

17
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

**EL MALTRATO INFANTIL:
ANALISIS DE UN CASO**

T E S I S

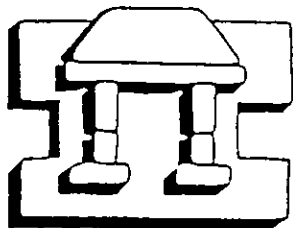
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

ARCE FONSECA | TANIA

CASTRO SOTO ALI IVETTE



IZTACALA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ASESORA: LIC. FRANCISCA BEJAR NAVA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO 1998

267480



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros padres, hermanos, amigos, compañeros y a todas aquellas personas que nos brindaron su apoyo y comprensión durante la realización de esta tesis.

En especial a Francis por sus comentarios, sugerencias y estímulos brindados al dirigir la misma.

TANIA Y ALI

RESUMEN

El fenómeno del maltrato infantil es un problema que aqueja a todas las sociedades desde la existencia del hombre, y ha sido tema de investigación desde el primer caso reportado en Estados Unidos en 1874, el caso de Mary Ellen el cual se defendió por medio de la sociedad protectora de animales. A partir de éste se dió y se sigue dando lugar a múltiples definiciones y estudios que explican sus causas y consecuencias.

Uno de los objetivos de este trabajo es exponer lo más significativo y actualizado acerca de este tema, así como describir las tres formas de prevención y los trabajos multidisciplinario, interdisciplinario y desprofesionalización, centrándonos en el papel del psicólogo, para presentar el análisis de un caso de maltrato infantil, el cual se desarrolló exitosamente a lo largo de un año y medio, dando intervención psicológica y seguimiento a la diada agresor-víctima, que en este caso fueron madre e hijo. Dicho tratamiento se efectuó bajo el enfoque cognoscitivo-conductual, el cual concibe la conducta (incluyendo el acto de pensar) como un proceso dinámico, y el objetivo terapéutico es identificar los pensamientos negativos, desarrollar estrategias para solucionar las dificultades y aprender habilidades adaptativas, tanto a nivel cognoscitivo como a nivel conductual.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. EL MALTRATO INFANTIL: DEFINICIONES Y TIPOS.....	11
1.1. DEFINICIONES.....	11
1.2. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL	15
1.2.1. MALTRATO FÍSICO	16
1.2.2. MALTRATO PSICOLÓGICO	23
1.2.3. OTROS TIPOS DE MALTRATO	28
CAPÍTULO II. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL	41
2.1. CAUSAS DEL MALTRATO INFANTIL.....	41
2.1.1. FACTORES INDIVIDUALES.....	43
2.1.2. FACTORES FAMILIARES.....	53
2.1.3. FACTORES SOCIO-CULTURALES.....	57
2.2. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL.....	59
2.2.1. CONSECUENCIAS FÍSICAS.....	59
2.2.2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS.....	61
CAPITULO III. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL MALTRATO INFANTIL.....	70
3.1. PREVENCIÓN EN EL MALTRATO INFANTIL.....	70
3.1.1. PREVENCIÓN PRIMARIA	72
3.1.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	80
3.1.3. PREVENCIÓN TERCIARIA.....	82
3.2. FORMAS DE INTERVENCIÓN.....	84
3.2.1. TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO.....	85

3.2.2. TRABAJO INTERDISCIPLINARIO	92
3.2.3. DESPROFESIONALIZACIÓN	93
3.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	95
3.3.1. ELEMENTOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	95
3.3.2. NIVELES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	100
3.4. TERAPIA COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL.....	104
CAPITULO IV. ANALISIS DE UN CASO DE MALTRATO INFANTIL.....	112
4.1. METODOLOGÍA.....	112
4.1.1. ESCENARIOS.....	112
4.1.2. MATERIALES.....	112
4.1.3. TIPO DE REGISTRO.....	113
4.1.4. SUJETOS.....	114
4.1.5. VARIABLES.....	114
4.2. PROCEDIMIENTO.....	114
4.2.1. PRIMERA FASE: EVALUACIÓN.....	115
4.2.2. SEGUNDA FASE: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	117
4.2.3. TERCERA FASE: POST-EVALUACIÓN.....	121
4.2.4. SEGUIMIENTO.....	121
4.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	122
4.4. SEGUIMIENTO.....	-151
CONCLUSIONES.....	-157
BIBLIOGRAFÍA.....	165

INTRODUCCIÓN

La existencia de malos tratos a los niños es un hecho que se ha presentado desde tiempos muy remotos. *"El maltrato al menor obedece en gran medida a las determinantes sociales que están en estrecha relación con los métodos que histórica y culturalmente cada sociedad adopta para el cuidado y educación de los niños que engendra"* (Dominguez, 1993, p. 3).

Entre las leyes antiguas, se encuentran las hechas en el año 2000 a.C., las del código Hammurabi donde se menciona que si una casa se cae y mata al hijo del propietario, debe castigarse con la muerte del hijo del arquitecto. Si alguien hiere a una mujer y le causa la muerte, debe ser castigado matando a la hija del agresor. En esa época se regían bajo la ley mosaica llamada *"del Talión"*, mediante la cual el castigo se aparejaba con la ofensa recibida bajo las bases *"ojo por ojo y diente por diente"* (Illingworth, 1982 en Escudero, 1990).

Cuatrocientos años antes de Cristo, Aristóteles expresó *"un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con las propiedades es injusto"*. En Grecia, Roma y otros países de la antigüedad el padre podía vender o matar a su hijo (Osorio y Nieto, 1993), sobre todo si era deforme o defectuoso, y para mantener una disciplina firme se les daba trato riguroso (Dominguez, 1993). También era costumbre el sacrificar al primogénito cuando la vida del monarca estaba amenazada o cuando se suponía que el propio rey tenía que ser la víctima propiciatoria y éste se las arreglaba para delegar en su hijo la terrible responsabilidad (Fontana, 1979).

En la Biblia se hace referencia al infanticidio en dos momentos: en el Viejo Testamento se menciona el asesinato de todos los niños varones ordenado por el faraón para derrotar a un rival profetizado, y en el Nuevo Testamento, cuando Herodes mandó matar a todos los niños menores de dos años (Paredes, 1985, en Escudero, 1990).

De 1337 a 1794, en Valencia, se instituyeron organismos de protección a huérfanos. En 1567 en Madrid, se fundó la casa de expósitos. En 1780 Carlos III y en 1794 Carlos IV fomentaron la educación de niños abandonados (González y Clemente, 1989).

Fontana (1979), al igual que Kempe y Kempe (1985) mencionan que en el siglo XVII el infanticidio era ampliamente practicado; la pérdida de las tres cuartas partes de los niños de una familia era común y por ende la mortalidad infantil no era algo insólito. Las formas de deshacerse de los hijos era por asfixia (al envolverlos apretadamente), estrangulamiento (al dormir con los niños), tirándolos a la basura, y exponiéndolos a los elementos. Era usual que un niño no deseado fuese fácil e indiferentemente abandonado por sus padres sin que éstos experimentaran culpa o fueran perseguidos por las leyes. En Alemania en el siglo XVIII el infanticidio era un acto castigado, se encostaba y arrojaba al río con uno o dos animales vivos a aquella persona que incurriera en dicho delito. Ya en 1940 el rey de Prusia Federico el Grande ordenó que en vez de encostarlos se les decapitara (González y Clemente, 1989)

El infanticidio era considerado como una medida de control de la población, en las islas de Tahiti y Hawai. En esta última después del tercero o cuarto hijo habitualmente eran sacrificados los niños subsecuentes. En China, el límite de una familia era de tres hijos, el cuarto era arrojado a los animales salvajes (Molina, 1992).

En el siglo XVIII, con la industrialización, la multiplicidad de los abusos hacia el niño fue evidente, exigiéndole obediencia y productividad, considerándole mano de obra barata y vulnerable; la explotación en las fábricas era de jornadas largas de trabajo (de 10 a 12 de la noche), eran tratados como esclavos: encadenados, con poca comida, y mediante golpes se les obligaba a aumentar su fuerza de trabajo (Rivera, 1986 en Escudero, 1990; González y Toriz, 1985).

En el siglo XIX empieza a surgir "cierta" reacción en contra del maltrato al menor. En 1868 Ambroise Tardieu, médico legista francés estudió dicho problema desde el punto de vista médico-social, basando sus investigaciones en autopsias realizadas a niños

(Osorio y Nieto, 1993; Kempe y Kempe, 1985). En la segunda mitad del mismo siglo se promulgó la ley que prohibía que el trabajo de los menores fuese mayor de dos horas diarias, sin embargo la explotación a los niños no cesaba, en algunos países europeos como Inglaterra, había veinticinco niños por cada obrero adulto (Álvarez, Caballero y Esquivel, 1986).

El primer caso registrado de maltrato infantil fue en Estados Unidos en 1874, el de Mary Ellen, quien era golpeada a menudo, permanecía encadenada a la cama y presentaba un estado crítico de desnutrición, caso en el cual tuvieron que acudir a la sociedad protectora de animales para rescatarla, apelándose que la criatura pertenecía a la escala zoológica animal. Los argumentos fueron válidos y los agresores fueron castigados. De ahí se fundó en 1875 en Nueva York, la Sociedad de Nueva York para la Prevención de la Crueldad a los Niños (González y Toriz, 1985; Fontana, 1979); y en 1883 se creó en Liverpool la primera Sociedad Inglesa para la Prevención de la Crueldad a los Niños. En estas mismas fechas médicos ingleses y franceses describieron diversos tipos de fracturas en niños, sin relacionarlas aún con el maltrato, sino con el raquitismo y la sífilis. En 1885 se fundó en Londres la London Society, en la cual se analizaron 762 casos de maltrato infantil sin llegar a precisarse que los padres fueran los agresores (Loredo, 1994).

Un caso anterior al de Mary Ellen fue el ocurrido también en Nueva York, el 27 de marzo de 1869, el caso de Roxana Felomero, quien (anunciado en el diario Oficial) había desaparecido de su domicilio y tres días después fue encontrada en un río cercano a su casa atada a tres planchas de cemento, el agresor fue su padrastro acusado de matarla a puñetazos, siendo detenida también la madre. Se descubrió que la niña había sido objeto de golpizas constantes por orinarse en la cama, los padres dijeron que su hija se *"había entorpecido"*, incrementando el castigo hasta provocar su muerte (González y Clemente, 1989).

En 1946 el pediatra y radiólogo estadounidense J. Caffey publicó una investigación en la que observó que los niños presentaban hematomas y fracturas múltiples, el médico

concibió la posibilidad de que tales lesiones tuviesen un origen traumático que se había ocultado; en 1955 Wolley Jr. y Evans dijeron que en tales casos el origen era traumático e intencional. Es a partir de estas investigaciones que el problema del maltrato infantil generó un impacto legal, social y médico.

Durante muchos años antes de los avances tecnológicos, los niños físicamente maltratados eran considerados como pacientes de un mal desconocido, de una enfermedad extraña y aún no diagnosticada que debilitaba sus huesos y que los hacía herirse con facilidad y sangrar en abundancia (Fontana, 1979).

En 1923 Englatine Gebb redactó la Declaración de los Derechos del Niño en Ginebra, la cual fue formulada y modificada por la ONU (Montes de Oca, 1991; González y Clemente 1989), y la denominó *"El decálogo de los derechos del niño"*. En 1946 creó un fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, que es la UNICEF, cuya primera tarea fue la de aportar una ayuda eficaz a los niños europeos de los países devastados por la Segunda Guerra Mundial. En Diciembre de 1950, al acabar la ayuda a Europa, empieza la ayuda a los países en vías de desarrollo, cuando el resto del mundo se da cuenta bruscamente de la inmensa miseria en que están.

Pese a los esfuerzos realizados por dichas organizaciones a favor de los niños, sigue existiendo el fenómeno de maltrato infantil como un problema a nivel mundial, ejemplo de ello es el Japón, en donde se mira con desprecio a los hijos ilegítimos, por ésto una porción significativa de ellos mueren o son abandonados a su suerte al nacer. Durante los años setenta se popularizó el uso de consignas en las estaciones de tren de ese país, lo cual aumentó el número de recién nacidos abandonados en ellas. El aumento del infanticidio y el abandono de niños se vincula con la rápida urbanización y el cambio del modelo tradicional de la familia extensa a la familia nuclear. En Taiwán, las niñas a menudo son sacrificadas para tener opción al hijo varón y las tasas de mortalidad son mayores en las hijas adoptadas que en las biológicas (Phebo y Suárez, 1996). Más recientemente, en 1983 el profesor Love hizo hincapié en la creencia generalizada de los adultos de que los

niños no tienen mayor derecho que el de haber nacido, y probablemente el de ser alimentados y vestidos (Fontana, 1979).

No obstante que el maltrato infantil era un fenómeno que empezaba a tener relevancia en la sociedad, se enfocaba *"parcialmente"* al maltrato físico, ya que las investigaciones se centraban en el daño físico causado por golpes, quemaduras, entre otros, sin retomar el daño físico y psicológico causado por otros tipos de maltrato como es el abuso sexual, el cual históricamente ha estado presente a través de la humanidad. La aceptación del abuso sexual infantil como un fenómeno real es relativamente reciente.

Freud fue el primero en mencionar este hecho, a partir de sus relatos de pacientes planteó que las experiencias sexuales en la niñez son, según su teoría, el origen de las neurosis. Por estas afirmaciones fue duramente criticado por sus colegas y comenzó a referir que los relatos de abuso sexual de sus pacientes eran fantasías. En la década de los sesentas, con las publicaciones de Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver (1962, en Rappley y Speare, 1993) sobre el abuso infantil y con el movimiento de liberación de la mujer se empezó a tener conciencia social sobre la intensidad y carácter devastadores del abuso sexual infantil dando lugar a investigaciones, libros, artículos, tanto en los medios profesionales como en los medios populares, además se aprobaron leyes que contemplan como delito dicho abuso. Ésto permitió desechar las historias de abuso como fantasías.

En 1962 Kempe y sus colaboradores dieron a conocer una cifra elevada de casos de niños que presentaban el llamado *"síndrome del niño golpeado"*. Posteriormente en 1979 Fontana lo denomina *"Síndrome del Niño Maltratado"*.

La definición de la cual partiremos para el análisis del caso es una modificación de la desarrollada por Del Castillo y Bejar (1992) y la planteada por la Organización Mundial para la Salud (Herrada, Nazar, Cassaball, Vega y Braulio, 1992): *"El maltrato infantil es definido como las acciones u omisiones que dañan el sano desarrollo físico y psicológico de un niño y que son cometidas de forma intencional por sus padres, cuidadores u otra persona, ya sea un adulto o un menor. Dichas acciones u omisiones pueden ser físicas"*

(violencia física, explotación física, negligencia física y maltrato sexual) y/o psicológicas (maltrato emocional, negligencia o abandono y sobreprotección)".

El tema del maltrato infantil en México resulta difícil de analizar, debido a lo reciente de su estudio científico, siendo reducida la información al respecto. Sin embargo, históricamente existen evidencias crueles en México de lo que hoy en día se considera como maltrato infantil: en la América prehispánica se sacrificaba a los niños en el momento de la siembra (Duarte, 1994); en los grupos Mazahuas al niño desobediente se le obligaba a inclinar la cabeza sobre el humo de los chiles tostados; a los que no sabían la lección se les hincaba sobre corcholatas con los brazos en cruz, abandonándoseles luego en el sótano húmedo durante la noche. Por estas mismas razones, pero en otro grupo, se les colgaba de los cabellos de las sienes a la vez que se les pegaba con varas, o se les hincaba sobre grava mientras sostenían una gran piedra sobre sus cabezas; dichos castigos eran impuestos desde la primaria hasta la secundaria, y aunque crueles era lo esperado *"en una comunidad con temple de guerreros, en una teocracia que impone su mística guerrera y religiosa a través del terror"* (Marcovich, 1978, pág. 66).

En el México prehispánico los aztecas daban también tratos crueles a los niños, ejemplo de ello era la costumbre de clavarles espinas de maguey en las manos, exponerlos al sol todo el día atados y desnudos (González y Toriz, 1985). Los antiguos mayas amaban profundamente a sus hijos, así que para embellecerlos realizaban prácticas para deformarlos, tales como la de la *"frente deprimida"*. Para conseguir esta deformación ataban la cabeza de los niños entre dos tablas planas, una atrás de la cabeza y la otra sobre la frente. Dejaban estas tablas en su sitio durante varios días, y al retirarlas la cabeza quedaba aplanada por el resto de su vida. Otra marca de distinción era ser bizco. Para producir esta condición, las madres colgaban de los cabellos de sus hijos pequeñas bolas de resina que les caían entre los dos ojos. Estas bolas llamaban la atención del niño y lo obligaban a torcer los ojos. También les perforaban las orejas, los labios y el tabique de la nariz para ponerles adornos en ellos (Buchanan, 1997).

Consumada la conquista y establecida la colonia, surgen benefactores que no conformes con la conquista y el abandono a los que sometieron a las familias indígenas promovieron el establecimiento de hospitales, casas de cuna, hospicios y colegios, sin embargo esta ayuda fue insuficiente para compensar la destrucción que causó la colonia.

Del movimiento de la independencia surgió cierta preocupación por los problemas de salud pública, creándose la casa de corrección en 1841 y en 1850 el Colegio Correccional (Heredia, 1973, en Escudero, 1990).

Con la promulgación de las leyes de Reforma del presidente Juárez, aparece la primera medida con carácter jurídico sobre la protección legal hacia los hijos, que es la inscripción al registro civil. Durante el porfiriato se establece la Casa Amiga de la Obrera, para dar asistencia y educación a los hijos de las mujeres que trabajan (Heredia, op. cit.).

El primer caso de maltrato infantil reportado en el México moderno fue en 1966 por el Servicio de Urgencias del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1929 se constituyó la Asociación de Protección Infantil, siendo presidente Portes Gil; el 31 de Diciembre de 1937, el presidente Lázaro Cárdenas estableció la Secretaría de Asistencia Pública, de la cual se originó en 1943 la actual Secretaría de Salud, siendo uno de sus principales objetivos cuidar a la niñez. En 1961 se creó un organismo descentralizado: la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N.) para resolver los problemas originados por el abandono y explotación de los menores (Domínguez, 1993).

Los días 7 y 8 de Septiembre de 1971 se celebró un ciclo de conferencias sobre el tema del maltrato físico al niño, analizando temas psiquiátricos, médicos, de trabajo social y jurídicos (Osorio y Nieto, 1993). El 24 de Octubre de 1974 (Domínguez, 1993) se expidió el decreto en el que se reestructuró la organización del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), procurando el desarrollo integral de la niñez, en ese mismo año también se llevó al cabo la reunión nacional de procuradores de la defensa del menor, y se declaró la creación de la Procuraduría para la Defensa del Menor.

En Enero de 1977 (Dominguez, 1993; Osorio y Nieto, 1993), por decreto presidencial, se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.), para promover el bienestar social del país. En Julio del mismo año, se llevó al cabo un simposium sobre el niño golpeado, promovido por la Sociedad Mexicana de Pediatría.

Una de las primeras personas en recabar información sobre el maltrato de niños fue Marcovich, quien en 1978 (Dominguez, 1993; Osorio y Nieto, 1993) recopiló 686 casos y los analizó para dar las primeras características de este fenómeno, posteriormente les dió publicidad para detectar y prevenir el problema. En Mayo de 1979, 20 años después de la Declaración de los Derechos del Niño, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) fue designado como el encargado de fomentar las actividades del año, llevándose al cabo el año Internacional del Niño, en el que se destacó la existencia del maltrato y abandono a menores. El año Internacional del Niño tenía como objetivos: acrecentar la conciencia de las autoridades y del público acerca de las necesidades especiales de la niñez, promover programas en beneficio de los niños y el mejoramiento de los servicios básicos de salud, nutrición y educación (Romero y Vian, 1991).

A partir de esa fecha se han creado asociaciones públicas y privadas para proteger a la infancia, tales como la Asociación Proderechos de la Niñez (APRODENI), en 1980 se inaugura el Centro de Prevención del Maltrato a la Niñez (PREMAN) como anexo del Hospital Infantil de México perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A), el cual desde 1982 forma parte del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.).

En Mayo de 1983 se instaló en México el Consejo Consultivo para las acciones en beneficio del Menor Maltratado, en donde se llevan al cabo investigaciones para determinar las causas del maltrato y las formas de prevención (Dominguez, 1993).

La atención que recibían los niños maltratados aún en fechas recientes, era principalmente médica y legal, dejando a un lado o como último rubro la atención psicológica. Con respecto a ésta autores como González y Toriz (1985) y Pérez (1992) mencionan a las terapias psicoanalista, humanista, gestáltica, pero enfatizan la efectividad

de la terapia conductual y cognoscitiva. En la conductual se emplean las técnicas de reforzamientos, tiempos fuera, solución de problemas, entrenamiento asertivo y en discriminación, contrato de contingencias, ensayos conductuales, desensibilización sistemática, control de enojo, la terapia lúdica, inoculación de estrés, inundación o implosión, entre otros. En la terapia cognoscitiva se crean programas con el fin de que el paciente cambie sus pensamientos irracionales por los racionales, así como que aprenda habilidades *"adaptativas, cognitivas y conductuales bien específicas"* (Meichenbaum y Genest, 1987 en Pérez, 1992). Dicha información está dirigida principalmente al trabajo con los adultos (los agresores), y el trabajo con los niños se relega a segundo término, encontrando que Roberts, Alexander y Fanurik (1990, en Pérez, op. cit.) mencionan un programa de prevención del abuso sexual infantil, cuyo objetivo es *"proporcionar habilidades para discriminar a los posibles agresores; así como estrategias de seguridad personal para protegerse de la violencia sexual"* (pág. 81, 82).

A partir de la revisión bibliográfica pudimos percatarnos de la poca información sobre el tratamiento a las personas agredidas (los niños), siendo dicha información propuestas para un tratamiento, mas no el tratamiento psicológico como tal, por lo que no se encuentra en la información cómo se desarrollan dichas propuestas. La mayoría de la información sobre la intervención psicológica en la rehabilitación se enfoca a los agresores, lo cual consideramos que sí es importante, pero hay que retomar a las personas más afectadas, los infantes, ya que si éstos son personas que desde pequeños se enfrentan a agresiones físicas y psicológicas, en el futuro serán personas disfuncionales, con una probabilidad alta de repetir el patrón aprendido en su infancia con las personas que se involucren, principalmente con la pareja y los hijos, creando una sociedad que como única forma de relacionarse con su medio sea a través de la agresión.

Sin embargo, pese al énfasis dado hoy en la actualidad por las Instituciones a la atención al niño, existe un creciente número de casos, donde además del maltrato del que son objeto, se carece de los medios para satisfacer las necesidades básicas para vivir,

apareciendo variables (desempleo, hacinamiento, alcoholismo, entre otros) que hacen propicio el maltrato.

La presente tesis expone un panorama general sobre el maltrato infantil y presenta un caso sobre dicha problemática, sobre el cual se dió intervención psicológica, realizándose dicho tratamiento en el Centro de Atención del Maltrato Infantil (CAMI), ubicado en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) , Campus Iztacala, UNAM. La investigación tiene como objetivo exponer qué es el maltrato infantil, las causas y las consecuencias, así como las formas de prevención e intervención psicológica, para lo cual se implementará un programa de intervención psicológica en un caso de maltrato infantil.

Para cumplir con dicho objetivo se ha dividido esta tesis en cuatro capítulos: en el primero se mencionan las definiciones y los tipos de maltrato infantil; en el segundo capítulo se presentan las causas y consecuencias del maltrato; en el tercer capítulo se habla sobre los niveles de prevención, el trabajo multidisciplinario, interdisciplinario, desprofesionalización, y la intervención psicológica. En el cuarto capítulo se analiza un caso de maltrato infantil desde el enfoque cognoscitivo-conductual.

CAPÍTULO I. EL MALTRATO INFANTIL: DEFINICIONES Y TIPOS

El maltrato infantil es un fenómeno universal, por lo cual se puede observar en cualquier lugar y en cualquier momento, sin importar las diferencias que existen de una cultura a otra. Es un fenómeno que ha ocurrido desde los albores de la humanidad, y que en las últimas décadas ha sido un problema de gran interés mundial dada su creciente prevalencia. A raíz de esto se han generado numerosas publicaciones en revistas, periódicos, boletines, reuniones académicas mundiales y regionales con el fin de analizar dicho problema y lograr así mayor difusión y aceptación, para llegar a una mejor intervención con las personas afectadas, romper el círculo vicioso y lograr así un gran avance social (Loredo, 1994). Para lograr todo lo anterior debe partirse del conocimiento específico del fenómeno del niño maltratado, saber su definición y los tipos de maltrato, dichos temas serán expuestos en el presente capítulo.

1.1. DEFINICIONES DEL MALTRATO INFANTIL

A raíz de la atención que empieza a dársele al maltrato infantil surgen una serie de definiciones con el fin de delimitar el problema. Las definiciones planteadas abarcan una infinidad de conductas que los progenitores o cualquier otra persona a cargo del niño pueden tener con respecto a él. Las primeras definiciones hacían referencia al maltrato físico, ampliándose más adelante al considerar el aspecto psicológico.

