inextricablemente vinculado con tensiones, pobreza, valores distorsionados, con la falta de respeto a la vida humana y otros males en medio de los cuales vive el hombre y para los cuales debe encontrarse una solución.

Para tales fines, sin duda sería muy importante, la orientación familiar, la cual representaría un instrumento valioso para prevenir las conductas que atentan contra los niños, habida cuenta de que tal orientación ayudaría a integrar, concientizar y equilibrar debidamente a la familia. Para lograr lo anterior, es fundamental una reeducación de los miembros de la comunidad en general, a través de programas dirigidos a niños, padres y profesionistas.

Por consiguiente, el futuro del menor maltratado depende principalmente de la educación y cultura de todas las personas interesadas en su atención, del cumplimiento de las leyes y del interés de todos en descubrir los medios de denuncia, que harán que la protección del infante y las subsecuentes investigacio

nes de los casos de malos tratos, sean realistas y eficientes. Sólo podrán lograrse progresos adicionales hacia la prevención de este síndrome, por medio de programas mixtos educativos y cooperativos, adecuados, que delimiten las responsabilidades de las disciplinas específicas involucradas y ofrezcan un seguimiento realista de todos los casos, no únicamente para garantizar la seguridad del pequeño, sino también para determinar la eficacia del sistema.

Por otra parte, cabe resaltar que las condiciones de vida del núcleo familiar, su grado de unión, su calidad como ambiente digno para la realización de sus miembros, son factores que repercuten de manera determinante en la vida social. Por eso, el proceso de integración social y familiar tiene un valor inapreciable en la formación de una sociedad más justa y responsable. Para la realización de dichos fines, hay que hacer un llamado muy especial acerca de la urgente e impostergable necesidad de prestar atención a la familia, ya que en ella se sientan las bases para la organización y la integración de la personalidad de los individuos. Es fundamental precisar e insistir en que la esencia de la familia es el amor, por medio del cual se debe ofrecer al niño seguridad emocional y oportunidades para su desarrollo mental y social; sólo al impedir el abuso y los malos tratos, se podrá hacer que la familia cumpla con sus funciones de criar, formar, educar y proveer los valores adecuados de la vida en sociedad, haciendo que su base sea el ambiente idóneo para que los hijos crezcan y se desarrollen, brindándoles ventajas físicas, morales y sociales.

Bien es sabido que es la misma familia precisamente, quien tiene a su cargo la conservación de la especie, constituyendo además una verdad histórica el que sea la unidad básica de toda sociedad, por lo que se pretende su conservación y protección. Este grupo social, al sufrir una incesante evolución y al llegar a ser una verdadera Institución, se ve influida como ya se ha indicado, por factores culturales como son: la religión, la moral, el derecho y la costum

bre, los cuales le han ~~dad~~ su razón de ser, más allá de las simples motivaciones biológicas. Todo ello, indica que no es un ente aislado, por el contrario, su formación, organización y características fundamentales dependen en gran parte de cómo esté insertada en la estructura socioeconómica.

No obstante, cabe reiterar que el componente medioambiental puede producir e influir la presentación de un cambio dentro de la familia, el cual podría ser expresado en una forma de malestar social, de manera que las presiones que regulan y controlan las costumbres sociales aceptadas se ven disminuidas. Los padres, de este modo, ante un fuerte y estresante desequilibrio medioambiental, es posible que generen o incrementen conductas agresivas u hostiles que aunadas a las características propias del infante (travesuras, desobediencia, etc.), facilitan la consecución de algún episodio de maltrato. Es decir, ciertos conflictos medioambientales pueden producir cambios en la personalidad del padre o cualquier episodio que junto a ciertas características de los pequeños, generan el maltrato. Por ello, las causas de éste, aparentes o reales, conocidas o sospechosas, varían con la agresión, el agresor y el agredido e involucran no sólo a los individuos en particular, sino a la sociedad que lo permite, condiciona, modifica o determina. Por lo tanto, ya que el síndrome de estudio se genera dentro de la célula básica de todo grupo social, es innegable el hecho de concebirlo como un fenómeno social.

Esta aserveración, es apoyada por Ruiz Pérez (1987), quien enfatiza que la existencia de menores maltratados en el seno de una sociedad, permite ubicarla como un problema social, donde intervienen diferentes factores entre los que se destacan los comportamientos de los padres, de los menores y de la comunidad; conductas que de no modificarse, seguirán transmitiéndose de generación en generación.

Aunado a ello, Ruiz Taviel (1978) añade que el castigo al niño puede --

llegar a considerarse un parámetro social relacionado con el tipo de vínculos - que estructuran al grupo, en la medida en que como ritual formativo, podría no ser más que la manifestación en el grupo familiar de la forma establecida en el sistema de esta sociedad.

De lo dicho hasta el momento, se desprende que hay que ir hasta las raíces profundas del problema si se le quiere combatir, conociéndolo cada día mejor. Se reitera que son precisos cambios radicales y hondísimos en la estructura de la sociedad, considerando la importancia de la familia y construyéndola - sobre una realidad.

De esta manera, y mediante las reformas propuestas, el Estado podrá combatir ciertos hábitos de la familia que representan uno de los fenómenos más -- agudos que en la sociedad se manifiestan, como lo es el maltrato a los hijos, - verdadera escuela de violencia, hecho al que la comunidad se ha acostumbrado, - sin duda por la fuerza de la tradición, viéndolo con indiferencia, cuando en -- realidad debe ser eliminado cuanto antes por la inmensa patología social que -- conforma.

Por lo tanto, la erradicación de malos tratos debe ser tarea de todos, - no exclusivamente del Estado a través de las dependencias correspondientes; en tal virtud, es necesario que los sectores público y privado atiendan la urgente necesidad de prevenir el maltrato a los menores. De esta manera, el campo del - bienestar del niño, para que éste logre una vida efectiva, debe ser ampliado, valorado, y revalorado constantemente; así, es como han de lograrse mejores -- perspectivas para esta parte de la población, ya que como ha sido apuntado, los pequeños de hoy son los ciudadanos del mundo del mañana y el destino del futuro bienestar de la nación está en sus manos.

B I B L I O G R A F I A

- Ajuriaguerra, J. (1983). Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Masson.
- Alvy, K. (1975). Preventing Child Abuse. American Psychologist. September, 30 (9), pp. 921 - 928.
- Ayala Castillo, R. A. y Cruz Osorio, D. (1983). Síndrome del Niño Maltratado. Memoria, Seminario: manejo actual del síndrome del niño maltratado en México. México: DIF. pp. 37 - 41.
- Barahal, M. R. (1981). The Social Cognitive Development of Abused Children. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 49 (4), pp. 508 - 516.
- Barrett, D. L. and Fine, H. J. (1980). A Child who has been Beaten: the therapy of battered children as adults. Psychotherapy, Theory Research and Practice. 17 (3), pp. 285 - 292.
- Belsky, J. (1980). Child Maltreatment. An Ecological Integration. American Psychologist. April, 35 (4), pp. 320 - 335.
- Bennie, F. H. and Sclare, A.B. (1969). The Battered Child Syndrome. American Journal of Psychiatry. January, 125 (7), pp. 975 - 979.
- Berger, Neil y cols. (1973). Los Derechos de los Niños. México: Extemporáneos.
- Birrell, R. G. and Birrell, J. H. (1968). El Síndrome de los Niños Maltratados.

- dos. Anales Nestlé. Fasc. 114. México, p. 28.
- Browning, D. and Boatman, B. (1977). Incest: children at risk. American -- Journal of Psychiatry. January, 134 (1), pp. 69 - 72.
- Burgoa, I., Heredia Jasso, C., De Teresa, J. y Sepúlveda, C. (1978). Aspectos Jurídicos y la Ley Penal Mexicana ante el Problema del Niño Maltratado. El Maltrato a los Hijos. México: Edicol, pp. 263 - 295.
- Callaghan, K. A. y Fotheringham. (1970). Conducta Práctica Adoptada en el -- el Síndrome del Niño Maltratado. Anales Nestlé. Fasc. 114. México, pp. 29 - 30.
- Chagoya, L. (1978). Formas de Agresión al Niño en la Familia. El Maltrato a los Hijos. México: Edicol, pp. 101 - 110.
- Chevaili Arroyo, A. (1987). Manual de Coordinadores de Padres Afectivos. México: Padres Afectivos.
- Chevaili Arroyo, A. (1987). Manual de Padres Afectivos. México: Padres Afectivos.
- \_\_\_\_ (1986). Código Civil. México: Porrúa.
- \_\_\_\_ (1985). Código Penal. México: Gómez Hermanos Editores.
- \_\_\_\_ (1987). Código Penal. México: Editores Mexicanos Unidos.
- \_\_\_\_ (1979). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Gaceta Informativa de la Comisión Federal Electoral.
- Coren, C. V. (1987). Burn Injuries in Children. Pediatrics Annals. April, 16 (4), pp. 328 - 339.
- Corona Sosa, M. A. (1983). Manejo Actual del Niño Maltratado en la S.S.A.. Memoria, Seminario: manejo actual del síndrome del niño -- maltratado en México. México: DIF. pp. 33 - 35.
- Crozier, J. and Katz, R. (1979). Social Learning Treatment of Child Abuse.