El término "*Síndrome del Niño Golpeado*" fue descrito primeramente en el año 1868 por el catedrático de Medicina Legal en París Ambroise Tardieu, basándose en hallazgos obtenidos en autopsias. Este término se aplicó a los niños hospitalizados quienes habían sido lesionados severamente y requerían atención médica (Kempe y Kempe, 1985; Kadushin y Martin, 1985, en Escudero, 1990). Dicho término se acuñó en un simposium de la American Academy of Pediatrics en 1961, haciendo hincapié en la situación de los médicos ante

fracturas sin explicación aparente y otras formas de grave abuso físico en la infancia (Vaugh, 1980, en Escudero, op. cit.).

Después de analizar el diagnóstico de cuatro niños lesionados, Kempe utiliza el término síndrome del niño golpeado para caracterizar una condición clínica en niños de tres años de edad quienes habían recibido serio abuso físico, para el año de 1962 lo define como *"el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar, o destruir a un niño, ejercido por parte de un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor"* (Escudero, op. cit., pág. 26).

Las autoras de la presente tesis consideramos que tanto las definiciones dadas por Tardieu y Kempe están incompletas ya que abordan solamente el aspecto físico de una amplia gama de áreas que involucra el maltrato infantil. Sin embargo emplean y definen los términos de agresor (padres o cuidadores)-agredido (niño), y la situación (intencional y no accidental).

Vicente Fontana (1979) mencionó que el síndrome del niño golpeado incluye no sólo el daño físico al pequeño, sino también los siguientes rasgos:

- El niño golpeado tiene usualmente menos de tres años de edad.
- La violencia contra él es casi siempre un acto persistente o recurrente.
- El maltrato es cometido por el padre o la madre, por ambos (por lo general uno, mientras el otro es testigo pasivo), o por un cuidador como el padrastro, el amante de la madre, el padre adoptivo, un hermano mayor o una niñera.
- Los perpetradores a menudo no informan de los daños o sólo lo hacen cuando son presas del pánico ante la expansión de las heridas y la posible acción policiaca si el niño llegara a morir.
- Los padres pretendían ignorar la forma en que se producían las lesiones y ofrecen absurdas explicaciones de las mismas, además con frecuencia cambiaban de hospital para que los médicos no sospecharan sobre los muchos *"accidentes"* que sufre el niño.

- Tarde o temprano la mitad de los niños maltratados devueltos a una madre o a un padre abusivos morirán a causa de nuevas brutalidades.

El doctor Fontana (1979) durante su trabajo como director del New York Foundling Hospital encontró otras manifestaciones que presentaban los niños, tales como la falta de higiene, desnutrición, lesiones leves, fracaso en la curación, irritabilidad, personalidad retraída, abandono infantil, daño cerebral, considerando los golpes como la última manifestación del problema. Además observó que los niños no prosperaban, según su opinión porque habían sido maltratados emocionalmente, habían sido privados de la atención materna o no habían recibido la sustancia necesaria para su desarrollo físico, mental o espiritual.

El descuido y el maltrato premeditados hacia el niño lo clasifica desde una ligera privación o desnutrición, sigue con un descuido general acompañado de maltrato verbal y cierta cantidad de bofetadas y manotazos y llega a casos en que el niño es víctima de trauma intencional que conduce a invalidez permanente o a la muerte.

Con base en lo anterior el autor citado da la siguiente definición "*cualquier trato por el cual el potencial del desarrollo de un pequeño 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)*" (pág. 53).

Como resultado de sus investigaciones Fontana (1979) comprobó que el síndrome del niño golpeado era sólo parte de todo el cuadro del espectro del maltrato, ampliando así el concepto y estableciendo el "*Síndrome de Maltrato en los Niños*", el cual, a consideración de las autoras de la presente es una de las definiciones más completas hasta la fecha, ya que menciona todas las áreas involucradas en el maltrato infantil (aspectos físico y emocional), así como diferenciando las formas del maltrato infantil (privación, maltrato verbal y maltrato físico). Asimismo Fontana (op. cit.) hace mención de las consecuencias de dicho problema, recalcando que es un hecho intencional por parte de los

padres o cuidadores dirigido a los niños. No obstante de ser una de las definiciones más amplias menciona mas no describe las formas de maltrato infantil, a excepción del maltrato físico.

Marcovich (1978, en Escudero, 1990) llamó síndrome del niño maltratado a una situación que incluye heridas graves, barreras al desarrollo normal, explotación sexual y abuso emocional inflingido por los padres o tutores concientes o inconscientes. Asimismo definió en 1981 (en González y Clemente, 1989) el maltrato como *"el conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad como consecuencia de la agresión directa no accidental de un mayor de edad en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social"* (pág. 74). En la presente definición sigue existiendo un enfoque centrado al maltrato físico, y aunque se hace mención a lo psíquico no se le da la debida importancia en dicho fenómeno, ya que es mencionado como efecto secundario del maltrato físico.

Manterola (1986, en Barbeyto y García, 1994) y Osorio y Nieto (1993) coinciden en que las acciones u omisiones son de forma intencional y no accidental, como mencionaron Kempe y Marcovich anteriormente.

Kadushin y Martin (1985, en Gutiérrez, 1992) consideran el maltrato como una interacción entre padres e hijos. Sostienen que existe *"un maltratador potencial con cierta predisposición a actuar agresivamente contra el niño; existe un niño que se comporta de tal manera que inspira un sentimiento de aversión; existe un contexto situacional de tensión que actúa negativamente en el maltratador alimentando un sentimiento negativo. Todo ello converge en una situación de crisis que desencadena la acción del maltrato"* (pág. 23). Esta definición hace referencia solamente a los agentes involucrados en el maltrato, que son agresor, agredido y situación, sin definir qué es el maltrato ni sus formas.

Otra definición es la desarrollada por Del Castillo y Bejar (1992): *"Síndrome del niño maltratado es definido como las acciones u omisiones que dañan el sano desarrollo físico y psicológico de un niño y que son cometidas por sus padres u otro adulto encargado de*

cuidado, familiares, cuidadores, etc.". Dicha definición incluye el maltrato físico, el maltrato emocional, el abandono físico y emocional, y el abuso sexual. Esta es una de las definiciones más completas ya que describe el maltrato, el agresor y el agredido y diferencia sus formas, sin embargo emplea el término "*síndrome*" el cual tiene una connotación médica por lo tanto poco funcional para una definición psicológica, además de no resaltar el hecho de que es un fenómeno intencional y no accidental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el "*síndrome*" del niño maltratado como *"toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual al niño por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo"* (Herrada, Nazar, Cassaball, Vega y Braulio, 1992, pág. 627).

Con base en las definiciones anteriores las autoras de la presente tesis modificamos dichas definiciones para el análisis del caso: *"El Maltrato Infantil es definido como las acciones u omisiones que dañan el sano desarrollo físico y psicológico de un niño y que son cometidas de forma intencional por sus padres, cuidadores u otra persona, ya sea un adulto o un menor. Dichas acciones u omisiones pueden ser físicas (violencia física, explotación física, negligencia física y maltrato sexual) y/o psicológicas (maltrato emocional, abandono o negligencia y sobreprotección)",* las cuales se desarrollan en el siguiente rubro.

1.2. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

A partir de la bibliografía consultada se encontraron dos tipos generales de maltrato infantil: el físico, y el psicológico. Los cuales a su vez incluyen la violencia física, explotación física, negligencia física y el abuso sexual (maltrato físico) y maltrato emocional, negligencia o abandono y sobreprotección (maltrato psicológico). Se mencionarán asimismo otros tipos de maltrato más complejos y menos conocidos tales

como el abuso fetal, síndrome de Münchhausen, ritualismo, maltrato étnico, maltrato institucional, los niños en la guerra y los niños de y en la calle.

1.2.1. MALTRATO FÍSICO

El maltrato físico es definido como aquéllas formas que *"implican lesiones, homicidio, u otro daño, sin importar que se realicen mediante la propia actividad corporal del sujeto activo o por medio de otros instrumentos"* (Osorio y Nieto, 1993, pág. 41).

Del Castillo y Bejar (1992) dicen que *"el maltrato físico se refiere a los actos que dañan corporalmente al niño, produciéndole fracturas, hematomas, daño visceral, etc."*

Ambas definiciones consideran al agredido, las consecuencias de la agresión y la forma en que se lleva a cabo ésta. Hacen referencia a una forma de maltrato físico, las acciones, sin especificar cuales son éstas, y sin considerar otra forma que son las omisiones.

Con base a lo anterior proponemos la siguiente definición: *"Maltrato físico son todos aquellos actos (violencia física, explotación física y abuso sexual) u omisiones (negligencia física) que el agresor lleva a cabo en forma intencional y que dañan corporalmente al niño"*.

Knight (1994) menciona que las acciones abusivas en el niño dan origen a diferentes tipos de lesiones físicas, la mayoría de ellas no mortales, pero sin una intervención 60% vuelven a ocurrir y un 10% ocasiona la muerte. El abuso infantil mortal difiere del asesinato común en el hecho de que culmina por lesiones repetidas y no por un sólo episodio (uso de arma de fuego, estrangulación, etc.), aunque siempre hay excepciones. Cabe mencionar que la muerte infantil por violencia no siempre se define como infanticidio como suele creerse, ya que éste es definido por el art. 352 del Código Penal como *"la muerte causada a un niño dentro de las setenta y dos horas de su nacimiento por alguno de los ascendentes sanguíneos"*, en forma intencional ya sea por medio de la sofocación, estrangulación y/o traumatismo (Tello, 1991, pág. 232). Por lo tanto el infanticidio es una forma de homicidio en

la que la víctima es un lactante que nació vivo, por lo que debe de probarse que el niño respiró y presentó otros signos de vida después de ser expulsado completamente de la madre (Knight, 1994).

Como se mencionó al inicio el maltrato físico incluye diversas formas como son:

A) Violencia física:

Kempe y Kempe (1985) mencionan que la violencia física son todos aquellos actos físicamente nocivos contra el niño, los cuales ocasionan lesiones que requieren de atención médica. Fontana (1979) dice que *"los padres golpean, flagelan, azotan, desuellan, patean, ahogan, estrangulan, golpean en el estómago, asfixian con trapos o con chiles muy picantes, envenenan, les abren la cabeza, les hacen cortaduras, desgarran sus carnes, los queman con vapor, aceite o agua hirviendo y los mutilan. Los instrumentos que utilizan para castigar son puños, hebillas de cinturón, correas, cepillos para el cabello, cordones de lámpara, palos, bates de beisbol, reglas, zapatos y botas, tubos de plomo o de hierro, botellas, ladrillos, cadenas de bicicleta, atizadores, cuchillos, tijeras, productos químicos, cigarrillos encendidos, agua hirviendo, radiadores de vapor y flamas de gas"* (pág. 43).

Hoy en día se practica en muchos países la deformación de los hijos para causar lástima y explotarlos (explotación física) como pordioseros mutilados (Marcovich, 1978).

De acuerdo a lo anterior se define la violencia física como *"todos aquellos actos físicamente nocivos contra el niño que realiza intencionalmente un agresor por medio de su propia actividad corporal o mediante el uso de otros instrumentos, ocasionando lesiones que requieren de atención médica"*.

B) Explotación Física:

La labor infantil es definida como el trabajo pagado a menores de edad. Este fenómeno es común en la sociedad Americana, y desde hace cinco años el número de niños trabajadores ha ido incrementando las estadísticas (Pollack y Landrigan, 1990).

Hoy en día se estima que en todo el mundo (tanto en países en desarrollo como en los industrializados) trabajan entre cien y doscientos millones de menores de quince años

(Phebo y Suárez, 1996). En América Latina existe un 7% de niños trabajadores, en Asia un 18% y en África un 25% (Forasteri, 1992). Ésto es resultado de la globalización de la economía y de la recesión económica, que llevan al aumento del desempleo, la desigualdad social y los movimientos migratorios, lo que a su vez modifica las estructuras familiares, se agrava la violencia social e interpersonal, se debilitan los lazos de solidaridad y aumenta la participación de menores en la fuerza laboral y en actividades clandestinas para la supervivencia (Phebo y Suárez, 1996). Pero el que los niños trabajen se debe no sólo a problemas económicos, también se ocasiona por defectos en el sistema de enseñanza, restricciones legales insuficientes, mala aplicación de la ley, y desconocimiento público del problema. La mayoría de los niños trabaja en la agricultura, pero también en pequeñas empresas, bares o restaurantes, en casas como domésticos, en basureros, de cerillos en supermercados y en diversas actividades callejeras (Forasteri, 1992)

El significado que el niño tenga en la sociedad dependerá de sus modos de producción, ya que en los países agrarios los niños son considerados personas productivas que representan una valiosa fuente disponible de mano de obra, en beneficio del propietario de la tierra, siendo las familias numerosas vistas en términos de ganancias por su mayor potencial de producción.

En los países en transición hacia el capitalismo industrial, la inserción de menores en el mercado laboral ayuda principalmente al empleador cuyas ganancias aumentan mientras disminuyen los costos de producción. Incluso en los países industrializados hay algunos niños que viven en la pobreza y trabajan para sobrevivir, siendo el niño migrante legal o ilegal, o el de los sectores urbanos más pobres quien trabaja para contribuir al ingreso de la familia.

En las sociedades pobres se considera que con su trabajo los niños compensan el peso que constituyen para la familia. Los padres quieren hijos que ayuden con las tareas domésticas y aporten al ingreso de la familia, desde este punto de vista , los niños son vistos como bienes de producción (Phebo y Suárez, 1996).

La labor infantil trae consigo ventajas y desventajas. Entre las primeras, además de las ganancias económicas, encontramos el desarrollo de la responsabilidad, disciplina, organización, habilidades, conocimiento y elección de futuros empleos. Sin embargo las desventajas son muchas, tales como: abandonar la escuela, así como los riesgos laborales que se mencionan adelante (Pollack y Landrigan, 1990; Tarasena y Tavera, 1996).

Aunque muchos trabajos requieren un esfuerzo moderado, la mayoría son muy peligrosos, como la manufactura de vidrio, construcción, minería, explotación en canteras, etc. Asimismo los niños son explotados, los horarios interminables, la remuneración económica es escasa, existen riesgos profesionales y malas condiciones laborales.

Los niños que laboran corren peligros en su trabajo: dada su constitución son más susceptibles a los riesgos laborales que los adultos. Las condiciones de trabajo suelen ser dañinas (ambientes excesivamente calurosos, húmedos, polvorientos, antihigiénicos) y pueden propiciar la propagación de enfermedades transmisibles. Además pueden estar expuestos a otros productos como químicos, tóxicos, los cuales podrían ocasionar intoxicaciones, trastornos neurológicos o respiratorios (Forasteri, 1992).

El precio del trabajo infantil lo paga el mismo niño al sacrificar tempranamente sus energías, su salud y su educación; y la sociedad, que recibirá una contribución reducida del adulto futuro (Phebo y Suárez, 1996).

C) Maltrato sexual:

"Los malos tratos sexuales suponen la explotación de niños mediante actos tales como incesto, abusos y violación" (Kempe y Kempe, 1985, pág. 28). La explotación sexual Marcovich (1981, en González y Clemente, 1989) la define como *"el involucramiento de niños y adolescentes en actividades sexuales que no alcanzan a comprender plenamente y ante los cuales no están capacitados para dar o no su consentimiento"* (pág. 87).

◆ **Violación.** *"La violación es todo acto de violencia que se comete sobre la sexualidad de una persona en contra de su voluntad, es una agresión en contra de la libertad del individuo que altera su integridad física y psicológica"* (Contreras, Hernández y

Pérez, 1991, pág. 12, 13). Master, Johnson y Koldony (1987) definen violación como "*una expresión de violencia, rabia y agresividad*" (pág. 515) más que un acto sexual, en el cual las víctimas pueden ser hombres o mujeres, niños, jóvenes o viejos, ricos o pobres, retrasados mentales, disminuidos físicos o personas sanas y fuertes. En dicho acto de violencia se emplea el sexo como arma, con el objetivo de demostrar poder mediante el ataque sexual, causando daño físico y psicológico a la víctima, en ocasiones dichos ataques incluyen ritos de mutilación y tortura (Pernoll y Benson, 1989, en Contreras, Hernández y Pérez, op. cit.). En la violación se emplean la fuerza física, la intimidación y el engaño (Bedolla, 1986 y Kilpatrick y Veronen, 1983, en Pérez, 1992).

En el aspecto legal la violación se define como aquel delito en el que hay cópula o introducción por vía anal, vaginal, u oral del pene u otro instrumento en una persona de cualquier sexo y se emplea la violencia física (golpes) y moral (amenazas y yugos verbales) así como la falta de consentimiento de la víctima, la cual puede ser una persona sana, privada de la razón, incapacitada para repeler y/o comprender el significado de la agresión, o con un menor de catorce años (Código Penal, 1991, en Pérez, op. cit.).

◆ Incesto. El incesto es definido como la relación entre dos miembros de una familia, la mayoría ocurren entre parientes masculinos adultos y mujeres menores de edad, en todo tipo de familia, pero con mayor frecuencia en familias de escasos recursos económicos dada la promiscuidad y hacinamiento en sus viviendas. De todos los delitos sexuales el incesto es el que tiene mayor encubrimiento por parte de la familia, por lo cual no existen datos reales del hecho (Finkelhor, 1986 y Revista Femenina, 1986, en Contreras, Hernández y Pérez, 1991).

El incesto padre-hijo o madre-hijo generalmente no es violento, se va dando gradualmente comenzando con caricias y explotación sexual, relaciones buco-genitales y hasta la adolescencia el coito, en algunos casos el adolescente llega a rebelarse para no seguir siendo utilizado, y entonces sobrevienen los malos tratos físicos. Este tipo de relaciones son mantenidas por largo tiempo, en algunos casos por lo menos la madre tiene

conocimiento de ello, pero no es capaz de denunciarlo hasta que esta relación provoca grandes angustias, sentimientos de culpa, volviéndose insostenible para el que lo sufre (González y Clemente, 1989).

♦ **Abuso sexual infantil.** Para el Centro de Atención a Mujeres Violadas Asociación Civil (CAMVAC) el abuso sexual infantil es el intento de un adulto de satisfacer sus necesidades sexuales y emocionales a través de un niño, sin recurrir a la fuerza física (Alcántara, 1989, en Suasnavar y Cu Farfan, 1991) por medio de caricias, besos, manoseo genital y en pocos casos coito genital o anal (Álvarez Villanueva, 1991) así como exhibicionismo y masturbación. Para Masters, Johnson y Koldony (1987) el adulto cuya preferencia sexual sea el establecer relaciones con niños es definido como paidófilo. Rappley y Speare (1993) mencionan dos formas de abuso sexual infantil, el intrafamiliar que es cualquier forma de actividad sexual entre un niño y un familiar (incesto), o alguna persona sustitutiva de los padres; el extrafamiliar, definido como cualquier forma de contacto sexual entre una persona ajena a la familia y un niño.

El abuso sexual se lleva al cabo en cinco fases no generalizables a todos los casos, en los cuales no se utiliza la fuerza física y existe el convencimiento y el abuso de autoridad:

- **Seducción:** el ofensor convence a la víctima de que los actos son divertidos, si aceptan los recompensarán, si se niegan los amenazan.
- **Interacción sexual:** exposición semidesnuda hasta la penetración (anal o vaginal).
- **Secreto:** para continuar con la situación el agresor le da un sentido atractivo al secreto.
- **Descubrimiento:** puede ser accidental y el menor está dispuesto a comentarlo.
- **Negación:** la familia niega lo que sucede, obligando al pequeño a negar los cargos.

En estas cinco fases se involucran pautas de comportamiento y actitudes de abuso sexual, mencionadas por Rappley y Speare (1993), las cuales son el abuso psicológico, abuso encubierto y manifiesto.

- **Abuso psicológico:** incrementa la vulnerabilidad del niño frente a una explotación, produciéndole confusión, dudas sobre sí mismo y un sentimiento de ser responsable de las necesidades del adulto. Dichas conductas son favoritismo, confianzas inadecuadas del adulto al niño, falta de respeto a la intimidad, restricciones de las actividades sociales del niño y secretos dentro de la familia. Una vez que ésto ocurre el adulto perpetrador puede contar con el silencio del niño en fases posteriores.

- **Abuso encubierto:** consiste en la realización de conductas que convierten al niño en un ser sexuado para el adulto y se inicia con la desensibilización del niño frente a conductas incómodas e inadecuadas, como son contemplación del niño como objeto sexual, hacer bromas sexuales al niño, el adulto permite, anima o fuerza al niño a ver pornografía, a desnudarse y a efectuar comentarios sobre su desarrollo sexual.

- **Abuso manifiesto:** consiste en la existencia de actividades sexuales entre un adulto y un niño a través de diferentes conductas, las cuales son exhibicionismo, besos inadecuados, caricias, masturbación, *cunilingus*, *felación*, sodomía, bestialidad, penetración digital o peneana de la vagina y pornografía.

Es difícil detectar el abuso sexual puesto que las lesiones físicas que ocasiona no son visibles, más del 80% de los casos no son denunciados, ya que son cometidos por familiares o personas cercanas a la familia y por lo general se queda como secreto familiar (Del Castillo, 1992, en Duarte, 1994).

◆ **Explotación sexual.** Masters, Johnson y Koldony (1987, en Álvarez, 1991); Phebo y Suárez (1996) describen una modalidad de abuso sexual de menores que es la de emplearlos en la producción de fotografías, películas y videos pornográficos y la prostitución infantil, la cual entraña el uso del dominio y el poder, coacción y explotación, victimización y subordinación, violencia y abuso emocional, físico y sexual. Los menores aceptan ya sea por la buena recompensa monetaria o por las amenazas, chantajes o hasta el rapto. Todo ésto está relacionado con el crimen organizado e incluye negocios tales

como redes internacionales de adopción, turismo sexual para pedófilos, publicaciones de pornografía infantil.

1.2.2. MALTRATO PSICOLÓGICO

El maltrato psicológico es más difícil de detectar debido a que sus manifestaciones no son tan explícitas como las del maltrato físico. Como psicólogos es importante que se llegue a establecer una definición clara pues es el punto de partida para la intervención psicológica.

Otra limitación a la que nos hemos venido enfrentando los psicólogos es la dificultad de probar la existencia de este tipo de maltrato, ya que para su diagnóstico se requiere el sometimiento del niño al tratamiento siendo los padres quienes se oponen principalmente a esto (Herrada, Nazar, Cassaball, Vega y Braulio, 1992).

Paredes (1985, en Escudero, 1990) define el maltrato psicológico como *"cualquier comportamiento que pone en peligro la salud, la moral, y el desarrollo emocional del niño, puesto que los padres ignoran o pasan por alto el crecimiento físico normal del niño y el desarrollo de la personalidad"* (pág. 35).

Finkelhort (1988, en Loredó, 1994) define el maltrato psicológico o emocional como el daño que se hace propositivamente contra las aptitudes y habilidades de un niño, dañando su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir, el deterioro en su personalidad, en su socialización. Entre estas conductas destructivas se encuentran el rechazo, la crítica, la ridiculización, burlas, amenazas, exigencias y/o demandas al niño fuera de la realidad.

Las agresiones psíquicas son actitudes dirigidas exclusivamente a dañar la integridad emocional del niño (Sánchez, 1996)

En el maltrato psicológico el niño es rechazado, atemorizado, regañado y vive situaciones de stress familiar continuamente, tales como las que Fontana (1979) y Macías (1975, en Escudero, 1990) mencionan: mudanzas constantes, cambios de colegio,

indiferencia, ausencia de normas, exceso o falta de disciplina, no reconocer ni aceptar al niño como un ser humano con derechos, o de aceptarlo como un niño.

Dentro del maltrato psicológico encontramos el maltrato emocional, el abandono y la sobreprotección.

A) Maltrato emocional:

◆ Del Castillo y Bejar (1992.) mencionan que el maltrato emocional *"incluye agresiones verbales, como sería tratar al niño con palabras altisonantes, menospreciarlo, diciendo que es tonto, inútil, etc."*.

◆ González y Clemente (1989) consideran que el maltrato emocional es un *"mecanismo muy aceptado entre los padres, continuamente los adultos critican, ridiculizan públicamente al niño, humillan o reprueban la intervención de éste en alguna plática, nulificándolo en toda participación social y causándole daño irreparablemente en su personalidad. Los actos de este tipo son generalmente verbalizaciones tales como: eres celoso, feo, antipático, estúpido, inepto, un cretino, bestia, etc. O bien se les considera un estorbo o una carga a través de verbalizaciones como: no sirves para nada, sólo sabes tragar, ya me cansé de mantenerte, nunca ayudas en nada, sólo me das problemas, etc. En algunas ocasiones al niño nunca se le dice por su nombre, cuando se dirigen a él se le dice tú, chamaco, mocoso, idiota, etc., considerándolo así poco más que una cosa"* (pág. 87). Para Carballo (1992, en Carbajal, 1994) este tipo de maltrato lo denomina *"etiquetación"*, por emplear adjetivos con que se caracteriza a un niño, son dados por las figuras afectivamente más importantes y se les manifiestan constantemente. Las verbalizaciones de los padres son interiorizadas por el niño, adoptando las características de la etiqueta dada. *"Un niño así se siente el << chivo expiatorio >> dentro de la familia, e incluso sus hermanos y hermanas son activamente animados y quizá recompensados por ultrajarle o ignorarle"* (Kempe y Kempe, 1985, pág. 36).

◆ Cruz (1993) menciona que el maltrato emocional puede presentarse también cuando los padres tienen una marcada preferencia por alguno de los hijos, haciendo constantes comparaciones entre ellos, lo cual puede fomentar envidia y rivalidad.

◆ Márquez y Fernández (1985, en Carbajal, 1994) consideran otro tipo de maltrato emocional, el frenar los sentimientos del niño, el cual se caracteriza por reprimir los sentimientos del niño y cuando llegan a expresarlos encuentran juicios, consejos y negación, reafirmandosele la idea de que las emociones y los sentimientos deben suprimirse e ignorarse. Las formas de frenar los sentimientos son: dar instrucciones acerca de lo que se debe o no sentir, catalogar de buenos o malos los sentimientos, no estar preparados para aceptar ni respetar las emociones -fuertes o no-, agobiar al otro con juicios cuando expresa sus sentimientos.

◆ Para Forward y Corkille (1991, 1981, en Carbajal, op. cit.) el demandar rigurosamente al niño que sea y logre lo que sus padres desean y esperan de él, es una forma de agredirlo, sobre todo, cuando estas expectativas son muy altas, son exigencias de perfección o de confrontación con los intereses e inclinaciones reales del niño. El niño es visto como una extensión de los padres y si no logra lo que ellos desean se avergüenzan de él. Estas situaciones pueden ocasionar comparaciones con el propio padre quien le dice *"a tu edad yo ya había logrado.."*, *"no podrás ser más inteligente que yo"*. Esta situación hace que el niño renuncie a ser él mismo por conseguir el afecto de quienes lo someten.

◆ Otro tipo de maltrato es el chantaje emocional, en el cual los padres consideran que sus hijos tienen una gran deuda por pagarles debido a los grandes sacrificios que sienten haber hecho al cuidarlos de pequeños, les echan en cara todo el esfuerzo que hacen al vestirlos y alimentarlos, recalcándoles las horas extras que han laborado, por tanto el niño tiene que asumir todas sus demandas, acatar todos sus deseos y satisfacer todas las necesidades de sus padres, quienes demandan obediencia ciega, alianza y respeto exagerado, incluso se utiliza la amenaza de quitarles la vida (la cual en algunos casos se

llega a cumplir). Con el chantaje emocional se le sugiere al niño que su presencia ha incomodado y hecho infeliz la vida de sus padres.

◆ Garbarino (1993) menciona que otra forma de maltrato es la socialización errónea del niño (corrupción); los padres estimulan al niño para que adopte pautas de conducta destructivas y antisociales, lo recompensan por conductas agresivas contra otros niños, lo animan a robar, situación que coloca a los niños ante el rechazo por parte de sus compañeros y por otros adultos.

B) Abandono o negligencia:

Aunado a lo anterior el maltrato psicológico incluye el abandono. Para Del Castillo y Bejar (1992) el abandono es físico y emocional, y está *"caracterizado por no alimentar al niño, ausencia de cuidados médicos, afecto, falta de escolaridad, diversiones, entre otras acciones"*. Kempe y Kempe (1985) define la negligencia *"como un fallo del progenitor en cuanto a actuar debidamente para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño"* (pág. 27).

◆ González y Clemente (1989) consideran que el descuido es parte del maltrato psicológico, en el cual no se alimenta ni se arropa adecuadamente al niño, no se le proporcionan condiciones saludables de vida, no se le provee de atención médica ni educación, y no hay interés por su bienestar. Incluyen el abandono o negligencia, lo cual consiste en no proporcionar debidamente seguridad y bienestar al niño, así como dejarlo al cuidado de otras personas depositando en éstas toda la responsabilidad de educar al hijo. En las personas de alto nivel socioeconómico el cuidado de los hijos se delega generalmente a la servidumbre, quien por lo general tiene un nivel cultural pobre y la crianza que le dé al niño será de acuerdo a sus propios conceptos, incluso se da el maltrato por parte de los mismos.

Phebo y Suárez (1996) mencionan que la negligencia selectiva es cuando un niño no recibe los bienes necesarios porque los padres son ignorantes o porque no pueden obtenerlos financieramente o físicamente. Este fenómeno ocurre en países de América Latina y el

Caribe, el cual depende de un mecanismo de defensa psicológica de la madre (falta de vinculación afectiva) frente a la probable muerte de su hijo, para proteger su propia integridad psíquica.

◆ Como otra forma de abandono encontramos la falta de disciplina , la cual se refiere al hecho de dejar hacer sin normativizar y sin guiar la conducta del niño, lo cual significa ceder a sus caprichos y complacerlos en todo permitiéndoles hacer lo que quieran, por ello es importante poner reglas y límites a los hijos pues sirven para conformar la seguridad y autovaloración del infante, para que respeten las propiedades y derechos de los demás, y para que aprendan responsabilidades propias de su edad.

Los motivos dados por los padres para la falta de disciplina suelen ser "*tienen derecho a hacer y decir lo que quiera porque es mi hijo*" o "*llega un momento en que tengo que comprarle todo lo que él quiere, pues no soporto que empiece a berrear*". Las formas de falta de disciplina son: el cumplirle sus caprichos, tolerarle sus intransigencias o sus deseos y que excedan los límites impuestos (Gervan, 1991, en Carbajal, 1994, pág 123).

C) Sobreprotección:

Todo cuidado exagerado al niño se identifica por limitar o restringir la oportunidad para conocer y experimentar situaciones que le servirá para obtener seguridad en sí mismo, pues se llevan al cabo cuidados extremos, condición que se reconoce como amor exagerado y asfixiante que coarta la libertad. Algunas formas de exageración son: pretender controlar la vida del niño por considerarlo como propiedad, cuidarlo en todo momento para evitarle problemas y sufrimientos, mantenerlo en casa para prevenir supuestamente accidentes, salir en su defensa en los pleitos contra sus iguales, e impedirle que realice sobre todo actividades deportivas por miedo a que se lastime. Este tipo de maltrato es más frecuente en el primogénito, hijo único, y por padecer alguna enfermedad o limitación física, y más frecuente en mujeres (García, 1988, en Carbajal, op. cit.).

1.2.3. OTROS TIPOS DE MALTRATO

Como se mencionó al principio existen otros tipos de maltrato más complejos y poco conocidos y difundidos, como son los que a continuación se describen:

A) Abuso Fetal: Una forma de maltrato poco difundida es el maltrato prenatal (abuso fetal), el cual es todo aquel acto que de forma intencional o por negligencia cause lesiones al producto en gestación. Esta concepción se desprende del primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos del Niño: *"El niño, por su inmadurez física y mental, requiere de cuidados especiales, incluyendo la protección legal adecuada antes y después del nacimiento"* (Preamble, 1959, en Loredo, 1994).

Los cuidados especiales que debe recibir un niño antes de nacer implica la participación responsable de los padres y los médicos generales y ginecoobstetras, así como la sociedad misma, la cual debe proveer el ambiente adecuado para que el niño ejerza su derecho de nacer sano.

Los médicos están obligados éticamente a dar la mejor atención a las mujeres embarazadas, para que el desarrollo fetal no se vea afectado de ninguna manera. Asimismo deben tener conocimiento de los medicamentos que son potencialmente capaces de ocasionar efectos negativos en el feto, evitando recetarlos a las madres gestantes. Los médicos deben informar a los futuros padres de cualquier desorden genético para que los padres decidan interrumpir o no el embarazo. Así como diagnosticar las malformaciones congénitas que se pueden tratar quirúrgicamente en el feto, informando a los padres de los riesgos que esto conlleva (hemorragia, aborto, parto prematuro, muerte fetal o materna entre otros).

Con el punto anterior termina la responsabilidad médica, pero inicia la responsabilidad materna, quien por costumbres o hábitos tales como consumir alcohol, tabaco, drogas, medicamentos y otros similares puede ocasionar daño al producto.

Se han hecho estudios que han llevado al establecimiento desde 1973 del término *"síndrome de alcoholismo fetal"* (SAF), el cual se caracteriza por retardo en el crecimiento

pre y postnatal, anomalías congénitas múltiples y diferentes grados de déficit mental (Sierra y Loredó, en Loredó, 1994.).

Los efectos del tabaco durante la gestación son incremento en la presión arterial y la resistencia vascular umbilical, disminuye el índice cardiaco y reduce el flujo sanguíneo umbilical. Esto se debe a que la nicotina atraviesa rápidamente la placenta y el feto tarda más que la madre en eliminarla de su organismo, retardando a su vez el crecimiento intrauterino, lo cual se relaciona con el bajo peso pre y postnatal (Salud y Ciencia, 1995a).

El uso de drogas tiene como consecuencias los casos de síndromes de abstinencia, sida pediátrico y prematuros, que condenan a los niños a pésimas condiciones de vida que no garantizan en absoluto el respeto a sus derechos, así como abortos y lesiones cerebrales de diferente grado. (Permuy y Buceta, 1995; Sierra y Loredó, en Loredó, 1994).

Por último encontramos el aspecto social, el cual menciona el bajo nivel socioeconómico de la madre, lo cual ocasiona que ésta se involucre en trabajos físicos intensos, causándole desnutrición, provocando en el producto bajo peso al nacer y alto riesgo de mortalidad perinatal, si sobreviven tienen un desarrollo biológico en desventaja, menor estimulación familiar y sociocultural, causando un desarrollo psicomotor y cognoscitivo lento, desempeño escolar bajo o deserción y dificultad para realizar actividades sociales y económicas retributivas (Rosso, en Loredó, op. cit.).

Algunas investigaciones han demostrado que los niños con bajo peso al nacer (menos de 1500 gr.) egresan de cuidados intensivos con mayores secuelas psiconeurológicas, audiológicas, del lenguaje y oftalmológicas. Dichos niños deben de estar en programas de seguimiento, como el Programa de Seguimiento Pediátrico del Instituto Nacional de Perinatología. Aunque algunos trastornos son detectados durante los primeros 12 meses de vida, existen otros, como los de conducta y lenguaje, que aparecen posteriormente (Fernández, Herrera, Venta, Ibarra, Rodríguez, Sánchez, y Udaeta, 1991).

B) Síndrome de Münchausen: Es un trastorno ficticio con síntomas físicos secundario a trastornos psiquiátricos de los padres quienes inducen al niño a inventar

síntomas falsificando datos clínicos que aparentemente requieren de atención médica -sin el médico saberlo, éste es enganchado profesionalmente en la producción de la enfermedad (Donald y Jureidini, 1996)-. La existencia de dichos síntomas obliga al médico a realizar estudios y procedimientos de diagnóstico complejos, o bien a ensayar tratamientos diversos y prolongados (Permuy y Buceta 1995; Loredo, Sierra, Oldak y Carbajal, 1991; Sierra y Loredo, en Loredo, 1994).

Se ha encontrado que en la mayoría de los casos es la madre la principal responsable en este tipo de maltrato. La sintomatología del niño es creada debido a la utilización inadecuada de medicamentos, interrupción en la administración de medicamentos necesarios o administración de sustancias tóxicas, inyecciones y sustancias irritantes (Newberger, 1993).

Rossenber (1986, en Loredo, 1994 y en Loredo et. al., 1991) hizo una revisión de la literatura de este trastorno, encontrando 117 casos comunicados, así como una relación de 1:1 para ambos sexos y una edad promedio de 40 meses en la víctima, posteriormente Loredo (1991, en Loredo et. al.; y en Sierra y Loredo, en Loredo, 1994) encontró una diferencia con respecto a la edad promedio, ya que ésta fue un poco mayor a la esperada. Con respecto al agresor encontró que un 98% es la madre y el restante 2% el padre u otra persona.

Jones, Butler y Hamilton (1987, en Loredo et. al., op. cit y en Sierra y Loredo, op. cit.) han establecido nueve criterios para el diagnóstico del síndrome de Münchausen, los cuales son aplicables incluso en niños de edad escolar:

1. Persistencia o recurrencia de una enfermedad cuya causa no puede ser encontrada.
2. Discrepancia entre el interrogatorio y los hallazgos de la exploración física.
3. Desaparición de los signos y síntomas cuando el niño no se encuentra junto a la persona encargada de él (padre, madre, tutor, etc.).

4. Presentación de signos y síntomas poco usuales que no corresponden con una entidad bien definida.

5. Evolución tórpida. Poca o nula respuesta a los tratamientos sin explicación lógica.

6. Padres que se muestran conformes o tranquilos ante la supuesta enfermedad del niño y los procedimientos diagnósticos empleados aunque éstos sean dolorosos, riesgosos o costosos.

7. Hospitalización frecuente del niño y tratamientos médicos intensos y repetidos.

8. Cuando uno de los padres permanece constantemente a la cabecera del enfermo y se muestra en exceso solícito en su relación con el personal médico o paramédico.

9. Antecedentes de una investigación exhaustiva sobre enfermedades poco comunes.

C) Ritualismo: Una de las variedades de maltrato puede ser el de abuso ritual, donde existe una unión entre aspectos religiosos, mágicos o sobrenaturales en el cual son muchos los niños que son objeto de abuso sexual, físico y/o psicológico, infundiéndoles miedo o temor a los niños, siendo también víctimas de sadismo caracterizado por la introducción de bastones u objetos en vagina, ano o pene, existen diversos perpetradores, incluyendo mujeres, quienes intentan crear en los niños un ambiente religioso en el cual sufrirán los diversos tipos de agresión, dichos actos ocurren bajo el efecto del alcohol o de alguna droga, tanto ellos como los agresores se visten con batas o ropas poco usuales y usan máscaras durante las sesiones; los menores son amenazados si se atreven a relatar los hechos vividos.

Los niños víctimas del ritualismo han descrito "*fiestas*" o "*reuniones*" que incluyen torturas y sacrificios tanto de animales como de seres humanos, consumo de algunas partes del cuerpo y de fluidos de éste, así como ceremonias de entierro (Loredo, 1994).

D) Maltrato étnico: A partir de una investigación del doctor Carlos Néscit Falomir sobre la comunidad Tarahumara se descubrió que la población infantil es "*víctima de coyunturas y hábitos sociales, culturales y religiosos ajenos a la cultura mestiza, al margen*

de factores socioeconómicos" (Loredo, 1996, pág. 209) y concluye que lo observado en los menores tarahumaras es una expresión de daño al menor que puede ser entendido y conocido como *"Maltrato Étnico"*. Para entender este fenómeno es necesario conocer algunas características de la comunidad tarahumara.

Es un grupo con tendencia a ser seminómada, y prácticamente mantienen su subsistencia mediante este estilo de vida con severísimas jornadas de trabajo, viven en un *"ecosistema agresivo"* con extremas temperaturas siendo la muerte infantil prácticamente desapercibida para los tarahumaras así como para las otras etnias que viven en la misma sierra.

Son víctimas de la conducta agresiva de las familias mestizas y sobre todo de aquellas en donde prevalece el caciquismo. Su alimentación es raquítica, y está basada principalmente en el consumo de maíz, frijol, nopal, hierbas silvestres, a veces azúcar y frijol, ocasionalmente consumen leche y sus derivados, todo esto permite entender su mal estado nutricional y con ello la inadecuada función inmunológica, siendo altamente susceptibles a los procesos infecto-contagiosos de las vías respiratorias, enfermedades diarreicas y tuberculosis que son las causas principales de muerte.

Siendo una etnia que desde la época colonial la sociedad mexicana ha abandonado al igual que a otros grupos étnicos minoritarios a su propia suerte y que es tan agredida por el ambiente y por los mestizos, han perdurado mediante el establecimiento de un prolífico sistema de fertilidad, las madres tienen un promedio de diez hijos de los cuales habitualmente fallecen alrededor de la mitad, y a veces más, pero siempre tienen la esperanza de que subsista el mayor número posible.

Por ello es importante el desarrollo de programas que permitan prevenir la desnutrición y las enfermedades, sin modificar los aspectos sociales, políticos, religiosos y culturales de dicha etnia.

Asimismo existe, alrededor del mundo este tipo de maltrato, comunmente conocido como racismo. Ejemplo de ello tenemos los casos de segregación racial en el país vecino,

Estados Unidos, donde una de sus manifestaciones más alarmantes es el origen de grupos racistas como el "Ku Klux Klan", quienes tienen como fin el mantener la "supremacía blanca" e impedir, empleando muchas veces métodos terroristas, que los negros (hombres, mujeres, adultos y niños) ejerzan sus derechos Constitucionales. Después de cesar sus actividades en 1872, surgió nuevamente en 1915 para atacar no sólo a los negros, sino a los católicos, los judíos y los irlandeses. Este grupo racista pasó por otros periodos de inactividad, decadencia, reorganización y división en otros grupos (*Rangers Americanos, Hermandad Blanca, etc.*). A partir de 1977 empezaron a perseguir a los inmigrantes ilegales desde México (Selecciones del Reader's Digest, 1979).

Otro ejemplo es la migración de la comunidad latina en los Estados Unidos, principalmente los inmigrantes legales e ilegales, quienes son sometidos a malos tratos por parte de las autoridades norteamericanas. Esto ha llegado al punto de crear una ley, en donde se transgreden los derechos humanos, especialmente la de los niños, al impedirles el acceso a la educación y atención médica.

Torres, Arroyo y Flores (1997) mencionan que la Ley para la Reforma de la Inmigración Ilegal y de la Responsabilidad Migratoria fue aprobada por el Congreso estadounidense en Octubre de 1996, y puesta en vigor en Abril de 1997. Esta ley, que es considerada racista y xenofóbica, atenta contra los derechos humanos, laborales, de acceso a la educación y a la asistencia pública. En el periódico El Universal (1997) se menciona que la obsesión de muchos inmigrantes en situación ilegal ante el riesgo de deportación ha sembrado inquietud entre cientos de miles de estudiantes, hijos de indocumentados, que viven con miedo ante la posibilidad de tener que abandonar Estados Unidos o verse separados de sus padres. La angustia por los efectos de la nueva ley ha llegado también a las aulas y los maestros reconocen que sus alumnos hispanos sienten cierto desamparo ante la eventualidad de una deportación.

E) Maltrato Institucional: La mayoría de los malos tratos es dada por los padres o las personas a cargo del niño, siendo también común el maltrato por las instituciones, el cual

es ocasionado por la actitud intencionada, negligencia u omisión por parte de las instituciones que privan al niño de sus derechos y libertades interfiriendo su normal desarrollo.

Este tipo de maltrato consiste en el castigo punitivo que se le da a los niños en escuelas, reformatorios, escuelas de entrenamiento y residencias institucionales (Feigelson, 1979, en Cruz, 1993). Hasta hace muy poco tiempo, el castigo corporal fue un método disciplinario permitido en las escuelas y aunque afortunadamente estos métodos han ido cambiando con el tiempo, todavía se recuerda el dicho popular "*la letra con sangre entra*".

Los castigos físicos más comunes eran el tirón de orejas, el regletazo en el trasero, bofetadas y palmadas, pero éstos no causan entre los alumnos la humillación, el sufrimiento, y la marginación que provoca el maltrato psicológico provocado en el aula por la discriminación entre "*buenos y malos*"; la competitividad excesiva que lleva a la selección de un pequeño grupo de privilegiados y a la exclusión y marginación de los "*fracasados*"; la falta de relación interpersonal que fomenta el aislamiento y la incomunicación creando niños solitarios, la falta de atención de la escuela a los problemas individuales de cada alumno.

Dentro de las instituciones sanitarias aparecen diversas situaciones que ocasionan el maltrato, como son la organización de los centros de asistencia, la cual mantiene una estructura y una división de funciones que fomenta la atención al niño considerándolo como un "*caso*" y no como un individuo, favoreciendo la despersonalización en el trato con él y la separación de la familia durante las estancias hospitalarias, introduciendo al niño en un entorno extraño y desconocido que aumenta el temor produciendo situaciones de pánico, depresión, empeorando así el pronóstico de su recuperación. (Permuy y Buceta, 1995).

Las instituciones llamadas "*casa-hogar*" y "*albergues infantiles*" cumplen sólo con satisfacer las necesidades primarias (alimentación, vestido, protección contra las

inclemencias del tiempo), pero la provisión de aspectos emocionales (cariño, comprensión, afecto y seguridad) queda vetada, aunado a esto, las condiciones de dichas instituciones y lo excesivo de su población no aseguran el lograr sacar de su problemática a los niños que han sido maltratados (Montes de Oca, 1991). En algunos estudios se ha comprobado que los niños institucionalizados (en orfanatorios) tienen mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas serias y retardo en el desarrollo del lenguaje, así como tienen mayor probabilidad de crecer en un ambiente pobre que los convertirá en adultos no productivos (Frank, Klass, Earls, Eisenberg, 1996).

Además, el personal encargado de los niños en este tipo de instituciones tampoco es el idóneo, en la mayoría de los casos los someten a todo tipo de maltrato, incluyendo el abuso sexual. Con relación a lo anterior, Fontana (1979) menciona algunas evidencias de intentos de suicidio en los niños institucionalizados al parecer debido a los malos tratos de que frecuentemente se les hace objeto (Montes de Oca, op. cit.).

Otro tipo de maltrato institucional es el llevado al cabo en los centros de justicia, donde se decide el presente y el futuro del infante maltratado sin tomar en consideración las necesidades de la víctima ni el criterio de quienes la protegen o podrían protegerla (Apodaca, 1995).

F) Niños víctimas de la guerra: Los conflictos armados, por razones políticas, sociales, étnicas, religiosas, entre otras, tienen múltiples secuelas en la población y en especial en los niños, quienes están expuestos a éstas e incluso participan en ellas. Algunos llevan armas y están directamente bajo fuego, a otros los raptan, los torturan, les hacen lavado de cerebro, o son sometidos a experimentos inhumanos (Loredo, 1994; Macksoud, 1994). Un ejemplo de éste es el caso de la Segunda Guerra Mundial, en la que, bajo las órdenes de Hitler se llevaron al cabo agresiones hacia los judíos con tal de mantener la pureza racial.

A continuación se describen solamente algunas de las acciones llevadas al cabo por los nazis, cuya meta era conseguir la supremacía de su raza, para lo cual tenían como fin el

exterminio de todos los seres inferiores a ellos y que ponían en peligro sus proyectos (los judíos). Así fue que el matar a los judíos era la meta principal, el cómo lograrlo era secundario, pero para lograrlo con mayor rapidez y eficacia era necesario experimentar con diferentes métodos, tales como encerrarlos en sus sinagogas y encenderles fuego, aplicarles mangueras a la boca y abrir los grifos hasta que sus vientres reventaran, violar, desnudarlos y hacerlos bailar, o conducirlos desnudos o con ropa a los mataderos (donde los quemaban vivos, les disparaban de un tiro en la nuca o con ametralladoras a la vez que caían a una fosa, sofocarlos con gas dentro de camiones o en cámaras especiales). Al trasladar a los judíos a otros lugares en camiones o vagones de ferrocarril era común que murieran por asfixia (principalmente los niños). Fue común la creación de ghettos, pequeñas comunidades judías marginadas y vigiladas por los nazis, éstos judíos permanecían muchas veces con sus familias, pero carecían de alimento y medicamento necesarios para sobrevivir, por lo que muchos ancianos y niños morían. Los médicos nazis realizaban experimentos con los judíos adultos y menores, dando medicamentos tóxicos con el fin "científico" de saber más sobre éstas sustancias (Green, 1978).

Como consecuencia de las guerras unos mueren: "*más de 21 millones de personas han muerto en las 150 guerras ocurridas, sobre todo en el tercer mundo, desde la segunda guerra mundial*" (Zwi y Ugalde, 1993, pág. 26), o quedan físicamente incapacitados para toda la vida, otros son testigos oculares de los combates, de la huida y muerte de sus amigos y familiares. Estas experiencias tienen un efecto nocivo en el desarrollo de los niños, así como en su actitud frente a la sociedad, sus relaciones con los demás y su visión de la vida en general (Macksoud, 1994).

Otros síntomas relacionados con el estrés postraumático son: perturbaciones persistentes del sueño, disminución de la capacidad en clase, aparición de escenas retrospectivas, estados de inquietud, y concepción fantástica del futuro, éstas pueden redundar en la aparición de conductas de riesgo, perseveran en juegos relacionados con el trauma, pierden interés por lo que antes les agradaba, se alejan emocionalmente de su

familia y amigos, acentúan su estado de alerta (nerviosismo y vivacidad excesiva al verse desprotegidos), efectos que siguen sufriendo durante mucho tiempo después del episodio de trauma. Asimismo se sienten traicionados al ver que sus modelos infringen las normas morales, afectando su desarrollo moral, quedando perturbados intensamente sus conceptos de lo bueno y lo malo. El hecho de sentir perdida su infancia, de haber tenido privación material y psicológica tiene hondos efectos en su personalidad, algunos presentan resentimiento y cólera que los lleva a sospechar siempre de los demás, mientras otros desarrollan sentimientos de altruismo y están dispuestos a sacrificarse por el prójimo. (Salud y Ciencia, 1995b; Macksoud, op. cit.).

Los efectos indirectos de la guerra son considerados como un riesgo para la salud, como el movimiento masivo de poblaciones ocasionando desorganización de las comunidades, falta de abastecimiento de agua y de saneamiento, la insuficiencia de alimentos, las enfermedades transmisibles, y las enfermedades de transmisión sexual. El estrés psicológico al verse forzados a abandonar el hogar, la familia y demás bienes sin tener una noción clara de lo que pueda ocurrir más adelante deja una gran huella. (Loredo, 1994; Zwi y Ugalde, 1993).