- Journal Behavior, Therapy and Psychiatry. September, 10  
(3), pp. 213 - 220.
- Dévila Montesinos, A. (1978). Algunas Consideraciones sobre el Diagnóstico del Niño Maltratado. El Maltrato a los Hijos. México: Editorial, pp. 73 - 78.
- Denicola, J. (1980). Training Abusive Parents in Child Management and Self-Control Skill. Behavior Therapy. March, 11 (2), pp. 263 - 269.
- Derdeyn, P. A. (1977). Child Abused and Neglect: the right of parents and - the needs of their children. American Journal Orthopsychiatry. July, 47 (3), pp. 375 - 385.
- DIF (1985). Análisis Sistemático de los Datos Registrados de Menores Maltratados en el Programa DIF - PREMIAE. México: Autor.
- DIF - INSM (1987, Febrero). Informe de Labores 1986: Instituto Nacional de Salud Mental. México: Autor.
- DIF (1984, Julio). Memoria (informe anual del consejo consultivo para las acciones en beneficio del menor maltratado). México: Autor.
- DIF (1985). Qué Hace el DIF por México. México: Autor.
- DIF (1984). Revista del Menor y la Familia. México: Autor, 3 (3), pp. 1 - 21.
- DIF (1979). Simposium Nacional sobre el Síndrome del Niño Maltratado. AIN-México: Autor.
- Dirx, R. (1972). Padres Buenos, Hijos Buenos. Bilbao: Mensajera.
- Educación para los Niños a Base de Razón y Amor. (1987, 22 Abril). Novedades Editores. No. 16635, p. A - 4.
- Egeland, B. and Sroufe, A. (1981). Attachment and Early Maltreatment. Child Development. March, 52 (1), pp. 44 - 52.
- Feder, L. (1978). La Universalidad del Conflicto Preconceptivo (los hijos -

- no deseados). El Maltrato a los Hijos. México: Edicol, pp. 87 - 99.
- Feigelson, C. N. (1985). Un Niño ha sido Golpeado (la violencia contra los niños, una tragedia moderna). México: Diana.
- Fernández Herrera, E. (1981). Lesiones Oseas en el Síndrome del Niño Maltratado. Tengo Derecho a la Vida: Prevención e Identificación. México: Editores Mexicanos Unidos, pp. 59 - 67.
- Flynn, R. W. (1970). Frontier Justice: a contribution to the theory of child battery. American Journal Psychiatry. September, 127 (3), pp. 375 - 379.
- Foncerrada Moreno, M. (1982). El Niño Víctima del Maltrato Físico. Revista Médica. 20 (5), pp. 457 - 467.
- Foncerrada Moreno, M. (1983). Los Problemas del Manejo Actual del Niño Maltratado dentro del IMSS. Memoria, Seminario: Manejo Actual del Niño Maltratado en México. México: DIF, pp. 43 - 49.
- Fontana, J. V. (1984). En Defensa del Niño Maltratado. México: Pax.
- Fredericksen, H. (1976). El Niño y su bienestar. México: CECSA.
- Frodi, A. and Lamb, M. (1980). Child Abuser's responses to infant smiles -- cries. Child Development. March, 51 (1), pp. 238 - 241.
- Gaines, R., Sandgrund, A., et. al. (1978). Etiological Factors in Child Maltreatment: a multivariate study of abusing, neglect and normal mothers. Journal Abnormal Psychology. 87 (5), pp. 531-540.
- Galdston, R. (1965). Observations on Children who have been physically abused and their parents. American Journal of Psychiatry. October, 122 (4), pp. 440 - 443.
- Garbarino, J. (1977). The Human Ecology of Child Maltreatment: a conceptual

- model for research. Journal of Marriage and the Family. November, 39 (4), pp. 721 - 735.
- García Guerra, T. (1987, 29 Octubre). Se ha acentuado la Violencia contra - los Menores, dice Leobardo C. Ruiz. Novedades Editores. Mé - xico. No. 16823, p. A - 7.
- Gelles, J. R. (1978). Violence toward in the United States. American Jour - nal of Orthopsychiatry. October, 48 (4), pp. 330 - 392.
- Gil, D. (1971). Violence against Children. Journal of Marriage and the Fami - ly. November, 33 (4), pp. 637 - 648.
- Giovannoni, J. (1971). Parental Mistreatment: perpetrators and victims. Jour - nal of Marriage and the Family. November, 33 (4), pp. 649- 657.
- Gómez Pombo (1979). Violencia de la Miseria. Proceso. Mayo 28. NO. 134 pp. 14 - 16.
- Gómez Torres, B., Hernández Ortega, A. M. y Mendoza Araujo, M. R. (1986). El DIF y la Asistencia a la Niñez Descuidada. TESIS. SEP: Di - rección General de Educación Tecnológica Industrial. México, pp. 58 - 87.
- Green, A., Gaines, R. and Sandgrund, A. (1974). Child Abuse: pathological - syndrome of family interaction. American Journal of Psy - chiatry. August, 131 (8), pp. 882 - 886.
- Guiza Cruz, V. M. (1983). Maltrato a Menores. Memoria, Seminario: manejo ac - tual del síndrome del niño maltratado en México. México: DIF, pp. 57 - 60.
- Harbin, T. H. and Denis, J. M. (1979). Battered Parents: a new syndrome. Ame - rican Journal Psychiatry. October, 136 (10), pp. 967 - 970.
- Heredia Jasso, C. y Rabasa Gamboa, E. (1981). Reformas necesarias a la Ley