La presencia de los padres y la solidaridad de la comunidad pueden incidir en los efectos negativos que la guerra tiene sobre los niños. Cuando hay unión familiar e interés comunitaria ofreciendo actividades educativas, los niños afrontan el estrés y tienen un fuerte sentido de identidad, los efectos de la guerra son menos negativos y aprenden a soportar la situación (Macksoud, 1994). La violencia crónica en zonas urbanas "de guerra" causa la privación precoz que suprime la inteligencia, creatividad y favorecen un pensamiento rígido, lo cual ocasiona que los adultos con frecuencia estén demasiado furiosos, asustados, traumatizados o preocupados como para permanecer psicológicamente accesibles al niño (Garbarino, 1993).

G) Niños de y en la calle: Andrea Bárcena (en Arellano, 199) los define como *"aquel niño que para su supervivencia depende o está en condiciones de depender de sus propias*

actividades en las calles" (pág. 34). Se considera que en la actualidad existen entre 60 y 100 millones de niños en el mundo que carecen de hogar, cuyas edades oscilan entre los 0 y 21 años de edad (Bond, 1993). Según el D.I.F. hay 22 mil quinientos niños en la calle en la República Mexicana, y en el Distrito Federal 13 mil 373 niños (Ballesteros y Zavaleta, 1996). Loredó (1994) hace una distinción de los niños callejeros, considerando dos grupos:

a) Niños de la calle: son aquellos menores que no tienen hogar, ni familiares que los reclamen. Los menores viven en la calle o en instituciones especiales de las cuales posteriormente tratan de huir. Se presume que fueron niños no deseados, que siempre han padecido de desnutrición, niños agredidos *in utero*.

b) Niños en la calle: son niños que aún contando con un hogar o familiares, deciden por diversas razones vivir en la calle donde piensan que podrán expresarse como ellos quieren. Probablemente fueron niños deseados y bien atendidos en los primeros años de vida, pero por razones socioculturales y económicas (miseras condiciones de vida y violencia doméstica), entre otras, deciden adoptar la calle como su nuevo hogar, sin perder (en algunos casos) el contacto con sus familiares. Pueden ser niños con malformaciones, daño neurológico extremo, y con gran resentimiento por haber perdido su hogar.

La prensa mexicana es muy imprecisa en cuanto a datos numéricos (existen grandes diferencias entre los aportados por la UNICEF, el DIF, entre otros), aunque algunos estudios hablan de entre 11 y 13 mil niños de y en la calle (Tarasena y Tavera, 1996), siendo en su mayoría varones, ya que a éstos se les educa con mayor independencia y con menores muestras de afecto (Bermúdez, 1995).

Solamente en la zona metropolitana existen más de 8 mil niños "callejeros", entre 3 y 12 años de edad (Lerroux, 1993).

Los niños callejeros desarrollan diversas actividades en la calle, tales como bolear zapatos, cuidar y lavar carros, limpiar parabrisas, vender chicles, dulces y otros artículos, hacer encargos, actuar como payasitos, cantores, malabaristas o tragafuegos, robar, pedir

limosna, prostituirse, y emplearse para el tráfico de drogas (Filgueiras, 1992; Loredó, 1994; Tarasena y Tavera, 1996 y Bermúdez, 1995).

Estos niños viven en cualquier lugar en la calle, desde una puerta, la terminal de camiones o metro, la entrada de un centro nocturno, alguna banca en un parque, en un lote baldío, en alcantarillas, en edificios viejos y deshabitados, o bien en centros específicos como albergues, orfanatos, casa hogar, hospicios, entre otros (Filgueiras, op. cit.; Loredó, op. cit. y Tarasena y Tavera, op. cit.).

Sus mayores lazos afectivos son sus compañeros, su "*valedor*" o cuidador (el más grande, el que aguanta más los golpes, las drogas o el alcohol sin caerse, o es el mejor en el fútbol) y una mujer que puede ser la señora de cualquier puesto de tacos o incluso una prostituta. Así sustituyen a sus hermanos, padre y madre, "*y en conjunto representan su familia*" (Bermúdez, 1995, pág. 3).

Los niños de la calle han desarrollado más las habilidades motrices que los niños de su edad que viven en sus casas; son solidarios y lo comparten todo entre ellos, han aprendido a sobrevivir como grupo en cualquier parte que estén; asimismo "*poseen lo que nadie va a darles: libertad*" (Bermúdez, 1995, pág. 2).

Sin embargo el vivir en la calle implica múltiples riesgos tales como: sufrir agresiones verbales o físicas por parte de la policía (quien en vez de protegerlos los maltrata), sus compañeros o cualquier otra persona mayor que ellos. Las autoridades los llegan a detener privándolos de su derecho a la libertad, ya que sólo con una orden judicial los pueden arrestar, la cual nunca tienen (Barrera, 1992); ante cualquier acusación puede ser internado y permanecer por tiempo indefinido bajo la "*protección*" del estado; rechazo social y estigmatización; sufrir robos y agresión sexual; riesgo de consumir drogas, adquirir parasitosis o infecciones diversas como el SIDA, padecer grados variables de desnutrición y anemia, problemas gastrointestinales, y son propensos a sufrir dermatitis; ausentismo o deserción escolar, posibilidad de desarrollar actividades ilícitas y sufrir algún accidente vial. (Filgueiras, 1992; Loredó, 1994; Macksoud, 1994). Otros riesgos a los que se enfrentan

son los psicópatas, quienes los agreden sexualmente violándolos con sadismo y crueldad (Lerroux, 1993).

Rodríguez (1995) menciona que otro problema que presentan es la ansiedad (persecutoria, depresiva o de pérdida y desvinculatoria). Las fuentes de la ansiedad son los malos tratos y abandonos sufridos. Su angustia se caracteriza por la necesidad de afecto y el rechazarlo por temor a perderlo. Bermúdez (1995) y el padre Chinchachoma (1995, en bermúdez, op. cit.) mencionan que la ausencia emocional de mamá y papá es el común denominador de estos niños, por eso son absorbidos por las calles, hasta pertenecerles.

Los narcotraficantes emplean a este tipo de niños para pasar droga a través de la frontera, por ser el recurso más seguro y barato, evadiendo así (en caso de ser descubiertos) los adultos, varios años de cárcel, y los niños son recluidos en consejos tutelares por muy corto tiempo. Estos niños proceden principalmente de Michoacán, Oaxaca y de la ciudad de México, tienen entre 6 y 14 años de edad, una cuarta parte son niñas y siete de cada diez son indígenas (Galindo, 1993).

En algunos países son comunes las campañas para "*limpiar las calles*" de ellos, como el caso de Colombia y Brasil, en donde los "*escuadrones de la muerte*" han asesinado a casi 8 mil niños de la calle (Boletín de Salud Panamericana, 1991; Ballesteros y Zavaleta, 1996).

El presente capítulo muestra una amplia gama de información que permite comprender las definiciones y formas del maltrato infantil. A pesar de ser un problema cuyo estudio data de mediados del siglo pasado, existen controversias en los aspectos teóricos, tales como las definiciones. Si se considera el maltrato fetal, ¿por qué éste no se incluye en la definición de maltrato infantil?, ¿si no se llega a un consenso cómo saber, como psicólogos, si se está o no frente a un caso de maltrato? y si esto no se sabe ¿cómo saber qué tratamiento es el adecuado?. Son estos cuestionamientos los que nos llevan a expresar la importancia y la necesidad de que los aspectos teóricos sean estudiados con mayor profundidad y detenimiento.

CAPÍTULO II. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL

Una pregunta que solemos hacernos todas las personas interesadas en el tema del maltrato infantil es el por qué existe este problema. En busca de una respuesta han surgido diversas teorías que se mencionarán en el presente capítulo. Asimismo son importantes las consecuencias que el maltrato infantil ocasiona, ya que como psicólogos ésto nos permite desarrollar programas de intervención más funcionales, por lo cual también se expondrán las consecuencias físicas y psicológicas del maltrato al menor.

2.1. CAUSAS DEL MALTRATO INFANTIL

Las primeras teorías realizadas sobre las causas del maltrato infantil daban explicaciones unifactoriales, por ejemplo consideraban como único factor la psicopatología del padre o las tensiones ambientales. Otros enfoques dan explicaciones multifactoriales, como Helfer (1975, en González y Toriz, 1985), quien habla de tres condiciones: un tipo especial de niño, una crisis o serie de crisis y el potencial del padre para el abuso. Green (1968, en González y Toriz, op. cit.) agregó un cuarto factor: una tolerancia cultural hacia el castigo corporal severo. Otros (Sangrund, Gaines, y Green, 1974, en González y Toriz op. cit.) afirmaban que el abuso del niño resultaba de la interacción de la tensión ambiental, rasgos de personalidad de los padres y características reales del niño que lo hacen más vulnerable al abuso. Dentro de las características de los agresores consideran tres elementos: demográficos (edad, sexo, religión, etc.), conductuales y rasgos de personalidad (González y Toriz, 1985).

Asimismo, al hablar de maltrato debe hablarse de la violencia, y para poder explicar dicho fenómeno diversos autores han realizado estudios sobre la agresión, concordando en que la violencia es una forma de manifestar el poder y el dominio, siendo su forma más usual la agresión, cuyo fin es dañar física y psicológicamente al individuo (Apodaca, 1995).

Podemos hablar sobre la agresión social, e incluso sobre la agresión en la familia, pero no importando a cual nos refiramos, por ambas se llega a lo mismo: la agresión como único medio de relacionarse, de comunicarse (Dominguez, 1993).

Bandura (1973, en González y Toriz, 1985) explica la agresión desde la teoría del aprendizaje social, considerando importante -sin excluir los mecanismos neurofisiológicos que permiten emitir la conducta de agresión- los estímulos antecedentes que probabilizan la respuesta, las influencias sociales de la retroalimentación de las respuestas y los procesos cognoscitivos.

Dentro de las influencias sociales se encuentra la familia como modelo de conductas agresivas, así como una influencia subcultural, es decir, si en el medio en que se desarrolla el individuo -aparte de la familia- abundan los modelos agresivos y la agresividad es un atributo muy valorado habrá más probabilidad de aprender dicha conducta, por último Bandura considera como influencia el modelamiento simbólico, refiriéndose a los efectos de los medios masivos de comunicación.

El aprendizaje de la agresión no se da solamente desde la infancia, hay padres que en busca de métodos correctivos para educar a sus hijos llegan a hacer uso de la agresión. Kempe y Kempe (1985) mencionan cuatro factores para que se de el maltrato: a) los padres tienen un trasfondo de privación emocional o física y quizá también de malos tratos; b) el niño a de ser considerado indigno de ser amado o desagradable; c) tienen que existir una crisis y d) en el momento conflictivo no existe ninguna línea de comunicación con las fuentes de las que podría recibirse apoyo.

La clasificación de las causas del maltrato infantil de la cual partiremos es la desarrollada por Osorio y Nieto (1993), Álvarez, Caballero y Esquivel (1986) y Gutiérrez (1992). Dichos autores consideran tres factores: A) individuales, el cual incluye a) las características del agresor y b) del agredido; B) familiares; C) socio-culturales.

2.1.1. FACTORES INDIVIDUALES

A) Características del agresor:

Se define agresor como aquella persona que comete un ataque o una agresión lesionando física o emocionalmente a otra persona (Pineda, 1996).

Al hablar de características del agresor estamos hablando de rasgos en común, mas no se puede dar un perfil psicológico ya que no existe un estereotipo definido.

Marcovich (1981, en González y Clemente, 1989) menciona tres factores:

- Bajo control de impulsos.
- Un alto grado de frustración.
- Falta de capacidad para afrontar y resolver problemas.

El agresor generalmente tuvo una infancia llena de agresión, lo golpeaban o lo recriminaban con o sin razón, *"lo cual generó en ellos una muy mala imagen de lo que es ser padre, lo cual facilitará el rechazo a los hijos y la baja autoestima como padre y ser humano"* (Belsky, J., 1981; Altemeier, Vietze y Sherrod, 1984 en González y Clemente, op. cit., pág. 91, 92).

Otros autores como Beardslee, Bemporad y Klerman (1984 en González y Clemente, 1989) consideran que los agresores traen grandes frustraciones y son inmaduros, así como son personas crónicamente deprimidas; muchos están ávidos de afecto pero por su historia son incapaces de dar amor, y otros tantos no saben recibirlo.

Asimismo son personas que recibieron alto castigo emocional, han sido despreciados, humillados, criticados, lo que ha provocado su baja autoestima, inseguridad, inadaptación social, incomprensión, impulsividad, depresión, falta de habilidad para solucionar problemas y agresividad (Murphy y Nicola, 1985 y Martín, 1984 en González y Clemente, op. cit.), así como bajo nivel académico (Caplan, Wathers, Whitw, Parry y Bates, 1984 en González y Clemente, op. cit.). Algunos agresores son esquizofrénicos, farmacodependientes o alcohólicos.

Domínguez (1993) menciona, como características de los padres abusivos la menor interacción con sus hijos, menos disposición a cumplir con peticiones de otros miembros de la familia, el aislamiento social respecto a parientes y amigos, así como la evitación de sistemas de apoyo de la comunidad. Es difícil que dichos padres mantengan relaciones interpersonales duraderas, a la vez que obstaculizan el intento de sus hijos por vincularse con gente ajena a la familia. En estas familias los padres hacen distinciones en el comportamiento exigido a los hijos en función al sexo, denotando rasgos tradicionalistas.

Otras características del agresor son:

- ◆ La mayoría de los agresores (más del 80%) son los padres (hombre o mujer), el resto son personas relacionadas con el niño, por lo general sus cuidadores e incluso sus profesores.
- ◆ La edad promedio de los agresores es de 25 años de edad.
- ◆ La mayoría de los agresores son mujeres, lo cual puede deberse al mayor tiempo de contacto madre-hijo por sus labores en el hogar (Marcovich, 1978 y González y Toriz, 1985).
- ◆ La mayoría de las madres realizaban labores del hogar en el momento del incidente del castigo; la mayor parte de las mujeres de nivel escolar alto se sentían arrepentidas cuando castigaban a sus hijos, mientras que las de nivel escolar bajo estaban irritadas cuando castigaron a sus hijos (Barbeyto y García, 1994).
- ◆ No hay evidencias de raza o religión (salvo prácticas religiosas antiguas, ya mencionadas en la introducción del presente trabajo).
- ◆ Aislamiento social. Son personas que se aíslan debido a la dificultad para pedir ayuda y confiar en que otros les quieran ayudar; debido al rechazo en la infancia aprenden a esperar el rechazo (Kempe y Kempe, 1985 y González y Toriz, 1989).
- ◆ Proviene de hogares destrozados, en los cuales la violencia es el patrón común de comportamiento (Lozano, 1988 y Domínguez, 1991).
- ◆ Embarazo no deseado (40% de casos estudiados de 1983 a 1986), difícil o negación del mismo. Cuando el niño no es bien venido y la interacción entre padre hijo se torna difícil, la existencia misma del niño impone a los padres una carga para la cual no están

preparados, plantea exigencias que sólo pueden satisfacerse con gran dificultad. En las madres es común el no querer subir de peso por temor a la deformación de su cuerpo y se reusan a amamantarlo para no deformar sus senos, y cuando ésto sucede culpan a sus hijos de su apariencia (González y Toriz, 1985; Kempe y Kempe, 1985; Lozano, op. cit.; González y Clemente, 1989; Escudero, 1990; Domínguez, op. cit. y Castañeda, 1993).

◆ **Depresión durante el embarazo, falta de apoyo del marido o la familia durante el mismo, o aborto que no fue posible (González y Toriz, op. cit.; Kempe y Kempe, op. cit y Gutiérrez, 1992).**

◆ **Agresiones en la infancia. Fueron hijos maltratados; las madres agresoras fueron de niñas violadas, rechazadas, huérfanas de padre, madre o ambos (González y Toriz, op. cit.; Kempe y Kempe, op. cit.; Lozano, 1988; González y Clemente, 1989 y Domínguez, 1991).**

◆ **Tuvieron relaciones afectivas pobres durante los primeros años de vida, por lo que buscan el afecto en sus parejas quienes muchas veces no lo dan, y cuando lo hacen la persona no sabe recibirlo ocasionando problemas maritales. Algunas madres sólo aman a sus hijos y se sienten necesarias cuando éstos se enferman, recurriendo al maltrato ya que éste produce una debilidad y/o "enfermedad" en los hijos (González y Toriz, op. cit.; Domínguez, op. cit. y Osorio y Nieto, 1993).**

◆ **Juegos violentos y manipulaciones bruscas, como los casos en que la madre desesperada por los movimientos inquietos de su hijo, flexiona con brusquedad las piernas de éste para efectuar el cambio de pañales (Osorio y Nieto, op. cit.).**

◆ **Viven subordinando las necesidades de sus hijos a las suyas (Fontana, 1979, Kempe y Kempe, 1985 y Domínguez, 1991).**

◆ **Expectativas irreales. Antes de que nazca el bebé los padres lo imaginan con ciertas cualidades, las cuales, al nacer el niño pueden no igualarse a las cualidades reales, provocando deficiencias en el vínculo afectivo. Después de nacido los padres pueden tener una percepción distorsionada del niño, es decir esperan reacciones no apropiadas a su edad, exigen una conducta ejemplar, sumisa y respetuosa de su autoridad, demandan**

respuestas más allá de su nivel de madurez y comprensión. Esperan que el niño los supere cuando llegue a la edad adulta, por lo que presionan y maltratan para que el comportamiento del niño sea "óptimo" (González y Toriz, 1985; Kempe y Kempe, op. cit. y Escudero, 1990).

◆ Ignorancia y deficiencia en el trato y cuidado del niño. Se desconoce la forma de educar a los hijos y de su desarrollo, por lo que descargan su frustración en él (Kempe y Kempe, op. cit.; Escudero, 1990 y Osorio y Nieto, 1993).

◆ Inhabilidad para solucionar problemas (González y Toriz, 1985; González y Clemente, 1989 y Osorio y Nieto, op. cit.).

◆ Tienen una visión distorsionada de los hijos. Los describen como un niño que trata de lastimarlos o hacerlos enojar y que no los quieren (González y Toriz, op. cit.; González y Clemente, op. cit. y Osorio y Nieto, op. cit.). Wolff (1991, en Pineda, 1996) menciona que los padres que adoptan a un niño tienen tras de sí la experiencia de la desilusión y un sentimiento de fracaso surgido del hecho de no haber tenido hijos propios, por ello pueden surgir pensamientos erróneos en torno a las conductas infantiles, a menudo creen que la "maldad" del menor proviene de sus verdaderos padres, siendo precursores de delincuencia grave, éstos pensamientos pueden ocasionar malos tratos al niño.

◆ Cuando el maltrato al niño es demostrado y se le retira de su hogar, pocas acciones respecto a su colocación pudieran considerarse como las más acertadas, ya que no existen padres adoptivos con una disposición totalmente abierta para aceptar lo que se les ofrece, mucho menos a niños desfigurados, mutilados, trastornados o retardados a causa del maltrato. Además la paternidad adoptiva no implica ni asegura padres eficientes, ya que es probable que muchos no estén preparados ni posean la vocación para ejercer la paternidad (Montes de Oca, 1991).

◆ Actitudes permisivas hacia el uso de la fuerza a través de conducta estricta y rigurosa. Hablan con rudeza y maltratan al niño por cualquier cosa, lo hacen porque ellos fueron educados de esa forma (González y Toriz, op. cit.).

- ◆ Responden principalmente a la frustración y sólo secundariamente a la gratificación (González y Toriz, op. cit.; Kempe y Kempe, 1985 y Álvarez, Caballero y Esquivel, 1986).
- ◆ Experimentan sentimientos de impotencia (Kempe y Kempe, op. cit. y Osorio y Nieto, 1993).
- ◆ Son perezosos, descuidados y desaliñados (Osorio y Nieto, op. cit. y Toledo e Infante, 1994).
- ◆ Son padres con apariencia normal pero con un falso sentimiento de rectitud y honradez al relatar lesiones de sus hijos, ya que las versiones sobre el origen de las lesiones son contradictorias, cambiantes e incongruentes con la severidad, extensión y la naturaleza de las mismas; objetan que el niño sea hospitalizado, o bien durante éste desaparecen o no se interesan sobre el pronóstico de las lesiones; no hacen referencia durante el interrogatorio el hecho de que por situaciones parecidas han llevado al niño a otro hospital; niegan ser los autores de las lesiones, pero pueden admitir en un momento dado haber sido víctimas de explosiones de furia (Fontana, 1979; González y Toriz, 1985 y Álvarez et. al., 1986).
- ◆ No logran expresar adecuadamente su independencia, autonomía e iniciativa (Fontana, op. cit.; Domínguez, 1991 y Toledo e Infante, 1994).
- ◆ Baja autoestima. Crecieron con una imagen muy devaluada de sí mismos, convencidos de que sus esfuerzos por complacer a los demás, y en particular a sus padres eran siempre equivocados e inoportunos y por consiguiente contraproducentes (González y Toriz, 1985; Kempe y Kempe, 1985; González y Clemente, 1989; Domínguez, op. cit. y Castañeda, 1993).
- ◆ Problemas emocionales. Son personalidades crónicamente agresivas, compulsivas, o tienen una tipología emocional indiferente, pasiva y dependiente (Fontana, 1979 y Domínguez, op. cit.).
- ◆ Trastornos de la personalidad. Imputan a los hijos características, motivos y actitudes que éstos no tienen, cualidades que en un adulto serían maliciosas o calculadoras "*trata de destruir mi matrimonio*"; suponen en los niños una capacidad de adulto para un comportamiento organizado y con propósito (Escúdero, 1990).

◆ **Farmacodependientes (toxicómanos y/o alcohólicos).** Son personas que consumen algún tipo de droga, y como harán lo que sea (excepto trabajar) para conseguirla dejan sin sostén económico a la familia, descuidando las funciones del hogar y de los hijos. Aunado a esto, estando bajo los efectos de la droga hay más probabilidad de que las conductas agresivas se presenten.

◆ **Inmadurez, inexperiencia e inseguridad.** Debido a que muchas madres no están preparadas ni psicológica ni prácticamente para el cuidado del niño, sus cuidados maternos se transforman en aversión (Kempe y Kempe, 1985; González y Clemente, 1989 y Escudero, 1990).

◆ **Desacuerdo o inconformidad con el sexo del bebé.** El sexo del niño puede constituir una desilusión para los padres, particularmente si estaban ansiosos por tener un hijo de determinado sexo, lo que estimulará en ellos respuestas agresivas (Kempe y Kempe, op. cit. y Escudero, op. cit.).

◆ **Las madres agresoras** presentan con frecuencia enfermedades y malestares somatizados, tales como dolores de cabeza, cólicos y malestares en general que las hace sentir molestas ante la demanda de atención de los hijos (Kempe y Kempe, op. cit. y Lozano, 1988).

◆ **Los padres agresores** muestran poco interés por las actividades escolares de sus hijos, no permiten que éstos participen en eventos especiales de la escuela y ellos mismos no lo hacen, por lo que no son conocidos de ningún otro padre o niño y su comportamiento es descrito por otras personas como extraño, extravagante e irracional.

◆ **Otro factor** puede ser la poca o nula escolaridad de los padres, aunque algunas veces son inteligentes, con una profesión y sin problemas económicos (González y Toriz, 1985 y Osorio y Nieto, 1993). Sin embargo Kempe y Kempe (1985) dice que no importa si los padres son bien o mal educados.

Kempe y Kempe (op. cit.) mencionan que para ser padres se debe tener una capacidad para reconocer las necesidades de un niño, primeramente de cuidados y

protección físicos; de educación, de cariño y oportunidades para relacionarse con otros, de desarrollo corporal, y ejercicio de las funciones físicas y mentales y de ayuda para relacionarse con el entorno mediante la organización y el dominio de la experiencia. Además los padres han de ser capaces de satisfacer estas necesidades o, al menos de facilitar su satisfacción.

Con respecto al abuso sexual infantil se mencionan los siguientes factores (Pérez, 1992) como causantes de dicha forma de maltrato, algunos de ellos ya contemplados anteriormente:

- ◆ Puede ser cualquier persona (familiar, conocido o extraño) de cualquier nivel socio-económico.
- ◆ Experimenta placer al tener relaciones sexuales con un niño (pedofilia).
- ◆ La mayoría son varones.
- ◆ El nivel de inteligencia (C.I.) oscila dentro del promedio normal
- ◆ Tiene dificultades en sus relaciones de pareja.
- ◆ Su tendencia sexual la establecen a una edad relativamente temprana, por lo que algunos eligen actividades que tengan relación con niños.
- ◆ Los actos violentos de explotación sexual y violación son perpetrados la mayoría de las veces por varones menores de treinta años, mientras que los actos de incesto padre-hija son llevados al cabo por varones de mediana edad, entre los treinta y los cincuenta años de edad (Pérez, op. cit.), son introvertidos, se aíslan socialmente y se centran en su familia (Kempe y Kempe, 1985).

Álvarez Villanueva (1991) menciona como características

- ◆ Pudo haber sido abandonado por uno de los padres, ya sea por divorcio o muerte.
- ◆ Pudo haber sido objeto de abuso sexual en su infancia.
- ◆ Tienen gran habilidad para identificar a niños vulnerables.
- ◆ Son amistosos, complacientes y afectivos con sus víctimas .

◆ Tiene problemas para relacionarse con los demás, debido en parte al temor, ya que se siente amenazado por el mundo de los adultos. Consideran las relaciones sexuales con un niño más seguras, menos amenazantes, menos demandantes y menos problemáticas que una relación sexual con un adulto (Stith, Williams y Rosen, 1992).

B) Características del niño agredido:

No es que el niño provoque deliberadamente el maltrato, sino éste es consecuencia no deseada de los atributos y comportamientos del niño que actúan como estímulos de la respuesta paterna (Escudero, 1990 y Gutiérrez, 1992).

◆ Son hijos no deseados (González y Toriz, 1985; Kempe y Kempe, 1985; González y Clemente, 1989; Escudero, op. cit.; Domínguez, 1991 y Castañeda, 1993).

◆ Bajo peso al nacer. Por esta condición del niño no responde a la estimulación de la madre y ésta opta por no brindarle otra estimulación, o por el contrario puede ser un niño "llorón" y exasperar a su madre quien utiliza el castigo o la indiferencia (Escudero, op. cit. y Domínguez, op. cit.).

◆ Premadurez. Las características de los bebés prematuros (llanto agudo, relación distorsionada entre cabeza y cuerpo, fragilidad, tamaño pequeño, etc.) disminuyen su efectividad para suscitar respuestas positivas de los padres, generan miedo en la madre a vincularse con un ser que quizás no sobreviva (González y Toriz, 1985; Kempe y Kempe, 1985; Escudero, op. cit. y Domínguez, op. cit.).

◆ Separación temprana de la madre. Sucede regularmente porque el niño es prematuro y debe permanecer en la incubadora, por una malformación congénita o bajo peso al nacer, lo cual priva al niño de atención, estimulación y afecto materno, los cuales son factores necesarios para el establecimiento y fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo (González y Toriz, op. cit.; Kempe y Kempe, op. cit. y Escudero, op. cit.).

◆ Dificultad en la interacción madre-hijo. La relación que se desarrolla entre el bebé y sus padres depende de las características de cada uno y es el resultado de la medida en que sus necesidades y disposiciones convergen para satisfacer o frustrar a uno o a otros,

según esto la interacción puede crecer en dirección positiva hacia la aceptación o en dirección negativa hacia el rechazo y un mayor riesgo de maltrato (Kempe y Kempe, op. cit. y Escudero, op. cit.).

◆ **Anomalías o malformaciones físicas.** Los defectos que puede presentar un niño son daño cerebral, labio leporino, paladar hendido, lo cual provoca en los padres frustración y conflicto, y si éstos no tienen control suficiente pueden tener respuestas agresivas hacia él; un niño exageradamente pequeño tiende a comer menos y esto ocasiona preocupación a la madre, quien para tratar de que coma más puede utilizar la violencia para lograrlo (González y Toriz, 1985; Escudero, op. cit. y Domínguez, 1991).

◆ **Hiperactividad.** Debido a la incapacidad del niño en centrar su atención, la madre puede emplear medidas agresivas para controlarlo (Escudero, 1990).

◆ **Son niños menores de tres años,** la mayoría se encuentra entre los 12 y 36 meses de edad, por lo cual son niños que no tienen habilidades verbales ni motoras (González y Toriz, 1985; Domínguez, 1991 y Osorio y Nieto, 1993). En el abuso sexual existe una gran diferencia en cuanto a la edad, ya que ésta oscila entre los 10 y 14 años de edad, luego los preadolescentes, y por último los menores de 0 a 1 años y los jóvenes de 15 a 19 años. (Ulate y Madrigal, 1991).

◆ **González y Toriz (1985) mencionan que existe un mayor número de varones maltratados que niñas;** Osorio y Nieto (op. cit.), dicen que es lo contrario; sin embargo Ulate y Madrigal (1991) mencionan que en la violencia física no existen diferencias en cuanto al sexo, sin embargo, en el abuso sexual existe mayor preferencia por el sexo femenino.

◆ **Presentan trastornos en la alimentación, sueño y mala higiene personal** (Álvarez, Caballero y Esquivel, 1986).

Las características del niño agredido sexualmente son:

◆ **Tienen gran necesidad de afecto,** por lo que aceptan contacto sutiles e inofensivos al principio. Narramore (1974 en Contreras, Hernández y Pérez, 1991) menciona que la mayoría de los problemas se derivan de la ausencia de amor y afecto paternal, los cuales son una

necesidad psicológica básica. El sentirse apreciado y querido influye en la confianza en uno mismo, así como en el proceso de socialización, si no se socializa a través del afecto el niño tenderá a ser aislado, tímido, inseguro y retraído, siendo más susceptible al abuso sexual, ya que los agresores buscan niños que se vean desprotegidos y a los que puedan convencer con mayor facilidad (Lennet, 1988 en Contreras et. al., op. cit.).

◆ En los casos de paidofilia o violaciones infantiles el niño suele hallarse entre los dos años y el comienzo de la adolescencia; las relaciones incestuosas pueden iniciarse a la edad de uno o dos años y prolongarse hasta la adolescencia (o más) (Kempe y Kempe, 1985).

◆ Son tímidos, introvertidos, ingenuos (Pérez, 1992).

◆ Pueden ser aislados con facilidad, ya que son solitarios y no tienen contacto con otros niños o adultos (Pérez, op. cit. y Suasnavar y Cu Farfan, 1991).

Suasnavar y Cu Farfan (op. cit.) mencionan las siguientes seis características.

◆ No tienen en quien confiar.

◆ La madre está ausente.

◆ La madre es sumisa y carece de poder o es maltratada por el esposo.

◆ No se le ha enseñado a distinguir entre caricias sexuales y no sexuales.

◆ Tiene una autoestima pobre.

◆ Los adultos que le rodean acostumbran a poner en duda lo que el niño(a) dice

◆ No tienen la habilidad para evadir ni negarse a aceptar las peticiones, sumado a esto se encuentra el aprendizaje de respetar a la autoridad (obedecer y callarse frente a los adultos) y el temor a las amenazas (falta de asertividad) (Suasnavar y Cu Farfan, op. cit.; Contreras, Hernández y Pérez, 1991 y Pérez, 1992).

◆ Carece de conocimientos sobre su propio cuerpo y sobre sexualidad, por tal represión no ha satisfecho su gran curiosidad sexual (Suasnavar y Cu farfan, op. cit. y Contreras et. al., op. cit.).

◆ Ignora la problemática del abuso sexual (Contreras et. al., op. cit.).

2.1.2. FACTORES FAMILIARES

◆ Aunque este problema se da en todos los niveles sociales (Kempe y Kempe, 1985) se descubre más pronto en la clase trabajadora o baja, ya que los hijos de profesionistas tienen acceso a la atención privada, en donde se siente un mayor compromiso con los padres y no denuncian los casos que llegan a detectar. También ésto se explica por un mejor control de carácter sociocultural en los estratos altos, así como la disposición de recursos para evitar el escándalo público, el buscar soluciones en privado, o quizás porque la violencia se presenta en forma más sutil y con expresiones más artificiosas (Apodaca, 1985).

◆ En familias de alto nivel económico es frecuente que los niños sean abandonados por sus padres en manos de otras personas, debido al tipo de vida que llevan (numerosos compromisos sociales, vida profesional absorbente). En estos casos los padres no golpean, pero si privan a sus hijos de un contacto afectivo.

◆ Hay evidencias de que el maltrato es más frecuente en familias con tres o más hijos.

◆ Aislamiento social: hay investigaciones en las que se confirma la estrecha relación existente entre el aislamiento social de las familias y el maltrato infantil (Gracia, Musitu, Arango y Agudelo, 1995).

◆ Cuando los hijos están bajo el cuidado del padre se presenta el maltrato y el abandono, ya que socialmente no es usual que él realice estas actividades; y cuando es la madre quien los cuida se presenta sólo el maltrato, ya que es ella quien se encuentra la mayor parte del tiempo con los hijos, motivo por el cual debe adoptar las normas disciplinarias, además se ha comprobado que el hecho de permanecer al cuidado de los niños y de la casa genera tensión la que se traduce fácilmente en agresión (Gutiérrez, 1992).

◆ Pineda (1996) considera que la crisis desencadenante del maltrato comienza desde la elección del cónyuge, manifestando que las personas potencialmente golpeadoras tienden a seleccionar como pareja a alguien que intensifica sus problemas en vez de atenuarlos, provocando con ello la desilusión y la búsqueda constante de afecto en el niño.

◆ **Matrimonio forzado, inestable, destruido.** El matrimonio forzado se realiza debido a que la mujer está embarazada y al ser el hijo no planeado ni deseado es motivo para futuras desaveniencias. En el matrimonio inestable la vida es desorganizada, hay desaveniencia conyugal, alto porcentaje de insatisfacción marital, conductas antisociales, etc., en sí una desintegración familiar. En los matrimonios destruidos (divorcios) la mujer es quien se hace cargo de los hijos y existe mayor probabilidad de situaciones de stress que ocasionan el maltrato debido a problemas económicos e inadecuación general de los servicios de apoyo (guarderías, centros de salud) (González y Toriz, 1985; González y Clemente, 1989; Escudero, 1990 y Domínguez, 1991).

◆ **Desempleo.** Crea circunstancias en la familia que propician el abuso, tales como: el padre desempleado está más tiempo en casa y puede volverse más disciplinario que antes y puede perder autoridad dentro de la familia, y para reestablecerla tiende a acciones más agresivas (Marcovich, 1978; González y Clemente, op. cit.; Escudero, op. cit.; Domínguez, op. cit. y Castañeda, 1993).

◆ **Un niño que ha nacido en un hogar económicamente marginado está condenado a sufrir desnutrición, deserción escolar, desempleo, frustración y agresión.** Asimismo no tiene acceso a áreas verdes y actividades recreativas. Viven en casas pequeñas que favorecen el hacinamiento, y con ello aumenta la agresión entre los miembros de la familia (González y Clemente, op. cit. y Castañeda, op. cit.).

◆ **Cuando se coloca al niño en otro lugar en forma transitoria y no se acepta su retorno a la familia original** (Osorio y Nieto, 1993).

◆ **Otro factor importante es la disciplina familiar, en la que los hijos son considerados propiedad de los padres, por lo que éstos tienen derecho y la obligación de castigarlos en la forma que les parezca.** Emplean el castigo físico (golpes) como un método correctivo, el cual solamente logra acrecentar el problema, sin embargo, al no conocer otras alternativas siguen empleándolo y con ello se sigue deteriorando cada vez más la relación con sus hijos. Este método correctivo sobrevive debido al aprendizaje: los padres reproducen la

forma en que ellos fueron educados, por lo cual los hijos maltratados serán muy probablemente padres que a su vez maltraten a sus hijos. Este método educativo es eficaz para aprender las relaciones de poder: el padre es la "autoridad" y pide o exige absoluta sumisión a su hijo, aprendiendo éste que existen autoridades como grupos inferiores que no pueden ni deben tener derecho a situarse al mismo nivel de quienes mandan. Distorcionándose de esta forma conceptos tales como autoridad, respeto, disciplina y castigo (González y Toriz, 1985 y Kempe y Kempe, 1985).

◆ Fontana (1973 en Domínguez, 1993) menciona que para comprender la naturaleza de las relaciones familiares donde existe maltrato debe tomarse en cuenta la forma en que los padres perciben a sus hijos. Los padres etiquetan a sus hijos como rebeldes o desobedientes si se desvían de lo que ellos piensan como el patrón "normal" de conducta infantil, reaccionando con castigos, enfureciéndose y frustrándose ante el fracaso de sus métodos y aumentando el castigo.

◆ Foncerrada (1982 en González y Toriz, 1985) considera importante el papel de la mujer, ya que es ella la que se identifica como la agresora, y no solamente porque ella esté más tiempo con el niño, *"sino también por las condiciones imperantes que hacen del matrimonio y de la maternidad una verdadera trampa para un gran número de mujeres expuestas a continuas experiencias humillantes, frustrantes y esclavizantes con muy pocas compensaciones, las cuales son una fuente de profundos resentimientos fácilmente canalizados hacia los hijos"* (pág. 32).

Garabino (1976 en González y Toriz, op. cit.) menciona dos situaciones que favorecen el "stress" en las madres: la discriminación económica (ya que aunque trabajen sus ingresos son más bajos que el de los hombres) aunada a sus "obligaciones" domésticas, y la poca facilidad que tienen para hacer uso de sistemas de apoyo, tales como guarderías, centros de salud, etc.

Stith, Williams y Rosen (1992) mencionan tres factores familiares:

◆ **Conflicto de intereses:** debido a que cada miembro de la familia tiene diferentes intereses, las decisiones tomadas por alguno puede vulnerar la libertad de los otros para llevar al cabo actividades diferentes.

◆ **Pertenencia involuntaria:** existen lazos sociales, emocionales, materiales y legales que hacen difícil poder abandonar la familia cuando el conflicto es elevado.

◆ **Factor tiempo:** el riesgo que supone es que la mayoría de los miembros de la familia pasan mucho tiempo juntos, lo cual puede crear un gran número de situaciones conflictivas.

◆ **Carbajal (1994)** menciona que los padres pueden agredir a sus hijos por quedar bien con otras personas, o por la influencia de éstas.

Contreras, Hernández y Pérez (1991) mencionan los siguientes factores familiares del abuso sexual infantil:

◆ **Aislamiento social:** el aislamiento de las familias promueve la victimización sexual del pequeño, ya que no se facilita el "escutrinio" de la vista pública que refuerza los tabús sexuales, surgiendo manifestaciones sexuales más libremente.

◆ **Confusión de papeles:** por situaciones diversas se rompen las relaciones familiares normales (enfermedad, trabajo, viaje, muerte, entre otros) dando pie a manifestaciones tales como comportamiento de amantes entre hermanos, el padre trata a la hija como esposa, etc.

◆ **Ambiente de abandono:** en las familias en que existe un clima emocional dominado por el miedo al abandono, el abuso sexual puede surgir "*como un intento para fortalecer los lazos familiares endebles e incapaces de mantenerse*" (pág. 32). Kempe y Kempe (op. cit.) mencionan que las madres muy dependientes y ansiosas de retener a su marido ven en sus hijas el medio para proporcionarle al marido una vinculación sexual más joven y atractiva de la que puede ofrecer.

◆ **Represión de la curiosidad sexual:** por ser temas tabú, el sexo y la sexualidad son motivo de castigos verbales y físicos a los hijos que expresan sus dudas sobre dichos temas.

2.1.3. FACTORES SOCIO-CULTURALES

Este es un factor crítico en la etiología del maltrato infantil, lo que lleva a autores como Parke y Collmer (1975 en González y Toriz, 1985) a dar énfasis a los valores sociales, y a la organización social de la cultura, la comunidad y la familia. Helfer y Kempe y Kempe (1975, 1978 en González y Toriz, op. cit., pág. 27) consideran necesarias otras condiciones aparte de las características *"predisponentes del padre y las desviaciones percibidas o reales del niño...para que ocurra el abuso; éstas incluyen una crisis y la ausencia de una red de sistemas de apoyo social para la familia"*.

♦ Garabino (1977 en González y Toriz, op. cit.) menciona, desde una perspectiva ecológica dos condiciones necesarias para que ocurra el abuso, la justificación cultural y el aislamiento de sistemas de apoyo. Estudios diversos han demostrado que el aspecto cultural es una variable que determina el comportamiento en general. Así es que el abuso puede ser entendido en forma específica *"por un examen de las actitudes culturales hacia la violencia y el uso de la fuerza física como forma de control en las interacciones personales"* (González y Toriz, op. cit., pág. 28).

♦ Respecto a la justificación cultural Apodaca (1995) menciona que la violencia es un método empleado por los gobiernos de todos los países del mundo, con el fin de mantener el orden.

♦ El sexo de carácter cultural. Los signos distintivos de lo masculino y lo femenino están determinados socioculturalmente y se denominan como *"género"*. se dan diferencias desde el nacimiento dependiendo de los rasgos anatómicos, los cuales determinarán las futuras conductas de niños y niñas. El machismo es así aprendido desde la infancia, el cual valoriza diferencialmente los géneros, otorgando supremacía y mayor derecho a lo masculino y desvalorizando lo femenino, considerando a la mujer como un objeto, una persona de segunda categoría, un sexo débil o una máquina de reproducción (Apodaca, op. cit.).

♦ González y Toriz (1985) hacen referencia a que la agresión es efectiva como método de crianza debido a sus resultados aparentemente *"efectivos"* dadas sus consecuencias casi

inmediatas. Los padres inician dando explicaciones y argumentos, después quizás darán castigos no físicos, y finalmente usará el castigo corporal. Estas actitudes refuerzan en los niños la creencia de que los adultos que les hacen daño tienen derecho a hacerlo cuando son malos. Algunos estudios han demostrado una relación directa entre la autoridad paterna como método de crianza y la presencia del maltrato infantil (García, Morales y Puentes, 1990).

◆ Domínguez (1993) menciona que en México, un país del tercer mundo con un sistema económico capitalista, existe gran disparidad en la distribución de propiedades e ingresos, en donde la mayoría carece de lo mínimo indispensable, los servicios sociales y seguridad social son limitados y hasta nulos en los niños y ancianos desprotegidos del país, lo cual es una forma de agresión social, forma en la cual se viven y se desarrollan miles de personas.

◆ Retomando el aspecto social como uno de los factores predisponentes del maltrato también puede considerarse a la crisis económica como elemento constitutivo en dicho fenómeno: la inflación en un país trae consigo desequilibrios económicos importantes como desempleo, subempleo, ambulante, disminución de gasto público en los sectores educativo, de salud, alimentario, entre otros, así como una importante baja en el salario e ingreso real de los trabajadores, siendo un costo social de la crisis social las afecciones psíquicas (González y Clemente, 1989 y Gutiérrez, 1992).

Investigaciones sobre la Organización social de la comunidad han demostrado que el empobrecimiento de las comunidades se relaciona directamente con el alto riesgo de maltrato infantil, ya que al incrementar la pobreza las condiciones de la comunidad son negativas (Coulton, Korbin, Su y Chow, 1995).

◆ La religión puede también influir y justificar el maltrato, como aquellas personas que abusan de sus hijos y se justifican diciendo que Dios le dijo que estaba bien, y dan referencias bíblicas (Helfer, 1975 en González y Toriz, 1985).

◆ Los medios masivos de comunicación influyen con gran fuerza en la violencia, ya que muestran a ésta como un medio efectivo para solucionar los conflictos (González y Toriz, op. cit.).

◆ Elliot (1993) menciona que la falta de programas educacionales y de programas preventivos en relación con la paternidad, la crianza de los hijos, la nutrición, etc., tanto en las escuelas como en los medios de comunicación, son causas de maltrato.

El factor socio-cultural de mayor importancia en el abuso sexual es:

◆ Sistema patriarcal. Este sistema fomenta diferentes actitudes y comportamientos según el sexo, existe una manifestación de poder y dominio sobre los más débiles (mujeres y niños) llegando a las agresiones sexuales (Contreras, Hernández y Pérez, 1991 y Stith, Williams y Rosen , 1992).

2.2 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL

Basadas en Domínguez (1993); Contreras, Hernández y Pérez (1991); González y Clemente (1989); González y Toriz (1985) consideramos las siguientes consecuencias del maltrato infantil, las cuales podemos dividir las en dos rubros: A) físicas y B) psicológicas.

2.2.1. CONSECUENCIAS FÍSICAS

El maltrato físico trae como consecuencia lesiones físicas que ponen en peligro la vida del niño, tales como: contusiones; raspaduras; hematomas; laceraciones; fracturas; quemaduras; daño cerebral; traumas: en la cabeza y en el sistema nervioso central, tórax (fracturas en costillas), abdomen (estallamiento de víceras), región peritoneal (abuso sexual), facial (daño en ojos, nariz, boca y oídos) y fracturas en el sistema esquelético; crecimiento deficiente debido a la mala nutrición (Escudero, 1990; González y Clemente, op. cit.; González y Toriz, op. cit.).

Presentan trastornos como micción involuntaria, enuresis, anemias agudas, encefalopatías, dolor abdominal, retardo en el desarrollo y marcada regresión (Marcovich, 1978, en Álvarez, Caballero y Esquivel, 1986).

Como resultado de las gravísimas lesiones puede ocasionarse la muerte del niño. Marcovich (1978) menciona que en Estados Unidos, en la década de los 70's, en un reporte de 56 mil casos de niños golpeados, 12% fueron asesinados y 14% quedaron lisiados de por vida. Señaló también que el 55% de las víctimas eran menores de cuatro años y el 75% de los responsables eran los padres. Es común en estos casos que los padres lleven a sus hijos al médico después de varios días: el 40% los llevan después de 1 ó 2 días, y el 66% restante después de 3 y 6 días. En estos reportes el 80% de los casos tenían en común fracturas de cráneo, y las quemaduras ocupaban el segundo lugar en traumatismos físicos.

En un estudio más reciente, Híjar, Tapia y Rascón (1994) señalan que un niño es asesinado cada dos días, y que el mayor número de muertes por homicidio ocurre en infante de 0 a 4 años de edad, siendo un 39% menores de un año. Asimismo mencionan que es mayor el número de varones asesinados que de niñas. Los medios para asesinar son diversos, existiendo diferencias en cuanto a la edad: los menores de un año mueren por ahorcamiento; los niños de un año fallecen por sumersión; los de dos años por sumersión y armas de fuego; los de tres años por armas de fuego y sumersión; y los de cuatro años por arma de fuego y explosivos.

Pérez (1992) menciona las siguientes consecuencias físicas del abuso sexual:

- ◆ Las consecuencias físicas del abuso sexual cuando hay penetración son desgarramientos, escoriaciones y hasta la muerte cuando hay penetración vaginal en un organismo inmaduro.
- ◆ Si existen golpes aparecen magulladuras, mordeduras, quemaduras, puede haber daño cerebral o incluso la muerte.
- ◆ Pueden presentarse fiebre uterina, enfermedades venéreas y embarazos.

♦ Llegan a padecer de migraña, enuresis, úlceras, colitis, anorexia nerviosa, dolor de estómago .

2.2.2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Debido a que un niño golpeado crece en un mundo donde los estímulos provenientes de la madre no son los suficientes para sentirse querido y adquirir confianza, su capacidad de interesarse por las cosas que le rodean disminuye y en su lugar se despierta apatía, lo cual entorpece la adquisición de funciones perceptuales, cognitivas y motoras, presentándose así un retraso global en el desarrollo (Escudero,1990).

A continuación se mencionan las consecuencias psicológicas o emocionales del maltrato:

♦ Las demandas enfocadas a regular las conductas personales y sociales predicen una mayor presencia de conductas problemas a la edad de cinco años (Kuczinski y Kochanska, 1995).

♦ Aunque con muchas controversias, hay autores que mencionan la existencia de un mecanismo neural que provoca la amnesia infantil o el "*síndrome de la falsa memoria*", en la cual los niños olvidan el incidente traumático (Nemiah, en Bremner, Krystal, Charney y Southwick, 1996)

♦ Presentan sentimientos de abandono y desprotección (Marcovich, 1978 en Álvarez, Caballero y Esquivel, 1986 y Osorio y Nieto, 1993).

♦ Tienen una percepción hostil y agresiva de su medio (Gutiérrez, 1979 en Álvarez et. al., op. cit. y Osorio y Nieto, op. cit.).

♦ Son sumisos, pasivos, obedientes (González y Toriz, 1985; Kempe y Kempe, 1985; González y Clemente, 1989 y Domínguez, 1993).

♦ Son desconfiados, miedosos y tienen preocupación excesiva que suele llegar a la angustia. Tienden a ser asustadizos y tímidos (Kempe y Kempe, op: cit.; González y Clemente, op. cit.; Domínguez, op. cit. y Osorio y Nieto, 1993).

- ◆ Rehuyen a cualquier muestra de afecto.
- ◆ Son muy sensibles a la crítica y al rechazo del adulto (González y Clemente, op. cit.).
- ◆ No expresan sus sentimientos ni incluso el dolor físico, y no demuestran tristeza ni preocupación por el dolor de los demás; tienden a ser asustadizos y tímidos.
- ◆ Son solitarios, rehuyen la compañía de los demás y pasan largos ratos sentados sin hacer nada y con la vista baja, por lo que tienen pocos amigos.
- ◆ Cuando se les pregunta sobre el origen de sus lesiones dan versiones confusas o contradictorias, niegan conflictos familiares y maltrato actual o anterior.
- ◆ Se desarrollarán con sentimientos de odio, vergüenza, deseos de venganza de la sociedad creando personalidades neuróticas y psicóticas. Su resentimiento y su furia están solamente reprimidos, prontos a estallar, en ocasiones contra un niño más pequeño, cuando se siente seguro para expresarlos (Kempe y Kempe, 1985 y González y Clemente, 1989).
- ◆ El abuso físico tiene efectos negativos en las relaciones de los niños. Salzinger, Feldman y Hammer (1993) encontraron que en los infantes de entre 8 y 12 años de edad que habían sufrido severo abuso físico tenían menor estatus entre sus compañeros, menor reciprocidad positiva con compañeros elegidos como amigos y tendían a ser agresivos y poco cooperativos.
- ◆ Irritables, hostiles, evasivos, poco amables ante cualquier persona (González y Toriz, 1985; González y Clemente, op. cit. y Domínguez, 1993).
- ◆ Carecen de claros y definidos conceptos de solidaridad humana
- ◆ Son niños de baja productividad y creatividad por lo cual tienen pocas ambiciones (Osorio y Nieto, 1993).
- ◆ El castigo empleado por los padres tiene diversos efectos negativos, entre ellos la disfuncionalidad de las relaciones padre-hijo, ya que éste último evitará al padre castigante; otro efecto es que al emplear el castigo intermitente en vez de extinguir la conducta no deseada la refuerzan, o pueden ocasionar retardo en el desarrollo de un repertorio

conductual, consecuencia también de los castigos físicos o sociales severos (Bijou, 1967 en González y Toriz, 1985).