- para hacer efectiva la Protección del Menor. Tengo Derecho a la Vida: prevención e identificación. México: Editores Mexicanos Unidos, pp. 193 - 198.
- Herman, J. and Hirschman, L. (1981). Families at risk for Father - Daughter Incest. American Journal of Psychiatry. July, 138 (7), pp. 967 - 970.
- Hunter, R. S. and Kilstrom, N. (1979). Breaking the Cycle in Abusive Families. American Journal Psychiatry. October, 36 (10), pp. 1320 - 1322.
- Kadushin y Martín (1985). El Niño Maltratado. México: Extemporáneos.
- Katz, G. (1981). La Repercusión Psicológica que produce la Agresión en el Desarrollo Infantil. Tengo Derecho a la Vida: prevención e identificación. México: Editores Mexicanos Unidos, pp. 131 - 142.
- Kempe, H. (1981). Abuso Sexual Infantil. Tengo Derecho a la Vida: prevención e identificación. México: Editores Mexicanos Unidos, pp. 97 - 118.
- Kempe, H. (1971). Implicaciones Pediátricas del Síndrome del Niño Maltratado. Anales Nestlé. Fasc. 114. México, pp. 33 - 35.
- Kempe, S. y Kempe, H. (1979). Niños Maltratados. Madrid: Moratn.
- Kinard, M. (1980). Emotional Development in Physically Abused Children. American Journal Orthopsychiatry. October, 50 (4), pp. 686 - 695.
- Kinard, M. and Klerman, L. (1980). Teenage Parenting and Child Abuse: are they related. American Journal Orthopsychiatry. July, 50 (3), pp. 481 - 488.
- Konstat, E. (1981). Métodos Psicológicos en la Evaluación del Síndrome del

- Niño Maltratado. Tengo Derecho a la Vida: prevención e identificación. México: Editores Mexicanos Unidos, pp. 143 -151.
- Kottmeier, P. (1987). The Battered Child. Pediatrics Annals. April, 16 (4), pp. 343 - 351.
- Light, J. R. (1973). Abused and Neglected Children in America: a study of - alternative polices. Harvard Educational Review. November, 43 (4), pp. 556 - 598.
- Lynch, M. (1978). Annotation. The Prognosis of Child Abuse. Journal of Child Psychology and Experimental Psychiatry. Vol. 19, pp. 175 - 180.
- Manterola Martínez, A. (1983). Manejo Actual del Niño Maltratado en el DIF. Memoria, Seminario: manejo actual del síndrome del niño -- maltratado en México. México: DIF, pp. 67 - 73.
- Manterola Martínez, A. (1982). Problemática Jurídica del Menor Maltratado. Revista del Menor y la Familia. México: DIF, 2 (2), pp. 59 - 64.
- Marcovich Kuba, J. (1978). El Maltrato a los Hijos. El Maltrato a los Hijos. México: Edicol, pp. 17 - 22.
- Marcovich Kuba, J. (1978). Un Estudio del Síndrome del Niño Maltratado en Mé- xico. El Maltrato a lbs Hijos. México: Edicol, pp. 25 - 54.
- Marcovich Kuba, J. (1978). Trascendencia y Recomendaciones. El Maltrato a - los Hijos. México : Edicol, pp. 297 - 311.
- Marcovich Kuba, J. (1981). Panorama Universal del Síndrome del Niño Maltru- tado. Tengo Derecho a la Vida: prevención e identificación. México: Editores Mexicanos Unidos, pp. 15 - 25.
- Marcovich Kuba, J. (1981). Problemática en México. Tengo Derecho a la Vida:

- prevención e identificación. México: Editores Mexicanos - Unidos, pp. 27 - 38.
- Marcovich Kuba, J., Camacho, G. y Valdez, E. (1981). Prevención e Identificación del Síndrome del Niño Maltratado en México. Tengo Derecho a la Vida: prevención e identificación. México: -- Editores Mexicanos Unidos, pp. 199 - 210.
- Mastría, E. O. (1978). A Method of Intervention in Child Abuse. Dissertation Abstracts International. July, 39- B (1), pp. 389-B.
- McCary, J. L. (1984). Sexualidad Humana. México: Manual Moderno.
- Milner, J. and Wimberley, R. (1980). Prediction and Explanation of Child Abuse. Journal of Clinical Psychology. October, 36 (4), - pp. 875 - 884.
- Montiel Mejía, V. (1980). XI Congreso Mundial de la Federación Internacional para la Educación de los Padres: el mito de la infancia feliz. México: INSM - DIF, pp. 5 - 7.
- Montiel Mejía, Valle Burrián, Guiza Cruz y Gaytán Flores (1982). Problemática Médica del Menor Maltratado. México: INSM- DIF, pp. - 1 - 17.
- Muram, D. (1986). Genital Tract Injuries in the Prepubertal Child. Pediatrics Annals. August, 15 (8), pp. 616 - 620.
- Nathan, H. (1965). Observations on Children who have been Physically Abused and their Parents. American Journal of Psychiatry. October, 122 (4), pp. 443 - 445.
- Newberger, E. and Bourne, R. (1978). The Medicalization and Legalization of Child Abuse. American Journal Orthopsychiatry. October, 48 (4), pp. 593 - 607.
- Nicola, F. y Gil, G. (1903). Los Niños Mal Educados. Barcelona: Editor.

- Osorio y Nieto, A. (1983). El Niño Maltratado. México: Trillas.
- Palomares, A. (1983). Niños Maltratados (nuestras indefensas víctimas). México: Editores Mexicanos Unidos.
- Parres, A. (1978). El Maltrato a los Niños en las Diferentes Culturas. El Maltrato a los Hijos. México: Edicol, pp. 63 - 72.
- Pawlostky (1970). A propósito de Carencia Materna. Anales Nestlé. Fasc. 114. México, pp. 40 - 41.
- Pelton, L. H. (1978). Child Abuse and Neglect: the myth of classlessness. American Journal of Orthopsychiatry. October, 48 (4), pp. 608 - 617.
- Peón Vidales, H. (1978). Aspectos Ortopédicos del Síndrome del Niño Maltratado. El Maltrato a los Hijos. México: Edicol, pp. 79 - 86.
- Pérez Abrego, V. (1983). Manejo Actual del Niño Maltratado en el INSM. Memooria, Seminario: manejo actual del síndrome del niño maltratado en México. México: DIF, pp. 61 - 65.
- Rascovsky, A. (1974). El Filicidio. Buenos Aires: Orión.
- Reidy, T. J. (1977). The Aggressive Characteristics of Abused and Neglected Children. Journal of Psychology. October, 33 (4), pp. 1140 - 1145.
- Resnick, P. (1969). Child Murder by Parents: a psychiatric review of filicide. American Journal of Psychiatry. September, 126 (3), pp. 325 - 334.
- Ruiz Taviel de Andrade, A. (1978). Análisis y Comentarios sobre el Estudio del Síndrome del Niño Maltratado en México. El Maltrato a los Hijos. México : Edicol, pp. 55 - 62.
- Ruiz Taviel de Andrade, A. (1983). Manejo Actual del Niño Maltratado en el ISSSTE. Memoria, Seminario: manejo actual del síndrome del

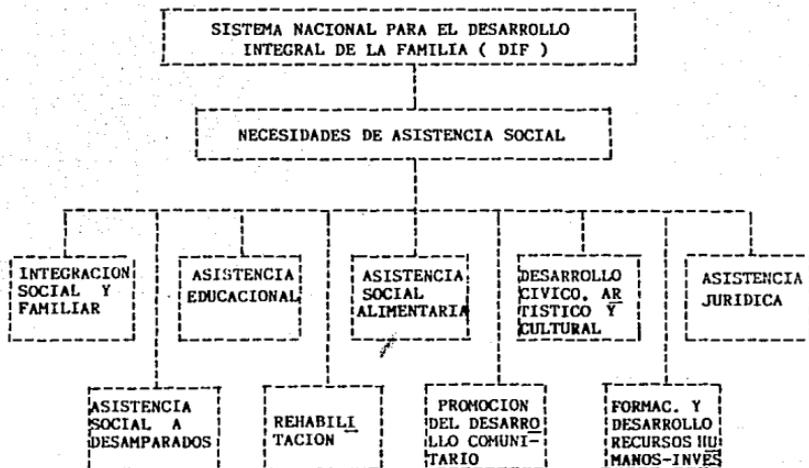
- niño maltratado en México. México: DIF, pp 51 - 56.
- Sanders, W. (1978). Systematic Desensitization in the Treatment of Child -- Abuse. American Journal Psychiatry. April, 135 (4), pp. -- 483 - 485.
- Sanfilippo, J. and Schikler, K. (1986). Identifying Sexually Molested Pre-adolescent Girl. Pediatrics Annals. August, 15 (8), pp. 621 - 624.
- Silver, L., Dublin, Ch. and Lourie, R. (1969). Does Violence breed Violence?. Contributions from a study of the Child Abuse Syndrome. American Journal of Psychiatry. September, 126 (3), pp. 152 - 155.
- Spinetta, J. and Rigler, D. (1972). The Child - Abusing Parent: a psychological review. Psychological Bulletin. 77 (4), pp. 296 - 304.
- Teer, L. C. (1970). A Family Study of Child Abuse. American Journal Psychiatry. 127 (5), pp. 665 - 671.
- Velazco Alzaga, J. M. (1983). Bosquejo Histórico sobre el Servicio de Prevención del Maltrato al Menor. Memoria, Seminario: manejo actual del síndrome del niño maltratado en México. México:DIF, pp. 27 - 32.
- Winder, E. A., Greif, C. and Kelso, P. E. (1976). Family Therapy: the single parent family and the battered child. Family Therapy. 3 (2), pp. 97 - 107.
- Wolfe, D. A. (1980). Group and Individual Parent Training with Child Abuser. Dissertation Abstract International. December, 41-B (6), --
- Wolfe, D. A., Sandler, J. and Kaufman, K. (1981). A Competency based parenting Program for Child Abuser. Journal of Consulting and -- Clinical Psychology. October, 49 (5), pp. 633 - 640.