◆ Son personas con baja autoestima e inseguridad, ya que se sienten no deseados, no queridos, desprovistos de valor, incapaces de decidir (González y Clemente, 1989; Domínguez, 1993 y Osorio y Nieto, 1993).

◆ Son impotentes e incapaces para defenderse, respondiendo pasiva o agresivamente ante el medio (González y Toriz, 1985; González y Clemente, op. cit. y Osorio y Nieto, op. cit.).

◆ Son niños que en ocasiones se vuelven hiperactivos (Kempe y Kempe, 1985; González y Toriz, op. cit.; González y Clemente, op. cit. y Domínguez, 1993).

◆ Con relación a la escuela son niños que manifiestan fobia a ésta (si es ahí donde se les maltrata) o problemas académicos, son agresivos, desobedientes y rebeldes (Kempe y Kempe, op. cit.; González y Clemente, op. cit. y Osorio y Nieto, op. cit.).

◆ Al parecer no pueden tener dos relaciones al mismo tiempo, ya que pueden ignorar al terapeuta -o con quien estén- si llega otra persona que les hable.

◆ Incapacidades comunicativas tales como leer y escribir, de hecho son personas que se niegan a hablar.

◆ Manifiestan agradecimiento por la entrega de dulces u otros regalos, y están ansiosos por obtener cualquier evidencia tangible de consideración y cariño.

◆ Aceptan la disciplina de sus padres como el mejor método para educar a los hijos, ya que es el único que conocen (Kempe y Kempe, 1985). Diversos estudios han demostrado que los patrones coercitivos dentro de la familia originan conductas desordenadas en el menor, así como el que éstos sean, a su vez, coercitivos con sus compañeros, siendo entonces rechazados por éstos (Hotaling, Finkelhor, Kirkpatrick y Srtaus, 1988; Wahler y Williams, 1990).

◆ Los niños en edad preescolar manifiestan trastornos motores, de lenguaje y cognoscitivos. Son aislados, cuidadosos, agresivos con otros niños, impulsivos, se

consideran seres malos, incompetentes y no amados, por lo que presentan gran inestabilidad emocional (Kempe y Kempe, op. cit.).

◆ Los niños en edad escolar encuentran difícil ajustarse a situaciones de prueba, y los logros escolares se hayan fuera de su alcance si se les plantean exigencias inmediatas de buenos resultados. Algunos renuncian inmediatamente y contestan "*no lo se*" a preguntas sencillas. Con frecuencia faltan o llegan tarde a clases o llegan demasiado temprano y haraganean después de las clases sin razón aparente, están desaseados, inadecuadamente vestidos o ambas, siempre están cansados y tienden a dormirse en clase (Kempe y Kempe, op. cit. y Osorio y Nieto, 1993).

◆ El adolescente tiene conductas que molestan, falta a clases, es tranquilo o agresivo, hogareño o sale de su casa, negligente o suicida, y presenta conductas antisociales al no poder integrarse positivamente a la sociedad, y cuando comienza a ser más independiente se siente con la fortaleza física y mental para intentar romper el círculo vicioso en el que se encuentra, lo que lo lleva a la delincuencia; huir de su casa; prostitución, ya que el niño al huir de casa y ante la escasa o nula preparación para subsistir cae en ella; farmacodependencia, donde la droga es símbolo de libertad, emancipación y rebelión, así como una forma de evadir la realidad; y suicidio, ya que el ser rechazado por los padres produce sentimientos de frustración que desencadena agresividad que no puede expresar, dirigiéndola contra sí mismo, se culpa de la situación, se deprime y comete el acto suicida "para que se sientan responsables de su muerte", así el suicidio es una forma de evasión y castigo dirigida a los agresores (Kempe y Kempe, op. cit.; Cruz, 1993; Osorio y Nieto, op. cit).

◆ Son niños que manifiestan tristeza. Cuando se deprimen no hablan o lo hacen poco, no mantienen contacto visual y permanecen pasivos. Algunos estudios señalan que la depresión es tal que llegan a cometer suicidio (Kempe y Kempe, 1985; González y Clemente, 1989 y Castañeda, 1993).

◆ Si llegan a contraer matrimonio con alguien que tenga su misma situación crearán un hogar disfuncional, ya que ambos son incapaces de comprenderse, ambos exigen afecto y atención pero no son capaces de darlo, y cuando llegan los hijos la presión es mayor ya que éste también les exigirá cariño (González y Clemente, op. cit.). De esta forma tenderán a reproducir los mismos patrones de crianza dándose lo que Strauss (1977-1980 en González y Toriz, 1985) denomina el efecto de "*bola de nieve*", donde el maltrato se mantiene a través de generaciones como un patrón de interacción familiar preestablecido.

◆ Ante el maltrato recibido en su infancia, la persona no tendrá los elementos necesarios para desarrollarse como una persona responsable y madura, capaz de formar su propia vida y familia (González y Clemente, op. cit.).

Las consecuencias psicológicas del abuso sexual son las siguientes:

◆ Las secuelas intrínsecas del abuso sexual son las implicaciones psicológicas que lo acompaña, son los mensajes como: *"te corrompo al utilizarte sexualmente, te aterrorizo para que guardes mi secreto, rechazo tu derecho a la autonomía e integridad, tú estás a mi disposición debido a que los que deberían cuidarte y protegerte no lo hacen"* (Garabino, 1993, pág 365).

◆ El abuso sexual tienen también consecuencias psicológicas, tales como traumas en las víctimas. El grado del trauma varía según se presenten o no los siguientes factores que señala Pérez (1992), Trucker y Brook (en Contreras, Hernández y Pérez, 1991); Finkelhor (en Contreras et. al., op. cit.) y Rappley y Speare (1993):

- Parentesco. Entre más cercano sea el ofensor mayor será el trauma.
- Duración de la exposición. Entre más se prolongue el contacto mayor será el trauma.

- Tipo de experiencia. Las secuelas son más graves si hay coito y menos graves cuando es exhibicionismo. Asimismo es más grave cuando se emplea la fuerza que cuando no se hace uso de ella. Es traumático si hay tocamiento y besos.

- **Edad.** Físicamente el daño es mayor entre más pequeña es la víctima. Es más dañino psicológicamente a mayor edad, debido a que el infante comprende más y sus valores son más definidos. También existe mayor trauma si el agresor es mucho más grande que el niño (más de cinco años).

- **Sexo del ofensor.** La relación de un niño con un varón es más negativa que con una mujer, no importa el sexo del infante.

- **Sexo de la víctima.** Las consecuencias son más graves si la víctima es mujer, debido a los mitos y tabús que giran en torno a la virginidad.

- **Reacciones familiares.** La mayoría de los padres responden negativamente cuando el niño les platica lo sucedido, creando mayor trauma.

- **Sentimientos.** Si la víctima siente placer sentirá mayor culpa.

- **Estado emocional.** Si antes de la experiencia existía falta de afecto e inestabilidad familiar puede propiciar en el niño un daño severo a largo plazo. También hay daño si el niño calla e imagina que es culpable.

- **Desarrollo psicosexual.** Si el niño no tiene conocimiento sobre la sexualidad los daños no serán tan severos.

- **Tipo de ayuda.** Si no se le da auxilio profesional el trauma será mayor.

- ◆ Otros son pasivos.

- ◆ Suelen presentar hiperactividad.

- ◆ Llegan a ser crueles.

Pérez (1992) menciona las siguientes características:

- ◆ Presenta respuestas conductuales hostiles, agresivas, violentas y rebeldía.

- ◆ Se consideran malos, por lo que se autocastigan con quemaduras y golpes.

- ◆ No controlan sus impulsos.

- ◆ Manifiestan temblor.

- ◆ Son personas desconfiadas hasta de ellos mismos.

- ◆ Pueden llegar a ser personas agresivas, que tal vez desarrollen conductas delictivas.

- ◆ Tienen problemas de identificación de género (esto se explica en el rubro de homosexualidad, en las consecuencias socio-culturales).
- ◆ Disfunción hacia el deseo del sexo, en la excitación y miedo al sexo. En sus relaciones sexuales presentan periodos de menosprecio al tocamiento físico, aversión al coito y alteraciones en la respuesta sexual (como anorgasmia y vaginismo en la mujer).
- ◆ Pueden presentar conductas desorganizadas, como la evitación y no control de estrés. Ira (hombres), repugnancia (mujeres).
- ◆ Da indicios de algún tipo de actividad sexual al hablar, gesticular o hacer mímica. Muestran un interés repentino y excesivo por la sexualidad o se masturban compulsivamente. Algunos llegan a imitar la ofensa con otros niños (Contreras, Hernández y Pérez, 1991 y Pérez, 1992).
- ◆ Pierden peso (Kempe y Kempe, 1985 y Pérez, op. cit.).
- ◆ Problemas de concentración (Contreras et. al., op. cit.)
- ◆ Miedo extraordinario a personas del sexo contrario (en caso de que el ofensor lo haya sido) (ÁlvarezVillanueva, 1991 y Contreras et. al., op. cit.).
- ◆ Problemas al dormir (duerme mal o con exceso), con frecuentes pesadillas, como temor a la oscuridad, así como ataques de pánico y terror nocturno (Kempe y Kempe, 1985; Contreras et. al., op. cit.; Pérez, 1992 y Rappley y Speare, 1993).
- ◆ Se aísla y se retrae repentinamente (Contreras et. al., op. cit. y Pérez, op. cit.)
- ◆ Son personas inseguras, ansiosas, manifiestan miedos, impotencia y odio (Álvarez Villanueva, 1991 y Pérez, op. cit.)
- ◆ Experimenta sentimientos suicidas.
- ◆ Se sienten confundidos (Álvarez, op. cit.; Contreras Hernández y Pérez, 1991 y Pérez, 1992).
- ◆ Experimentan llanto y subsecuentemente sentimientos de vergüenza (Álvarez, op. cit. y Contreras et. al., op. cit.).

◆ En casos de incesto los niños en edad escolar tiene brotes súbitos de angustia, miedo, depresión, insomnio, histeria, aumentos repentinos de peso o pérdida del mismo, baja repentina en la escuela y vagabundeo. En los adolescentes es común la rebelión contra la madre (Kempe y Kempe, 1985)

◆ En la edad adulta sufren depresiones, así como tienen dificultad para relacionarse con personas del sexo contrario, por lo que se aíslan y tienen problemas familiares (Contreras, Hernández y Pérez, 1991). En un futuro tenderán a tener problemas con su pareja (en el noviazgo o matrimonio) (Pérez, 1992).

Otras consecuencias que tiene el abuso sexual son las mencionadas por Contreras, Hernández y Pérez (1991):

Consecuencias familiares:

◆ La familia niega el hecho, fingiendo ignorar el acontecimiento. Ésto se debe a que la familia ejerce presión intensa y no verbalizada para actuar como si *"todo fuera correcto"*, actuando con secretismo y confusión.

◆ La familia llega a presentar depresión hasta llegar a la enfermedad de alguno de sus miembros.

◆ La familia suele reaccionar violentamente tanto con el agresor como con la propia víctima.

◆ Si la víctima informa el acto, la familia no suele darle apoyo. Así como no coopera con las personas que investigan el problema, ocultando información necesaria.

Consecuencias socio-culturales:

◆ Suele haber problemas sociales tales como los intentos suicidas debido a las fuertes depresiones, la drogadicción, la prostitución y la delincuencia.

◆ Homosexualidad. Las primeras experiencias sexuales pueden encausar a la homosexualidad, ya sea por los contactos placenteros con personas del mismo sexo o por lo desagradable de sus relaciones heterosexuales.

◆ Las consecuencias para las mujeres son más violentas, ya que son devaluadas por haber perdido su "virginidad" (Trucker y Brook, en Contreras et. al., op. cit.).

Pese a que se mencionan una gran variedad de características de los agresores, de los agredidos y de su entorno social ¿por qué no todas las personas que presentan dichas características son víctimas o ejercen algún tipo de maltrato?

Asimismo la literatura más reciente no es suficiente para contestar ¿por qué, cuando hoy en día se aconseja que son los niños quienes requieren de mayor protección, siguen siendo víctimas de tanta violencia?

Lo anterior da cuenta de que aún falta mucho camino por estudiar, así como entender que la atención del maltrato requiere de un gran esfuerzo por parte de todos los que integramos esta sociedad. Este punto será tratado en el siguiente capítulo.

CAPITULO III. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL MALTRATO INFANTIL

Para llevar al cabo un estudio integral del maltrato infantil no sólo es necesario conocer sus aspectos teóricos, como son la definición, características, tipos, causas, consecuencias y antecedentes históricos, sino también conocer el aspecto práctico, es decir, las acciones encaminadas a prevenir y tratar el maltrato infantil. Para ello, en el presente capítulo se abordan los temas de prevención de maltrato infantil, sus objetivos, niveles y propuestas; el trabajo multidisciplinario, interdisciplinario y desprofesionalización, quiénes y qué acciones realizan, específicamente la intervención psicológica, ya que esta tesis es hecha por psicólogas y el nivel es práctico, por lo cual nuestra finalidad en este capítulo es describir qué hace el psicólogo clínico y específicamente qué hace ante el maltrato.

3.1. PREVENCIÓN EN EL MALTRATO INFANTIL

Uno de los objetivos primordiales de cualquier país es el desarrollo de programas especiales de salud, los cuales incluyen tres niveles de prevención: prevención, detección y rehabilitación. Para poder hablar de la prevención del maltrato infantil es necesario primero definir qué es salud y qué es prevenir.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) *"la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad"* (Martínez, 1991, pág. 63).

Galguera (1984, en Castañeda, 1993) menciona que prevención significa *"atacar las condiciones que dan origen a un problema antes de que aparezca"*. Suasnavar y CU Farfan (1991) definen prevención como la *"precaución que se toma para evitar un riesgo"* (pág. 97).

Helfer (1976, en González y Toriz, 1985) menciona un modelo de enfermedad en el que considera siete pasos, con los cuales hacemos una relación con respecto al maltrato

infantil, no por considerar éste como una enfermedad, ya que no lo es, si bien es un problema social. El que lo relacionemos con el modelo médico es debido a que los niveles de prevención en ciencias de la salud tienen un enfoque médico:

- **Presentación de la forma más grave de una enfermedad dada.** En maltrato infantil ésto se dio a fines de los cincuentas e inicios de los sesentas, e incluso se da en nuestros días.

- **Desarrollo de programas de tratamiento no específicos y de apoyo.** Respecto al maltrato infantil empezó con los programas de protección a los niños en los sesentas.

- **Estudio e investigaciones sobre sus causas.** En los sesentas se desarrollaron estudios intensivos referentes al maltrato infantil que no se reconocieron hasta hace poco.

- **Programas de tratamientos específicos.** Último paso desarrollado actualmente en el área de maltrato infantil.

- **Expansión de los conceptos del problema hacia áreas relacionadas.**

- **Estudio e investigación de la identificación temprana y la prevención.**

- **Inicio de programas de prevención y selección.**

En México los tres pasos finales no podrán darse sino hasta que se expandan los conceptos de abuso y negligencia en el niño.

En 1972, en los Estados Unidos se empezó a dar mayor atención a la prevención del abuso del niño, y de ahí se expandió a otros países, dando lugar a investigaciones que permitieron establecer la distinción entre tres tipos de prevención. Autores como Ollendick y Harsen; Del Castillo (1986, 1983 en Barbeyto y García, 1994); Castañeda (1993); Pérez (1992); Álvarez Alva (1991); Contreras, Hernández y Pérez (1991); Martínez (1991); Montes de Oca (1991); Kempe y Kempe (1985); González y Toriz (1985); San Martín (1981), clasifican la prevención en tres niveles A) prevención primaria, B) prevención secundaria y C) prevención terciaria. A continuación se muestra un cuadro de dichos niveles de prevención (San Martín, 1981).

Prevención Primaria		Prevención Secundaria		Prevención Terciaria	
1	2	3	4	5	6
Promoción o fomento de la salud	Educación para la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento tempranos	Prevención de secuelas, incapacidades o la muerte	Rehabilitación (física o so- cial)

3.1.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Involucra la identificación de aquellas condiciones que aparecen en relación al desarrollo de problemas conductuales e identificaciones específicas que provocan las condiciones más saludables, y modificando los factores adversos que puedan incidir negativamente en el individuo sano, lo cual se logra difundiendo el fenómeno, por medio de la protección específica y la reestructuración social y familiar para prevenir los problemas antes de que aparezcan. El objetivo de la prevención primaria del maltrato infantil es reducir en una comunidad, ya sea a partir de un trabajo individual o colectivo, la frecuencia de trastornos de éste tipo, es preparar hacia un cambio, hacia una responsabilidad del menor.

Según Quinn (1992 en Salinas, 1995) las estrategias de prevención primaria se dirigen a la comunidad en general y pretenden cambiar las actitudes patriarcales nocivas y las prácticas a nivel individual, familiar y social particularmente las que se relacionan con la injusta distribución del poder. Ésto es el poder del hombre sobre la mujer y los niños que son utilizados y maltratados. La prevención del abuso sexual a nivel primario consiste en un cambio de valores firmemente arraigados y de creencias erróneas a largo plazo.

Los programas propuestos para la prevención primaria se ofrecen a todos los miembros de la población, son voluntarios, intentan influenciar las fuerzas sociales que tienen impacto en padres y niños, promueven el bienestar así como la prevención de la disfunción familiar. Todo ésto se logra a través de:

a) La educación y orientación familiar.

Este es un punto de concientización del problema en el cual se crean criterios y se inducen conductas positivas para el niño. Toda pareja en vísperas de convertirse en padres deberá tomar obligatoriamente (Loredo, 1992, en Pineda, 1996) cursos sobre desarrollo del niño, necesidades, cuidados físicos elementales que requiere el niño, la responsabilidad familiar, el amor, compasión y atención, así como el maltrato infantil.

En los casos en que se recurre a comadronas o a parteras empíricas, el cuerpo multidisciplinario deberá detectar dichos casos y persuadirlos a la opción del servicio médico institucionalizado. Para lograr un real efecto a nivel popular se requiere un macroprograma donde se cree conciencia del programa y la comunidad participe activamente en éste (Montes de Oca, 1991 y Osorio y Nieto, 1993). En los casos de comunidades rurales donde las comadronas o parteras tienen un trato privilegiado por falta de servicios médicos cercanos, se puede optar por la desprofesionalización para que adquieran los conocimientos médicos básicos para realizar un trabajo con buenas condiciones de salud e higiene.

Modelar las políticas hospitalarias para minimizar los periodos de separación entre madre e hijo cuando cualquiera de los dos esté gravemente enfermo (Zax, Melviny y Specter, 1985, en Pineda, 1996), ya que se ha observado que los periodos largos de separación obstaculizan el vínculo afectivo entre la madre y el hijo.

b) Campañas de planeación familiar. Es la difusión de los diferentes métodos anticonceptivos dado que un niño tiene derecho a ser planeado y no solamente aceptado, evitando tener hijos no deseados. En caso de sufrir un embarazo aún empleando algún método anticonceptivo es importante dar otras opciones a las personas, como es el caso de la adopción. Este tema ha sido muy controvertido, sin embargo es importante crear una cultura que favorezca la adopción, en la que la persona embarazada vea como alternativa el dar en adopción un hijo no planeado ni deseado, y en la que la persona que no pueda tener hijos tenga la oportunidad de satisfacer este deseo a través de la adopción.

c) Educación sexual para padres en potencia. Debería integrarse a los planes de educación a partir del sexto año de primaria temas que eduquen sexualmente a los padres en potencia, así como las consecuencias de convertirse en padres a temprana edad (Montes de Oca, 1991). En Estados Unidos se llevó al cabo un programa de educación sexual a adolescentes, retomando los temas de reproducción, anticoncepción, crecimiento y desarrollo humano y la sexualidad en la adolescencia. Lo que se obtuvo fue mayores conocimientos comparado con el grupo control, pero no modificó el uso de anticonceptivos ni tampoco la actividad sexual (Rusell-Brown, Rice, Oriel y Bertrand, 1992). Lo cual habla de la importancia de seguir promoviendo éste tipo de cursos buscando ahondar en la concientización de los jóvenes.

d) Educación. En el sistema escolarizado se debería incluir en los planes de estudio el tema del maltrato al menor, considerando todas sus etapas (etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención). Así como preparar a los niños para enfrentarse a la vida una vez que dejen la escuela y para resolver los problemas de salud inmediatos, proporcionando datos básicos sobre la atención primaria de salud, la cual debe ser de tipo práctico (Morley, 1993).

e) Identificación de padres y madres potencialmente peligrosos. Lo cual se logra por medio de observaciones, cuestionarios y entrevistas realizadas por psiquiatras, pediatras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros tomando en cuenta el nivel socioeconómico, antecedentes familiares e individuales, estudios de personalidad, actitud frente al niño, apoyos morales con que se cuenta, conceptos de educación. Se han encontrado como factores de riesgo el que hayan sido maltratados de niños, tengan antecedentes de enfermedad mental o actividades delictivas, son sospechosos de haber maltratado con anterioridad a otro hijo, tienen pérdida de autoestima, son aislados socialmente, padecen depresión, han padecido tensiones múltiples (discordia conyugal, divorcio, deudas, frecuentes cambios domiciliarios, fracasos de importancia), presentan descargas frecuentes de mal humor, tienen expectativas rígidas y no reales con respecto al

comportamiento del niño, castigan duramente al niño, rechazan o tienen dificultad para tomarle cariño al niño (Foncerrada, Castaño, Córdova y Jurado, 1987 y López, 1982).

f) Orientación e investigación prematrimonial y prenatal. Seleccionar adecuadamente a la pareja considerando factores sólidos como sus metas, expectativas, temores, etc. Informar a la pareja sobre las responsabilidades que contraerán como esposo y esposa, y como padres. Investigar si los padres que van a procrear un niño tienen la disposición necesaria para ejercer la paternidad, con la ayuda de las observaciones, cuestionarios y entrevistas antes mencionadas (Osorio y Nieto, 1993).

g) Creación de fuentes de trabajo para los menores. En nuestro país existen millones de niños que pasan la mayor parte de su tiempo en las calles vendiendo chicles, cantando en autobuses, limpiando parabrisas, pidiendo limosnas, etc. poniendo en peligro su integridad física. Para evitar ésto se propone la creación de granjas en donde los niños sean enseñados a sembrar hortalizas, que serán para su alimentación y para obtener ingresos (Montes de Oca, 1991). Las leyes gubernamentales deben erradicar la labor ilegal de menores que posibilita la presencia de enfermedades y de lesiones (Pollack, Landrigan y Mallino, 1990).

h) Crear habilidades preventivas del maltrato en el niño. Por medio de la información, talleres, cursos, entre otros, se busca que el niño tenga conocimiento del maltrato infantil, discrimine a posibles agresores y adquiera estrategias de seguridad personal para protegerse del maltrato. En los talleres de prevención de abuso sexual se incluyen temas como anatomía sexual ("*mi cuerpo me pertenece*"); asertividad; caricias y secretos agradables ("*me siento bien*") y desagradables ("*si me hacen sentir mal o confuso entonces algo no está bien*") ; derechos de los niños; conceptos de respeto, jerarquía y obediencia; conocimiento del problema de abuso sexual; medidas de prevención o autocuidado (Harbeck, Peterson y Starr, 1992). Un punto muy importante es el de dotar de personalidad jurídica a los menores para que puedan denunciar ante las autoridades correspondientes todo aquello que les afecte y que constituya una violación a sus

derechos, ya sea que esta conducta se encuentre respaldada o no por un adulto (Pineda, 1996). asimismo es importante que los niños sean adiestrados para solicitar ayuda a los números telefónicos de emergencia (Salas, 1997).

i) Información y capacitación al personal relacionado con niños. Por medio de simposiums, cursos y conferencias se les capacita para detectar indicios característicos de maltrato. Esto va dirigido a policías, médicos, enfermeras, personal de guarderías, jardines de niños, casas cuna, escuelas, y agentes del ministerio público. Pero la información en sí no es suficiente, por lo cual es necesaria la creación de leyes que obliguen a estos profesionistas a reportar los casos en que se sospeche de maltrato, ya que muchas veces saben del problema pero no desean involucrarse en lo que se cree es un *"problema familiar"* (Gelles y Pedrick, 1990).

Brown, Foege, Bender y Axnick (1990) proponen un programa de entrenamiento a profesores de educación primaria y secundaria para que observen, reconozcan y canalicen los casos de maltrato al menor.

j) Sensibilización de la comunidad respecto a los niños maltratados. Crear conciencia social del problema, ya que algunas personas no lo conocen o no creen que pueda realizarse el maltrato, aceptando su existencia como un hecho social para que ayuden a combatirlo con una actitud positiva y activa, creando así un sentido de solidaridad humana, civismo y respeto por los niños.

k) Modificación de patrones de conducta individual y social. Su fin es cambiar actitudes que admiten la utilización de la fuerza física como medio de educación de los niños, no considerarlos como un estorbo por ser molestos, ruidosos y sucios (Osorio y Nieto, 1993).

Para ello se puede hacer uso de los medios de comunicación para dar información y movilizar la opinión política, a través de anuncios por radio y televisión, espacios en programas regulares, comunicados en prensa, materiales audiovisuales, boletines y

carteles sobre los métodos de crianza adecuados (Levav, Guerrero, Phebo, Coe y Cerqueira, 1996).

l) Difusión de organismos dedicados al desarrollo familiar. Esto es necesario ya que la mayoría de la población no sabe a donde acudir o llamar para solicitar ayuda o demandar a alguien. En Estados Unidos existe una institución reciente ("*Relief Nurseries*") en la que los padres estresados dejan a sus hijos preescolares para prevenir abusar de ellos (Hotaling, Finkelhor, Kirkpatrick y Straus (1988).

m) Medios de comunicación como apoyo. Para la difusión de los derechos del niño y aspectos preventivos del maltrato, para que la gente conozca los indicadores del maltrato, que sepa a donde acudir para pedir ayuda así como sensibilizar a la ciudadanía de las dimensiones del problema.

n) La promoción sistemática y continua por parte del gobierno en el desarrollo comunitario, la salud psicológica, la descentración poblacional, y el favorecimiento a la atención de necesidades básicas (Montes de Oca, 1991).

ñ) Legislación.

Contar con un respaldo legal que se exprese en leyes que protejan los derechos del niño.

Asimismo, Velázquez (1992, en Pineda, 1996) propone "*que el Estado revise la política económica e implemente acciones encaminadas a la producción de un mayor equilibrio en la repartición de la riqueza para que cada uno de los gobernados tenga acceso a condiciones de vida más decorosas*" (pág. 45).

González (en Salas, 1997) recomienda que en el momento del juicio, el juez confronte las versiones del acusado y de la víctima interrogándolos por separado. También propone el uso de la cámara de Gessell (ventana que permite observar a alguien sin que se dé cuenta), el video, y el circuito cerrado de televisión.

Se propone sustituir la pena privativa de la libertad e imponer la asistencia obligatoria del agresor a cursos o terapias especializadas (Pineda, 1996).

Establecer obligatoriamente el registro de los casos de maltrato y abuso sexual por parte de todas las profesiones vinculadas con esta área, para que exista un mayor interés en cuanto a la capacitación de personal especializado en la detección, atención y prevención de la problemática.

Reafirmar en los instrumentos jurídicos correspondientes la protección cabal de todas aquellas personas que denuncien casos de violencia contra el menor, con el fin de abatir la escasez de denuncias de este tipo.

Solicitar al poder ejecutivo un aumento sustancial al presupuesto dedicado a la atención de la infancia maltratada.

Exhortar a las autoridades de la Secretaría de Educación Pública (SEP) para que tomen en cuenta el problema del maltrato infantil e implementen estrategias institucionales que permitan la sensibilización de los maestros y de los padres de familia, pues son los actores directos en el proceso educativo.

Elaborar un directorio de las instituciones abocadas hacia la solución de este problema para conocer sus recursos, objetivos, y posibilidades reales de acción (Loredo, 1992, en Pineda, 1996).

Crear leyes de empleo que permitan a las mujeres embarazadas y a las madres de hijos muy pequeños el tiempo libre necesario para cuidar de sus hijos (Montes de Oca, 1991).

Weiss (1993) propone la legalización de las armas de fuego: prohibición de fabricar, vender o importar armas automáticas o semiautomáticas salvo para uso militar o policial; obligación impuesta a cualquiera que posea un arma de fuego de guardarla fuera del alcance de los niños o personas incompetentes, so pena de sanción penal; pago de un impuesto suplementario por la tenencia de armas, destinado en parte para indemnizar a las víctimas inocentes del uso de armas de fuego.

Establecer una comisión que estudie las leyes actuales que se encuentran dispersas, para sintetizarlas y divulgarlas para que lleguen al conocimiento de la mayoría de la población (Heredia, 1973).

Promulgar una ley que regule la actividad de los medios de comunicación masiva para evitar que difundan programas televisivos o publicaciones de contenido violentos que afecten el sano desarrollo infantil y que destinen espacios educativos y recreativos para la infancia (Loredo, 1992, en Pineda, 1996).

o) Se propone que existan visitas del sector salud a la familia en los dos primeros años de vida del niño. Así como dar un cuidado profesional periódico del niño: durante las visitas el médico debe evaluar el estado nutricional y de salud del bebé, higiene, ropa, reactividad, así como evidencias de negligencia o de maltrato. Al término de los dos años de vida del bebé se tomarán radiografías de cráneo, tórax y huesos largos, regiones en donde está demostrado son más características y frecuentes las lesiones atribuibles al maltrato en esta etapa de la vida (Foncerrada, Castaño, Córdova y Jurado, 1987).

p) Desarrollar habilidades cognoscitivas de solución de problemas interpersonales, así como frenar los impulsos agresivos o canalizarlos.

q) Es necesario cambiar las conductas socialmente aceptadas relacionadas a la violencia, al uso y abuso del alcohol y las drogas para desarrollar líderes gubernamentales fuertes que sean comisionados para reducir estas lesiones e incrementar los recursos para prevenir y controlar las lesiones.

Es urgente que se creen servicios eficientes para atender las consecuencias de la violencia física y psicológica, y prevenir la continuación y la intergeneración del ciclo de la violencia (Brown, Foege, Bendery y Axnick, 1990).

Consideramos que algunos de los programas planteados a nivel primario actualmente se llevan al cabo (campañas de planeación familiar, orientación familiar, difusión de organismos, medios de comunicación como apoyo, etc.), sin embargo muchas otras propuestas se quedan en ese nivel de proposición, pues todavía existen entre la

población barreras ideológicas que impiden tratar temas como la educación sexual, el maltrato y el abuso sexual infantil; otras propuestas son difíciles de implementar, como son las planteadas respecto a la legislación, pues responden a intereses políticos así como a la falta de trabajo conjunto entre profesionales, el gobierno y sobre todo a la falta de recursos económicos para su realización.

Ante estas circunstancias, como psicólogos podemos incidir sobre la población, sensibilizando primero a nivel individual para el cambio de actitudes e ideología y con ello lograr un cambio a nivel grupal.

3.1.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

Es la atención inmediata después del acontecimiento, en la que se busca la detección temprana del problema y su tratamiento oportuno, con la finalidad de reducir dicho trastorno, en el caso del maltrato el tratamiento funciona como medida preventiva ya que evita la frecuencia del maltrato y minimiza sus efectos posteriores.

La prevención secundaria se dirige a los grupos definidos como más vulnerables y ayuda a reducir el riesgo de abuso sexual al niño. Existen diferentes criterios para determinar los grupos más vulnerables pero se incluye los de alto riesgo como son niños aislados, niños con deficiencias físicas o del desarrollo, niños previamente victimizados, etc (Quinn, 1992 en Salinas, 1995).

Los programas de prevención secundaria incluyen:

a) Contar con equipos multidisciplinarios especializados e instituciones adecuadas. En este rubro debe existir colaboración entre los profesionales, tanto a nivel personal como institucional, a efecto de intercambiar experiencias, información, ideas, proyectos, y creando asociaciones civiles que agrupen especialistas de diversas disciplinas, como psicólogos, trabajadores sociales, médicos, abogados, etc. (Osorio y Nieto, 1993 y Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1995).

b) Servicios de apoyo que se ofrecen a padres que se consideran de alto riesgo. Se ofrecen a familias vulnerables, son voluntarios, se enfocan más en el problema y previenen futuros problemas de la paternidad.

Entrenar a las madres en habilidades afectivas y conductuales con relación a sus hijos para evitar la negligencia, lo cual a su vez incrementa las conductas positivas de los niños. Entrenar a las madres sobre habilidades de estimulación infantil, lo que reduce el peligro de desarrollar dificultades emocionales con sus hijos (Lutzker, 1990).

c) Creación de centros de apoyo para padres que maltratan. Formar agrupaciones privadas con grupos de padres anónimos, ayuda telefónica disponible las 24 horas del día, así como auxiliar a los padres en la educación y administración del tiempo de sus hijos (Montes de Oca, 1991).

d) Crear un centro piloto de atención a los menores con un equipo multidisciplinario, en donde el niño sea visto el menor número de veces posible y por la menor cantidad de gente necesaria. La entrevista al niño debe tener lugar en un medio neutral y tranquilo, debe impedirse cualquier interrupción y permitírsele al niño la privacidad.

e) Detectar grupos o individuos de riesgo en la escuela, priorizar la intervención preventiva en las edades más tempranas, con el fin de dotar al alumno de una mayor autonomía personal, mayor capacidad de autoregulación, que le permita afrontar las sucesivas y distintas demandas del medio con éxito (McCormick, Miller y Pressley, 1989, en Buela y Caballo, 1991).

f) Intervención. El objetivo es evitar que la víctima tenga más daños.

Este nivel de prevención está dirigido principalmente al trabajo entre profesionales, pues se requiere de servicios dirigidos a la atención de la comunidad, por lo que creemos necesario sensibilizar a las instituciones, centros, grupos públicos y privados de la importancia de dicho trabajo, el cual generalmente no se realiza por cuestiones burocráticas de las mismas instituciones.

3.1.3. PREVENCIÓN TERCIARIA

Consiste en la rehabilitación (reduciendo o eliminando problemas conductuales) del individuo que ya padece el problema, para reducir el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos. Los servicios ofrecidos después del episodio de abuso son la atención médica, psicológica y legal.

Este tercer nivel alude directamente al tratamiento, sin embargo, es preventivo al tratar de evitar incidentes futuros de agresión o la repetición de la conducta de abuso en la siguiente generación (Osorio y Nieto, 1993).

Osorio y Nieto (1981, en Salinas 1995) menciona que el objetivo de la prevención terciaria es la rehabilitación tanto de la víctima como del ofensor y sigue principalmente dos líneas de trabajo:

1. Modificar las actitudes y conductas de los ofensores potenciales y efectivos, evitando así el abuso.

2. Evitar que el niño se convierta en ofensor y supere las consecuencias del abuso mediante técnicas y terapias tales como la modificación de conducta, terapia breve, psicoterapia, etc.

Para ésto se llevan al cabo las siguientes medidas:

- a) Tratamiento a padres. Es preventivo ya que evita incidentes futuros de agresión, se ofrece a padres agresores y es casi voluntario. El tratamiento se aplica a los padres que se encuentran dentro de la norma, ya que no hay curación para agresores que son enfermos mentales (el 10%) como son los psicóticos (1 ó 2%); sociópatas agresivos (1 ó 2%); agresores "cruales" que torturan en forma premeditada, prolongada, reiterada y frecuentemente (1 ó 2%); el porcentaje restante se compone por los "fanáticos".

- b) Tratamiento a niños. Se hace una evaluación del desarrollo del niño por parte de médicos y psicólogos, para detectar las áreas afectadas e intervenir en ellas.

- c) Tratamiento a la familia. Se trabaja con toda la familia buscando que prevalezca la integridad familiar, aunque se llega a separar en ocasiones, al niño de la familia ya sea de

forma definitiva o temporal, reincorporándose el niño a la familia en ésta última de forma gradual. Los casos en que se separa al niño de la familia son cuando existe el incesto -a no ser que salga el agresor del hogar, que la madre demuestre su capacidad para proteger a sus hijos, o que ambos padres intenten remediar el problema-, cuando el agresor cae en uno de los cuatro grupos señalados anteriormente, cuando los padres son adictos al alcohol y a las drogas, son padres demasiado subnormales o las madres son demasiado jóvenes (menor de quince años) para atender y criar a los niños, o cuando los padres tienen un coeficiente intelectual menor de 60.

d) Adopción. Es una medida adecuada para la protección del niño, se da cuando los padres no responden al tratamiento por razón de seguridad del niño.

e) Existencia de instituciones de protección. En México existen instituciones como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), PREMAN, Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), Asociación Pro Derecho de la Niñez (APRODENI), Instituto de Salud Mental (INSAME), el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), el Centro de Atención del Maltrato Infantil (CAMI), que tienen como objetivo trabajar en favor de la niñez, particularmente sobre el maltrato, haciendo aportaciones a las áreas de investigación e intervención psicológica.

Las medidas preventivas del nivel terciario para el abuso sexual propuestas por Quinn (1992 en Salinas, 1995) son las siguientes:

- Dirigir programas al ofensor para que reconozca la responsabilidad y las consecuencias del abuso sexual.
- Que el ofensor confronte las consecuencias de su conducta.
- Hacer valer los derechos que la ley le otorga al niño, sancionando al ofensor de acuerdo a la misma.
- En el caso de un abuso sexual intrafamiliar, habilitar al padre no ofensor fortaleciendo la relación entre éste y su hijo.

- Romper el secreto del abuso sexual mediante el conocimiento y los recursos que puede utilizar el niño para tal fin.

- Ayudar a que la víctima, sobre todo si es hombre, exprese sus sentimientos de vulnerabilidad ante el abuso sexual, antes de que lo exprese en forma de agresión física y sexual hacia otros.

- Usar la ley para proteger al niño.

- Sacar al niño del medio de peligro, evitando que el ofensor siga teniendo acceso a él.

- Evaluar continuamente al niño para evitar una reincidencia.

- Terapia individual y/o grupal para los niños víctimas.

- Crear programas que ayuden a la seguridad y protección personales.

En este nivel de prevención el psicólogo tiene un papel muy importante en el trabajo de rehabilitación respecto al maltrato infantil, sin embargo, la literatura encontrada se enfoca a investigaciones, en las cuales se le ha dado mayor atención a la identificación de las variables que intervienen en la presentación del abuso infantil y al reporte de casos, dejando de lado aspectos referentes al tratamiento, encontrándose sólo propuestas dirigidas en su mayoría al agresor, por ello consideramos importante el realizar investigaciones sobre la prevención terciaria.

3.2. FORMAS DE INTERVENCIÓN

Como se mencionó al inicio de este tercer capítulo es importante conocer el trabajo realizado por los diferentes profesionistas relacionados a la salud y a la infancia, dentro del fenómeno del maltrato infantil. Es por ello que en el presente rubro hablaremos sobre el trabajo multidisciplinario, interdisciplinario y desprofesionalización.

3.2.1. TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

La multidisciplinaria es la actividad en donde diferentes disciplinas actúan a nivel práctico ante un mismo objeto, pero en diferentes niveles, lo que genera un lenguaje en común entre profesionistas, lo cual permite un intercambio y creación de estrategias más eficaces (González y Toriz, 1985). Este trabajo conjunto y coordinado de distintas disciplinas para abordar el problema tienen como objetivo fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias contribuyendo así a la prevención e intervención de estos casos. Los equipos están conformados por pediatras, psiquiatras, juristas, trabajadores sociales, psicólogos, radiólogos y voluntarios. El equipo básico está coordinado por psiquiatras y trabajadores sociales, entre otros profesionistas que se mencionarán más adelante. Sin embargo, como menciona Fajardo (1979), la comunidad es poco empleada en este tipo de trabajo, siendo que con su colaboración se garantizaría el éxito, ya que existe la facilidad de comunicación interna, un amplio conocimiento de intereses, las decisiones son conjuntas y existe la presión social. Es así que los programas de salud se deben realizar no sólo *"para la comunidad"*, sino *"con la comunidad"*.

El trabajo en equipo supone para cada miembro de éste igualdad de condiciones en el desarrollo y formulación del plan y mayor responsabilidad en aquella área en que esté capacitado. Para ello es necesario promover el desarrollo de la colectividad y el progreso individual, organización del grupo, estimular la cooperación, interayuda, solidaridad y comprensión, la creatividad y espontaneidad, así como es indispensable la prevalencia de un espíritu democrático. Ésto solamente se logra a través del establecimiento de objetivos comunes; existencia de programas con funciones definidas y delimitadas, aparte de las que son comunes; establecer medios de comunicación entre los miembros del equipo; brindar espacios para expresar abiertamente sus opiniones; respetarse a uno mismo y a los demás miembros del equipo (San Martín, Mónica, en San Martín, 1981); por último es indispensable un enfoque basado en la acción-reflexión y en la solución de problemas (Chávez y Amaiz, 1994).

El trabajo en equipo, como cualquier otro tipo de trabajo, tiene ventajas y limitaciones. Dentro de las ventajas se encuentran: enfrentar el problema en su multicausalidad; evita la duplicación de esfuerzos; da cohesión al programa; unifica conceptos, técnicas y evita contradicciones entre los miembros del grupo; fomenta la solidaridad y las buenas relaciones entre los integrantes y éstos con la comunidad (San Martín, M., en San Martín, 1981).

Dentro de los obstáculos se encuentra la poca disponibilidad de recursos humanos; fallas administrativas que tienen que ver con la organización y planeación; autocracia (existe una persona dominante, en vez de la democracia); escasez de recursos y de tiempo; poca remuneración económica; falta de capacidad técnica; subestimación de conceptos, objetivos y métodos dentro del mismo equipo; conflicto de intereses; insensibilidad social; poca flexibilidad de las normas; falta de compromiso; no integración de los miembros; equipo incompleto; falta de supervisión del equipo (San Martín, M., op. cit.); relaciones e informaciones intra y extrainstitucionales defectuosas (Fajardo, 1979).

La intervención multidisciplinaria se lleva a cabo en dos formas de tratamiento, a) tratamiento a corto plazo y b) tratamiento a largo plazo.

A) Tratamiento a corto plazo.

En el tratamiento a corto plazo intervienen la asistencia médica y la ayuda del servicio social. En México es frecuente que el primer grupo que detecta el maltrato es el médico.

Para detectar un posible caso de maltrato el médico debe basarse en los siguientes puntos:

- **Incongruencia en datos de la historia clínica.** Las versiones del origen de las lesiones son contradictorias, cambiantes e incoherentes sobre la severidad, extensión y naturaleza.
- **Familiares pasivos, hostiles y negligentes.** Estos objetan la hospitalización del paciente o durante ésta desaparecen o no se interesan por el pronóstico de las lesiones.

- **"Accidentes"** frecuentes dada la presencia de lesiones actuales o antiguas.
- **Actitudes hostiles, indiferentes, de temor y llanto, de terror ante la presencia de un adulto y de inseguridad en el niño.**
- **Apariencia desaliñada del niño.**
- **Negativa de conflictos familiares y de maltrato a los niños.**
- **Antecedentes de internamiento o consultas en otros hospitales.**
- **Examen médico, el cual detecta lesiones físicas, hemorragias, heridas infectadas, alopecia (caída del cabello) y quemaduras, dientes rotos, desgarres de encías (debido a la introducción de biberones y chupones), nariz tumefacta y aplanada, lesiones neurológicas y viscerales. Con ayuda del radiólogo se detectarán fracturas y lesiones traumáticas óseas de diferente tipo de evolución. (Barbeyto y Garcia, 1994; Dominguez, 1991) dichos exámenes radiográficos así como otras técnicas de visualización, tales como la ultrasonografía, permiten detectar daños típicos de abuso físico, como son lesiones al bazo o hígado. Los radiólogos tienen la responsabilidad de transmitir inmediatamente su sospecha al médico que ordenó los estudios, aunque éste no haya considerado el problema (Destreich, 1991).**

El médico hará un informe oficial por escrito y dará aviso al organismo encargado de la protección infantil (DIF) donde se dará seguimiento psicosocial y medidas terapéuticas adecuadas.

Ante la sospecha de maltrato se solicita una investigación de maltrato social cuyo objetivo es identificar al niño que sufre de abuso para brindarle protección y un tratamiento adecuado a la familia (Paredes, 1985 en Escudero, 1990)

A corto plazo se puede dar intervención en crisis (ver el apartado 2.3), así como iniciarse un tratamiento de tipo psiquiátrico al agresor con miras a su reeducación.

Se proporciona asesoría sociojurídica a las personas afectadas y se efectúa el seguimiento jurídico del caso a fin de contrarrestar los efectos del maltrato como factor criminógeno (Apodaca, 1995). Una vez teniendo conocimiento del caso y dependiendo de la gravedad del maltrato se puede suspender o hasta perder la patria potestad del niño. Lo

ideal sería que el área legal funcionara como facilitador del tratamiento psiquiátrico o psicológico ya que es muy frecuente en México que el padre acusado de haber agredido a su hijo sea castigado y pocas veces se le conceda la oportunidad del cambio. Los padres por lo general no acceden al tratamiento psicológico pero el área legal puede insistir en ello (González y Toriz, 1995).

Como se mencionó en un inicio el primer grupo en detectar el maltrato es el de los médicos generales, cuyo deber es promover la salud y el reestablecimiento de los pacientes, respetando el trato confidencial de la información proporcionada por un paciente; diagnostica y trata enfermedades, así como promueve la salud y el bienestar. Por su parte, los pediatras son especialistas en el cuidado y tratamiento médico de los niños, y el procuramiento de los factores sociales de salud y desarrollo. Adquieren dominio en el diagnóstico e interpretación de la causa de las lesiones.

Las enfermeras son expertas en el comportamiento y desarrollo normal infantil, tienen la habilidad para identificar y evaluar anomalías. Su labor es visitar a los niños pequeños, promover su bienestar y su desarrollo, y aconsejar y ayudar a los padres para este fin (Jones y Pickett, en Maher, 1990). Es indispensable crear habilidades en este gremio, tales como el empleo de un lenguaje sensitivo para facilitar la comunicación con los niños afectados, así como ellas pueden guiar la entrevista (Lewin, 1995).

Los dentistas pueden detectar el maltrato infantil cuando acuden a ellos menores que presentan contusiones, hematomas, dientes fracturados, laceración del frenillo lingual, (Hancocks, 1991), fracturas de los maxilares y/o mandíbulas, así como laceraciones en los labios (Jessee, 1995); todos estos signos deben despertar la sospecha diagnóstica del maltrato.

Otro especialista de la medicina es el otorrinolaringólogo, quien puede detectar en la ronquera infantil un indicador de abuso infantil ocasionada, en casos de maltrato, por nódulos orales y por pérdida del oído (Drake, Makielski, McDonald-Bell y Atcheson, 1995).

Es importante un diagnóstico físico detallado, y sobre todo estos profesionistas deben estar atentos ante cualquier indicio de maltrato pero también saber detectar cuando están ante un caso con características físicas similares (bajo peso, fracturas en los huesos y en la espina, o lesiones en la piel que parecen golpes o quemaduras) pero que realmente no son originadas por maltrato, sino por condiciones genéticas, congénitas y otros desórdenes (Wardinsky, 1995).

Los maestros ejercen los deberes paternos para promover el bienestar general y la seguridad del niño para detener el abuso y el maltrato. Identifica el comportamiento y el desarrollo normal y anormal de los niños; tienen un papel importante en los casos de maltrato infantil, como son: el detectar y denunciar el maltrato; colaborar dentro de un ambiente multidisciplinario, contribuir al apoyo y vigilancia progresivos del niño maltratado y preparar a los niños para que puedan enfrentarse a los medios potenciales de maltrato (Jones y Picket, en Maher, 1990).

El trabajo social es una rama de las ciencias sociales que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores socioeconómicos y culturales que afectan a las personas. El trabajador social es la persona clave en el tratamiento a largo plazo del niño maltratado, ya que deben concientizar a los padres, el niño y a la comunidad que participa en el manejo del menor (Romero y Vian, 1991). Los trabajadores sociales tienen el deber de instruir acciones o juicios civiles en relación con los niños que necesitan protección; impulsan las indagaciones acerca de cualquier supuesto maltrato o abuso contra un menor, siendo su obligación general el promover y salvaguardar el bienestar de los niños con quienes está obligado legalmente por el departamento (Jones y Picket, op. cit.).

La policía emprende procesos criminales, en contra de un adulto o menores acusados de haber maltratado o cometido abusos contra un niño. Traslada al menor a un lugar seguro, bajo la autoridad de un oficial de mayor rango, sin recurrir a un tribunal (Jones y Picket, en Maher, 1990). Dada que su función es prevenir y detectar el crimen, es

importante que todos los oficiales de policía reciban una extensa formación teórica y práctica sobre la identificación de niños que han sido maltratados y sobre cómo referirles a una institución adecuada. Los departamentos de policía -delegaciones- deben tener unidades especializadas en abuso infantil o malos tratos familiares en estado de alerta para investigar todas las denuncias de casos de malos tratos a la comunidad (Nevin y Roberts, en Stith, Williams y Rosen, 1992).

Los abogados tienen conocimiento del derecho, algunos desarrollan tareas considerables en el cuidado infantil y en la vigilancia de los derechos familiares, así como en su aplicación para la protección de los niños (Jones y Pickett, en Maher, 1990). Los abogados son de gran ayuda en el momento de aconsejar a otros profesionales sobre las formas de recoger y presentar en un juicio las "*evidencias competentes*" que justifiquen sus recomendaciones de intervención, además tienen conocimiento de temas como: si un niño puede ser sacado legalmente de su hogar, si debe iniciarse un proceso judicial, las relaciones con los otros abogados en el procesamiento.

Es importante que los abogados que se dedican a procesar casos de abuso infantil reciban información en áreas como la psicología infantil y las dinámicas familiares (Nevin y Roberts, en Stith, Williams y Rosen, 1992).

Los oficiales de vivienda son empleados por las autoridades locales o las asociaciones de vivienda, dan parte del cuidado a los niños o de casos en que se sospecha maltrato infantil. Trabajan con familias que tienen problemas de vivienda o de otra índole y pueden identificar a los niños que son maltratados o corren riesgo de serlo (Jones y Pickett, en Maher, 1990).