Wright, L. (1976). The "Sick but Slick" Syndrome as a Personality component of Parents of Battered Children. Journal of Clinical Psychology. January, 32 (1), pp. 41 - 45.

A N E X O S

## A N E X O N O . 1

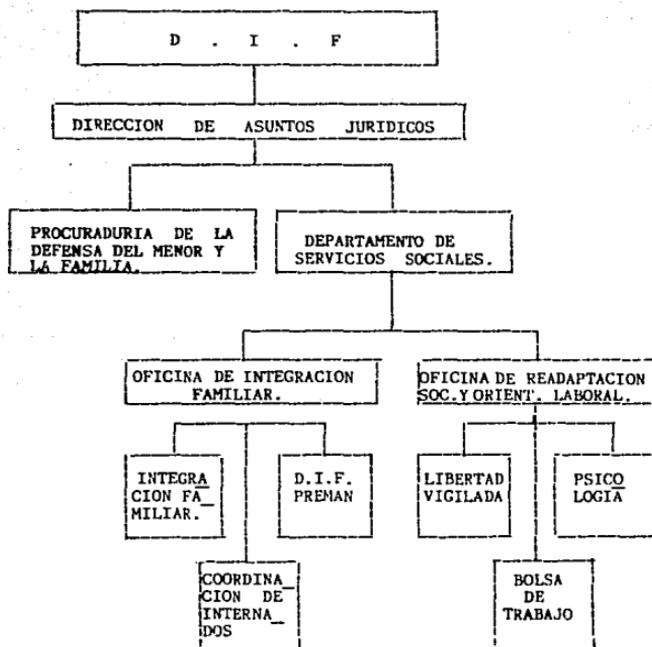
## PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL



FUENTE: DIF (1985). Qué Hace el DIF por México. México: Autor, p. 7.

A N E X O            N O .   2

ORGANIGRAMA DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA JURIDICA



FUENTE: Gómez Torres y cols. (1986). El DIF y la Asistencia a la Niñez Descuida da. TESIS. SEP: México, p. 80.

2.- ESTUDIO FAMILIAR Y CARACTERISTICAS GENERALES.

Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupación	Tipo de Empleo	Prestac. Sociales
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Estado Civil de los Progenitores:		Parentesco entre los Progenitores:	Observaciones:
Padre	Madre		
Soltero	_____	Consanguinidad	_____
Divorciado	_____	Afinidad	_____
Viudo	_____	Civil	_____
Concubinato	_____	Ninguno	_____
Unión Libre	_____		_____



C.A.S.A.D.O :

	PADRE	MADRE
Con el progenitor	_____	_____
Con otra persona	_____	_____
Separados	_____	_____
Sólo matrimonio religioso	_____	_____

Duración de la relación  
entre los Progenitores :

## Observaciones

Ocasional	_____	_____
Periódica	_____	_____
Permanente	_____	_____
		_____

## 3. - CARACTERISTICAS DE LA ZONA DONDE SE LOCALIZA LA VIVIENDA.

Servicios Públicos:

Alumbrado	_____	Correo	_____
Drenaje	_____	Deportivo	_____
Agua	_____	- Clubes	_____
Transporte	_____	- Otros	_____
Servicio de Limpia	_____		_____
Vigilancia	_____	Centros de Vicio	_____
		cercanos al dom.	_____
			_____

Zona:

Urbana	_____
Suburbana	_____

## 4.- CARACTERISTICAS Y SERVICIOS DE LA VIVIENDA.

Tipo de Habitación:

Cuarto redondo	_____	Departamento Popular	_____
Cueva	_____	Departamento Residencial	_____
Barranca	_____	Vivienda Proletaria	_____
Tugurio	_____	Internado	_____
Vecindad	_____	Casa Unifamiliar	_____
Cuarto de Servicio	_____		
		Forma parte de	_____
			_____

Uso y Número de Habitaciones:

Comedor	_____	Baño	_____
Sala	_____	Individual	_____
Dormitorio	_____	Colectivo	_____
Cama (s)	_____		
Cocina	_____		

Disposición de la Excreta:

Inodoro	_____	Abastecimiento de Agua	_____
Letrina	_____	- Intradomiciliaria	_____
Fosa Séptica	_____	- Hidrante	_____
Fecalismo	_____		

Domicilio : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Higiene y \_\_\_\_\_  
 Conservación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 5.- INGRESOS Y EGRESOS FAMILIARES MENSUALES.

<u>Ingreso Familiar:</u>		
Miembros:	Ingresos	Aportaciones al Hogar
Padre	_____	_____
Madre	_____	_____
Otros quién?	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
TOTAL	_____	_____

<u>Egresos Mensuales:</u>	<u>Cantidad</u>
Por Alimentos	_____
Renta o pago de Casa	_____
Impuesto Predial	_____
Luz	_____
Agua	_____
Combustible o Gas	_____
Transporte	_____
Vestido	_____
Educación	_____
Crédito	_____
- Ropa	_____
- Mobiliario	_____
- U otros usos	_____
Paseos y Vacaciones	_____
T O T A L	\$ _____

## 6.- ANTECEDENTES Y VERIFICACION DE LA DENUNCIA.

Datos de la Denuncia:

Fecha de Recepción	_____	Fecha de Identificación	_____
Procedencia	_____		_____
Tipo de Lesiones	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____
Denunciante	_____		_____
Domicilio	_____		_____
Teléfono	_____		_____

(En estas líneas se anotan antecedentes importantes como: problemas y relaciones conyugales, historia de maltrato del niño y de los padres. Frecuencia del Maltrato (con qué le pegan, grado de maltrato, quién maltrató). Enfermedades importantes de familiares con previo diagnóstico médico).

Estado de Salud de la Familia:

(Se anotan observaciones finales de los estudios de Salud de la Familia).

## 7.- DINAMICA FAMILIAR .

Vida Familiar :

\_\_\_\_\_  
 (Se incluyen datos sobre actividades realizadas en un día: cómo se organizan, qué hacen, cuántos y - quienes son, en qué trabajan, qué estudian).  
 \_\_\_\_\_

Roles:

\_\_\_\_\_  
 (Se detectan si los roles son tradicionales (padre trabaja, madre al hogar) ó, idiosincráticos (padre y madre y/o hijos proveedores económicos).  
 \_\_\_\_\_

Comunicación:

\_\_\_\_\_  
 (Datos sobre comunicación directa, fluida y armónica ó indirecta y agresiva. Si la comunicación es buena o mala entre los padres, ó hacia los hijos, ó de los hijos a los padres o entre los hijos).  
 \_\_\_\_\_

Afectos :

\_\_\_\_\_  
 (Cómo manifiestan los padres el afecto hacia los hijos: si van del padre a madre y luego a los hijos, o de hijos a padre y madre).  
 \_\_\_\_\_

## 8.- IMPRESION DIAGNOSTICA.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9.- PRONOSTICO.

10.- PLAN DE TRABAJO.

FECHA

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL

FUENTE: DIF - PREMAN (comunicación personal, Abril 1, México 1987).

## A N E X O N O . 4

## RESUMEN DE CASO

DIF - PREMAN

NUMERO DE DENUNCIA \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ESTUDIO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TUTOR \_\_\_\_\_

DOMICILIO COMPLETO \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL AGRESOR \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

TIPO DE FAMILIA : INTEGRADA \_\_\_\_\_ DESINTEGRADA \_\_\_\_\_

ORGANIZACION: PATRIARCAL \_\_\_\_\_ MATRIARCAL \_\_\_\_\_ DEMOCRATICA \_\_\_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

TIPO DE UNION DE LOS PADRES \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

TIEMPO DE UNION DE LOS PROGENITORES \_\_\_\_\_

TIEMPO DE SEPARACION DE LOS PROGENITORES \_\_\_\_\_ MOTIVOS \_\_\_\_\_

REGISTRO CIVIL DE LOS MENORES : SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SERVICIOS PUBLICOS CON QUE CUENTA EL DOMICILIO \_\_\_\_\_

CONDICIONES DE HIGIENE Y MANTENIMIENTO \_\_\_\_\_

INGRESOS Y EGRESOS \_\_\_\_\_

RELACIONES FAMILIARES \_\_\_\_\_

FUENTE DE INFORMACION (DENUNCIANTE), NOMBRE Y DIRECCION \_\_\_\_\_

PROBLEMA PRINCIPAL (SITUACION DE MALTRATO) \_\_\_\_\_

SEGUIMIENTO DE LA CLINICA DEL MENOR \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO SOCIAL \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

RESULTADOS \_\_\_\_\_

SUGERENCIAS :

ACCIONES INMEDIATAS \_\_\_\_\_

ACCIONES MEDIATAS \_\_\_\_\_

FECHA

FIRMA

NOTA: Se emplea cuando el expediente se deriva a otro lugar.

FUENTE: DIF - PREMAN.(comunicación personal, Abril 1, México 1987).

## A N E X O N O . 5

## VISITA DOMICILIARIA

DIF - PREMAN

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

COLONIA \_\_\_\_\_ Z.P. \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_RESULTADO DE LA VISITA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL.

FUENTE: DIF- PREMAN (comunicación personal, Abril 1, México, 1987).

## A N E X O N O . 6

## PROGRAMA DE ACTIVIDADES

DIF - PREMAN

PROGRAMA \_\_\_\_\_

ZONA \_\_\_\_\_

N U M E R O	R E G I S T R O	F A M I L I A	F E C H A S											
			1A. SEMANA DEL __ AL __.					2A. SEMANA DEL __ AL __.						
			LUN.	MAR.	MIE.	JUE.	VIE.	LUN.	MAR.	MIE.	JUE.	VIE.		

FUENTE: DIF - PREMAN (comunicación personal, Abril 1, México 1987).

## A N E X O N O . 7

PROCESO SOCIAL  
DIF - PREMAN

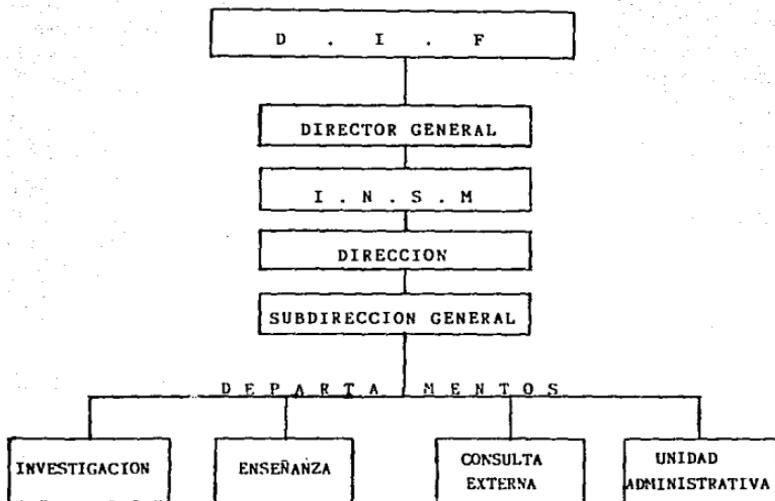
FECHA	SITUACION ACTUAL	TRATAMIENTO A SEGUIR	FECHA DE PROXIMA VISITA

FUENTE : DIF - PREMAN (comunicación personal, Abril 1, México 1987).

## A N E X O N O . 8

## INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

## ORGANIGRAMA DE FUNCIONAMIENTO



FUENTE: DIF - INSM (1987). Informe de Labores 1986: INSM. México: Autor, p. 5.

## A N E X O N O . 9

INFORME MENSUAL DEL COORDINADOR  
PADRES AFECTIVOS

MES DE \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

GRUPO EN QUE TRABAJA \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_ NO. \_\_\_\_\_

COLONIA \_\_\_\_\_

DIAS DE LAS JUNTAS \_\_\_\_\_

HORARIO \_\_\_\_\_

ASISTENCIA	# DE PERSONAS NUEVAS	TOTAL
1A. SEMANA _____		
2A. SEMANA _____		
3A. SEMANA _____		
4A. SEMANA _____		

.. INDICANOS EN QUE FORMA PODEMOS HACER PROMOCION PARA AUMENTAR LA ASISTENCIA A TU GRUPO.

---

---

---

.. QUE DINAMICA DE GRUPO NECESITAS PARA TRABAJAR EN TU GRUPO ?

---

---

---

.. TIENES ALGUN PROBLEMA TECNICO O ADMINISTRATIVO EN QUE QUISIERAS QUE TE AYUDARANOS ?

---

---

---

.. TIENES ALGUN COMENTARIO QUE QUISIERAS QUE SALIERA EN NUESTRO PROXIMO BOLETIN ?

---

---

---

.. FECHA EN QUE NECESITAS PROYECTOS Y PELICULA.

---

---

---

NOTA: ESTE INFORME DEBERA SER LLENADO Y ENTREGADO DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE CADA MES.

FUENTE: Chevalli Arroyo, A. (1987). Manual de Coordinadores de Padres Afectivos.

México: Padres Afectivos, s/p.