La multidisciplina ofrece una forma de trabajo muy completa para abordar un problema, sin embargo los planteamientos y las propuestas se quedan sólo a nivel teórico pues existen situaciones que obstaculizan un trabajo en conjunto, como son aspectos económicos dentro de las instituciones, políticas que responden a intereses personales, etc. Bajo estas condiciones consideramos, al igual que Escobar y Farfán (1997), que el

equipo multidisciplinario para atender los casos de maltrato infantil cuenta con un mínimo de cuatro profesionales que son el psicólogo, el médico, el trabajador social y el abogado.

B) Tratamiento a largo plazo

El tratamiento a largo plazo incluye la atención psiquiátrica o la psicológica. En el trabajo multidisciplinario el psicólogo tiene un papel de psicómetra y evaluador, el terapeuta casi siempre es el psiquiatra quien tiene como objetivo modificar la conducta del agresor elevando su autoestima y desarrollando valores éticos, sociales y familiares para equilibrar el hogar. El psiquiatra también proporciona orientación familiar con el fin de formar criterios y establecer pautas de conducta positiva del sujeto dentro de la familia, lo que permite un desarrollo adecuado y una incorporación a la colectividad (Osorio y Nieto, 1993).

El psiquiatra tiene poderes concedidos por la Ley de la Salud Mental en relación a la reclusión y tratamiento de aquellos que sufren una enfermedad mental, tal como lo define la ley. Son especialistas en el diagnóstico y tratamiento de problemas psiquiátricos, emocionales y de relación, asimismo son expertos en el desarrollo emocional, psicológico e intelectual de los niños y de las relaciones padre-hijo (Jones y Pickett, en Maher, 1990).

Los psicólogos son especialistas en la evaluación y tratamiento de problemas psicológicos, emocionales y de relación. Son expertos en el desarrollo emocional, psicológico e intelectual de los niños y de las relaciones padre-hijo.

El tratamiento al niño maltratado se da a tres niveles:

- Individual. El objetivo es solucionar las alteraciones urgentes que pongan en peligro la vida familiar.
- Familiar. Corregir conductas de los padres para reintegrar al niño a su núcleo familiar.
- Social. Empleando el tratamiento socioterapéutico se mejoran las condiciones familiares, así como las relaciones intrafamiliares y medioambientales. También se emplea

el tratamiento psicoterapéutico para mejorar las relaciones de padres e hijos. Para ello se emplean diferentes técnicas (Dominguez, 1995)

3.2.2. TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

La interdisciplina es la actividad científica en donde diferentes disciplinas se integran para configurar orgánicamente un nuevo campo de acción y de conocimientos. Esto implica la creación de un nuevo objeto teórico y práctico, así como la reintegración y el reordenamiento de conceptos, metodologías y técnicas de las disciplinas insertadas. Este tipo de trabajo, a diferencia del multidisciplinario, crea diferentes niveles de conocimiento (González y Toriz, 1985).

Los programas interdisciplinarios para el maltrato son dos:

- **Psicoterapéutico.** Habla de un cambio conductual de los padres, fortaleciendo su capacidad para hacer frente a la tensión, modificando las pautas con que le hacen frente; se intentan lograr cambios en el padre, mediante la educación, modificación de comportamiento, las organizaciones de autoayuda, a través de consejos, trabajo social, terapéutico y experiencia (Kadushin y Martin, 1986 en Escudero, 1990).

- **Socioterapia.** Procura reducir la tensión ayudando a la familia mediante la provisión de servicios sociales, apoyo sociales, servicios facilitadores y oportunidades más amplias. Para ello se emplean guarderías, crianza sustitutiva, padres anónimos y teléfonos de emergencia.

Como se pudo observar, la información recabada respecto al trabajo interdisciplinario es limitada, debido a la escasa literatura al respecto, asimismo a nivel práctico no se tienen datos de investigaciones respecto al maltrato infantil, lo cual nos deja interrogantes de si existe un trabajo interdisciplinario en esta problemática, y si no es así ¿qué disciplinas se podrían integrar a la psicología para configurar un nuevo campo sobre el maltrato infantil?. La falta de respuesta plantea la necesidad de hacer estudios y encontrar alternativas.

3.2.3. DESPROFESIONALIZACIÓN

La desprofesionalización tiene como objetivo transferir o difundir los conocimientos propios de una disciplina a las personas que no tienen acceso a éstos sean no profesionales o paraprofesionales para la solución de problemas concretos (Brea y Corea, 1980 en McDoneld y Dorban, 1981).

A) Paraprofesionales. Son personas que trabajan con un profesionista que tiene un grado certificado o licencia profesional, es necesario que los profesionales adiestren a paraprofesionales para tener una cobertura más amplia y con procedimientos adecuados. En el área de psicología son terapeutas auxiliares bajo la supervisión y coordinación del terapeuta titular. En otros países como Estados Unidos se llaman terapeutas legos y son madres con experiencia en la crianza de los niños y padres agresores que terminaron favorablemente su tratamiento.

Puede ser el asistente médico, el técnico en psicología, el asistente de un maestro o tutor. Su trabajo lo realiza en escuelas normales y de educación especial, instituciones psiquiátricas o de custodia (penales) y es remunerado (Vargas, 1981).

B) No profesionales. En este trabajo existe la participación o acceso libre de cada miembro de la comunidad interesados en resolver problemas a los medios o herramientas que están en manos y al servicio de unos cuantos. (González y Toriz, 1985). El entrenamiento es dirigido por un profesionista.

Entre los no profesionales figuran los padres y/o familiares, personal de custodia, sacerdote, líder y empleado, su trabajo se realiza en el ambiente natural y no es remunerado (Bijou y Ribes, 1983). La ventaja de entrenar a padres es que el tratamiento puede ser aplicado todo el día, realizarse día tras día mientras sea necesario, el trabajo puede ser preventivo y correctivo.

La importancia de la desprofesionalización radica en que es muy económica; se pueden seleccionar a las personas de las mismas comunidades o lugares donde se trabaje; ofrece la ventaja de investigar variables que no se han tomado en cuenta o que se pasan

por alto; se da un incremento en la participación por parte del profesional en la estructuración del sistema educativo y permite la reestructuración del sistema mismo, ya sea de educación normal, especial y comunitaria (Vargas, 1981).

El procedimiento de la desprofesionalización en el área de la psicología es (Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López, 1980):

1. Charlas participativas sobre tópicos y problemas psicológicos relacionados con la vida comunitaria, discusiones abiertas sobre distintos problemas presentados por los participantes. La intervención del psicólogo se va reduciendo a moderador y orientador, siendo así más activa la participación de los miembros de la comunidad.

2. Cursos sobre fundamentos teóricos, técnicos y metodológicos de la psicología, de forma que los participantes los implementen en diferentes situaciones.

3. Una vez que los miembros de la comunidad han adquirido dichos conocimientos, se hace una supervisión y monitoreo en situaciones concretas en las que implemente las técnicas aprendidas.

Es muy enriquecedor hablar de los temas aquí tratados, ya que conceptos como multidisciplina, interdisciplina y desprofesionalización son muy empleados en nuestros días, pero se les usa de forma arbitraria: no son manejados correctamente debido al desconocimiento de sus significados, y como profesionistas de la salud debemos conocerlos para poder aplicarlos con propuestas en las que desarrollemos nuestra labor como psicólogos en conjunto con otras profesiones. Una vez establecido un trabajo realmente multidisciplinario es posible dar otro paso, que es el crear una interdisciplina del maltrato infantil, en donde se verá mayormente beneficiado el niño. Asimismo es importante conocer el trabajo de los paraprofesionales y los no profesionales, ya que si conocemos qué es la desprofesionalización y cómo se aplica obtendremos resultados más positivos, en menor tiempo y a un menor costo de los recursos materiales y humanos.

3.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Hasta el momento hemos hablado de la intervención llevada a cabo por diversos profesionistas, y se mencionó vagamente la función del psicólogo en el área de maltrato infantil. Por ser una tesis de psicología, hecha por psicólogas, y por ser una tesis práctica, en la que abordaremos un caso real de maltrato infantil desde el punto de vista psicológico consideramos fundamental el abordar en este capítulo el trabajo que desempeñamos -o podemos desempeñar- los psicólogos.

3.3.1. ELEMENTOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Los elementos propuestos por González y Toriz (1985) que se deben tomar en cuenta para un programa de intervención psicológica son:

A) Marco teórico. Según su orientación profesional, el psicólogo basará su intervención en una corriente psicológica específica.

B) Evaluación inicial del problema. Para llevar al cabo este punto es necesario el equipo multidisciplinario, evaluando cada uno el área que le corresponde. El psicólogo hará evaluaciones basadas en su marco teórico. La evaluación en el campo del maltrato va dirigida a dos puntos fundamentales:

1) Evaluación dirigida al niño maltratado detectando aspectos del niño o características personales que puedan influir en el origen de los malos tratos y detectar la aparición de lesiones y secuelas físicas, psicológicas o emocionales consecuencia del maltrato.

2) Evaluación dirigida a los padres como agentes causantes de los malos tratos, la cual identifica posibles características paternas desencadenantes del maltrato (rasgos de impulsividad, inestabilidad, inmadurez, ansiedad, consumo de drogas, etc.), características de la unidad familiar (problemas de convivencia marital, hacinamiento, escasez de recursos, aislamiento social, historia familiar de maltrato).

A partir de este punto se elaborarán los objetivos del tratamiento, buscando siempre la colaboración de los padres. Cabe mencionar que en el servicio de consulta el maltrato aparece encubierto por otros motivos, los cuales han sido denominados "*problemas pantallas*", es decir, el menor maltratado ingresa por problemas como trastornos de conducta, de adaptación y de hábitos de aprendizaje, siendo éstos sólo las manifestaciones sintomáticas del maltrato (Arriaga, Sanperio y San Vicente, en Duarte, 1994).

C) Tratamiento. A partir de la orientación psicológica se emplearán las técnicas más adecuadas al caso. La intervención se dará a los agresores, las víctimas, y a los hermanos de las víctimas, quienes probablemente fueron o son también víctimas. Margaret Jeffrey (en Kempe y Kempe, 1985) emplea métodos para reforzar las reacciones positivas entre padres e hijos (mejorando la comunicación, prestando atención positiva a los hijos, arreglando la casa de manera que se les haga más fácil adaptarse, planteando expectativas y exigencias apropiadas a su edad, técnicas de cómo tratar al niño y la introducción de una persona al hogar que pueda ayudar a mejorar el comportamiento del niño así como a la madre.

No importando la corriente teórica del psicólogo, éste debe tomar en cuenta algunos aspectos que debe contemplar y otros que debe evitar en la terapia (Slaikeu, 1989, en Pérez, 1992):

◆ Aspectos a contemplar durante la terapia:

- Realizar la entrevista inicial por separado a todos y cada uno de los miembros de la familia.
- Emplear un lenguaje apropiado a la edad del niño.
- Escuchar cuidadosamente al paciente.
- Reflejar sentimientos y hechos, en la medida de las posibilidades.
- Comunicar aceptación.
- Formular preguntas abiertas, concluidas.
- Pedirle a la persona que sea concreta.
- Evaluar la mortalidad.

- Estimular la inspiración repentina.
 - Abordar directamente los obstáculos.
 - Establecer prioridades.
 - Tomar una medida a un tiempo.
 - Establecer objetivos específicos a corto plazo.
 - Confrontar cuando sea necesario.
 - Ser directivo, sí y sólo si debe serlo.
 - Evaluar etapas de acción.
- ◆ Aspectos que se deben evitar durante la terapia:
- Dejar solo al paciente durante la revisión médica.
 - Obligar al niño a hablar sobre los hechos.
 - Cambiar de tema cuando el niño empieza a hablar.
 - Regañar al infante.
 - Hacer sentir a la víctima que su vida ha sido destruida.
 - Lamentar los hechos como algo criminal.
 - Hacerle sentir que le ha pasado lo peor.
 - Dirigirse hacia ellos con lástima y cuidados exagerados.
 - Repetirle su propia historia.
 - Ignorar hechos o sentimientos.
 - Juzgar o tomar partido.
 - Atenerse a respuestas cerradas, como "sí/no".
 - Permitir abstracciones continuas.
 - Ignorar signos de peligro.
 - Permitir la visión en túnel.
 - Dejar obstáculos inexplorados.
 - Tolerar una mezcla de necesidades.
 - Intentar resolver todo en el momento.

- Tomar decisiones obligatorias para el paciente, a largo plazo.
- Ser tímido.
- Retraerse de tomar responsabilidad cuando sea necesario.
- Dejar detalles al aire, o suponer que el paciente continuará bajo su propia responsabilidad las acciones del programa.
- El terapeuta no debe dejar la evaluación a alguien.
- El manejo moralista de la situación.
- Producir escarnio.
- Divulgar información
- Manifestar agresión
- Quedarse en la centralización de la conducta (Maciel, 1993, en Pineda, 1996).

El tratamiento a los padres debe ser un programa de enriquecimiento social, el cual incluya entrenamiento de habilidades sociales y conducta asertiva en situaciones apropiadas (Wodarski (1981, en Escobar y Farfán, 1997) , entrenamiento para el manejo de la ira, proporcionarles información apropiada sobre la crianza infantil (Pineda, 1996), crear o desarrollar valores éticos, sociales y familiares sólidos, que permita la interacción y convivencia frente a los niños con afecto, madurez y responsabilidad (Osorio y Nieto, 1993).

Es importante que en el tratamiento para los agresores se consideren aspectos como: expresión de sus sentimientos, disminución de culpa (si existe); reestructuración de pensamiento irracionales; aprendizaje de patrones de conducta; reestructuración de la dinámica familiar; modificaciones en su alimentación y/o consumo de sustancias tóxicas; habilitarlo en el control de sus impulsos, estrés o angustia; desarrollo de niveles de comunicación; fomentar habilidades para su mejor relación familiar y social, y sensibilizar en las consecuencias del maltrato infantil.

Kempe (1981 en Escobar y Farfán, 1997) menciona que el tratamiento del niño preescolar debe estar integrado con los programas a padres y algunas veces con terapia

familiar. El tratamiento deberá ser encaminado a fortalecer su autoestima, su aceptación individual, incrementar la colaboración y competencia social, estimular sus necesidades cognoscitivas y solución de problemas.

Para los niños en edad escolar, quienes tienen un nivel de inteligencia y controlan sus impulsos, la escuela les servirá para confirmar sus sentimientos de inadecuancia y alineación, por ello es más urgente el tratamiento y resulta mejor la terapia familiar.

Para el adolescente es más recomendable aplicar una psicoterapia corta, o llevar asesoría individual, así como de grupo, terapia familiar o cambiarle de hogar temporal o definitivamente.

García (1989, en Sánchez, 1996) propone que el tratamiento al niño víctima de maltrato se le ayude por psicoterapia de grupo, ludoterapia, reestructuración de personalidad y técnicas de modificación de conducta encaminadas al moldeamiento comportamental y el aprendizaje de patrones de conducta con o sin ayuda de la administración contingente de refuerzos positivos.

Sánchez (1996) propone que el programa de tratamiento a niños incluya los siguientes aspectos: expresión de sus sentimientos; reestablecer su confianza; disminuir la culpa; reestructuración de pensamientos irracionales; reestructuración de alteraciones de conducta; crear expectativas de vida futura; reconocer esfuerzos y elevar sus autoestima; crear nuevos vínculos de relación con otros niños; derechos de los niños; el cuidado de su cuerpo; diferencia entre un secreto agradable y desagradable.

Dado que algunas de las personas que solicitan el servicio se encuentran en un estado de crisis, es importante que el psicólogo tenga conocimientos de la intervención en crisis, considerando crisis como la define Slaikeu (1989) *"el estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo"* (pág. 11).

El objetivo de la intervención en crisis es brindar apoyo de inmediato al paciente, y lograr que se integre de forma funcional en su ambiente y pueda estructurar el futuro positivamente. Además facilitar la comunicación de la persona en crisis con otros, ayudar al individuo y/o familia a entender correctamente la situación y ayudarlos a manejar sentimientos y emociones, obteniendo el dominio cognoscitivo de ella.

Para llevar al cabo la intervención en crisis se realiza una evaluación del individuo, retomando aspectos familiares, sociales, comunitarios y culturales. La terapia se estructura en dos niveles, el primero (realizado en una sola sesión sin límite de tiempo) consiste en salir de la crisis por el momento con el fin de reducir la mortalidad y el maltrato del infante; en este nivel se evalúa el problema, se dan posibles soluciones, se toma la decisión correcta y se elabora el programa de tratamiento. En el segundo nivel de apoyo la terapia tiene como finalidad darle una solución a la crisis: enfrentarla, organizarla, planear una vida futura y evaluar específicamente al individuo. Esto puede durar semanas e incluso meses.

D) Seguimiento. Este permite evaluar objetivamente el éxito de los tratamientos dados. Kempe y Kempe (1985) mencionan un test empleado por ellos para observar la recuperación de los niños preescolares, el cual consiste en que el niño mantenga contacto ocular *"cuando un niño va creciendo sin temores y confiando en los demás, establece contacto con la mirada y eventualmente encuentra placer en ello"*; mencionan el *"test del regazo"*, cuando el niño aprende que el regazo es un lugar seguro y vuelve a él al sentirse necesitado de seguridad, al final un abrazo es suficiente; por último emplean el test de los caramelos, en un principio tomará muchos en su bolsillo y en sus manos, al mejorar irá tomando menos, hasta llegar a dos *"no hemos visto aún ninguno que coja un solo caramelo"* (pág. 192).

3.3.2. NIVELES DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La intervención psicológica se da en tres niveles a) individual, b) familiar y c) grupal. La información a continuación expuesta se retomó de Domínguez (1993), Suasnavar y Cu Farfán (1991), González y Clemente (1989), Kempe y Kempe (1985).

A) Psicoterapia individual.

Se trabaja con el niño, y dependiendo de la orientación psicológica se llevan al cabo evaluaciones e intervenciones con técnicas específicas para cada corriente psicológica y para cada caso. No obstante, una técnica muy empleada por los psicólogos es la ludoterapia o terapia de juego, la cual es un medio de comunicación a través de la cual el niño manifiesta las situaciones disfuncionales en su familia. En casos de abuso sexual se emplean los debatidos -por las reacciones conductuales y emocionales, así como por elicitación de la memoria y la sugestibilidad- muñecos con anatomía sexual detallada (Koocher, Goodman, White, Friedrich, Sivan y Reynolds, 1995). Algunas veces, si el caso lo exige, es necesario iniciar con un tratamiento foniatrico cuando se presentan problemas de lenguaje, muy comunes en el maltrato infantil.

El objetivo de la terapia individual es rehabilitar a la persona y prevenir situaciones similares en el futuro (evitando que vuelva a ser víctima). Así como fortalecer su autoestima, su aceptación individual, incrementar la colaboración y competencia social, estimular sus habilidades cognoscitivas y solución de problemas.

B) Psicoterapia familiar.

La psicoterapia individual no es la única forma de tratamiento, de hecho es necesario manejar paralelamente a los padres, y de ser posible a los otros miembros de la familia, teniendo como meta unir a la familia para que comprenda y asimile los hechos. Todos los miembros de la familia deben exponer su sentir con respecto a la situación, y entre todos sugerir las posibles alternativas de acción futura. En dicha terapia se debe analizar la interacción familiar, sus factores de estrés y rechazo considerando la percepción que tienen los padres de sus hijos, la capacidad para percibir las necesidades básicas, la tolerancia a la frustración, y el control de impulsividad. Cosas que pueden aprender los padres es expresar sus sentimientos, escuchar y responder abiertamente, mejorando así la interacción con sus hijos y con su pareja. El enfoque sistémico es el que más ha aportado al estudio de la familia, teniendo como premisa el considerar a la familia una unidad, y no

como individuos por separado, para que así el agente de cambio recaiga en todos los miembros y no en uno solo.

Maciel (1993, en Pineda, 1996) menciona que dentro de la psicoterapia familiar se debe contemplar el trabajo con todos los miembros del grupo familiar y se debe contar con el manejo de las conductas agresivas del menor, poniendo especial interés en las respuestas que tienen el padre y la madre ante tales conductas. Asimismo, es imprescindible establecer metas concisas y definidas.

En el maltrato sexual el éxito de cualquier terapia depende de cómo la familia acepta el abuso sexual y comprende el momento difícil que pasa el menor, pues la familia le podría reprochar o recordar el ataque (Ribera, 1992, en Escamilla y Lugo, 1994). La terapia sistémica propone las siguientes metas de tratamiento:

1. Cambiar la estructura familiar en los aspectos disfuncionales.
2. Modificar su presente (su pasado existe y se mantiene en el presente).
3. Proporcionar alternativas de solución que le sirvan para enfrentar problemas presentes y futuros.
4. Lograr el cambio de manera breve (terapia breve o intervención en crisis).
5. Ayudar al sistema familiar uniéndose a él y confrontándolo para que la familia se apropie del problema y comprenda que sólo ellos pueden solucionarlo.

C) Psicoterapia grupal.

Estas terapias están dirigidas por un terapeuta, los grupos que se seleccionan deben ser homogéneos (personas de la misma edad y con la misma problemática) para incrementar la probabilidad de éxito. Con las víctimas se trabaja en grupos de cuatro a ocho miembros, y con los agresores se trabaja con varias parejas. En el grupo se pueden compartir las experiencias comunes, discutiendo los sentimientos experimentados, así mismo sirve para disminuir los sentimientos de soledad y para desarrollar habilidades sociales.

Con la terapia de grupo se obtiene un alivio de la angustia, aumento de la autoestima, autocognición, mejoría de la conducta y de las relaciones sociales; la dignidad del paciente aumenta cuando se convierte en donador y receptor de ayuda; el altruismo es fomentado a otros individuos, en los cuales esta cualidad parecía ausente (Solomón y Patch, 1976, en Escamilla y Lugo, 1994).

Los grupos pueden ser de niños, adolescentes o adultos que sufrieron un ataque sexual en sus infancia. En el grupo se comenta el tipo de ataque que sufrieron (experiencia), sentimientos, repercusiones, y en algunos casos cómo se sobrepusieron ante la experiencia.

En los niños, se han desarrollado técnicas de actividad y expresión verbal para la terapia de juego. Las suposiciones en las que se basa es que los niños manifestarán sus conflictos y los resolverán por medio de juegos o dinámicas, en las cuales exponen sus problemas y ellos mismos pueden dar soluciones a los mismos, además de fomentar la socialización y sentirse acompañados.

Navarro (1990, en Escamilla y Lugo, op. cit.) menciona que las metas del grupo son:

1. Proveer de un escenario propicio para expresar sus sentimientos y experiencias sobre el abuso sexual.
2. Proveer modelos de padres que no existen en su casa y entablar relaciones afectivas sin explotación.
3. Proveer la oportunidad de relacionarse con otras personas con experiencias similares.
4. Ayudar a mejorar las relaciones sociales.

En la terapia de grupo para padres se les permite discutir sin vacilación sobre los problemas personales que tienen con sus hijos (Sánchez, 1996).

En la terapia de grupo para padres éstos reciben enseñanzas en torno a tres áreas principales:

1. Destrezas en la conducción de los niños, en las que ponen en práctica diversos métodos para resolver conflictos en el hogar.

2. Conocimiento del desarrollo infantil, en donde se habla sobre las distintas etapas del desarrollo y el comportamiento típico en cada una de ellas.

3. Métodos para controlar la ira, consistentes en procedimientos de autocontrol tendientes a reducir la intensidad y la frecuencia de la alteración emocional de los padres y la subsecuente agresión verbal y física.

3.4. TERAPIA COGNOSCITIVA CONDUCTUAL

Dada la formación académica de las autoras de la presente tesis, así como por la facilidad de aplicación, la economía y la efectividad a corto plazo, el marco teórico del cual partiremos es el enfoque Cognoscitivo-Conductual, por lo que consideramos importante dedicar un espacio para mencionar los fundamentos teóricos y prácticos del mismo.

A) Fundamentos teóricos:

Según Beck (1993) la terapia cognoscitiva forma parte de un movimiento dentro de la psicología y la psicoterapia denominado *"la revolución cognoscitiva"*, y entiende como cognoscitivo *"la manera en que los hombres elaboran juicios y toman decisiones y cómo unos interpretan o malinterpretan las acciones de otros"* (pág. 12).

La terapia cognoscitiva-conductual *"es un proceso dinámico, estructurado, directivo y con límite de tiempo, centrado en el aquí y ahora. Se basa en cómo el individuo percibe y estructura los hechos, y qué piensa de ellos "* (Beck y Rush, 1983; Meichenbaum y Jeremko, 1987, en Pérez, 1992, pág. 62). Las cuatro características principales de este enfoque que mencionan Endler y Magnusson (1976, en Rodríguez y Talavera, 1992) son:

- ◆ La conducta es un proceso continuo (o multidireccional) de retroalimentación entre el individuo y la situación en la que se encuentra.

- ◆ El individuo es un agente activo.

◆ Los factores cognoscitivos constituyen los agentes determinantes de la conducta.

◆ La significación psicológica de la situación para el individuo es el factor causal importante.

Las premisa básicas de esta terapia, según Schwartz (1982, en Pérez, 1992) son:

◆ La forma de procesar la información. Se refiere a cómo el individuo estructura, almacena y emplea la información.

◆ Sistemas de creencias y opiniones. Son las ideas, actitudes y experiencias propias.

◆ Relato de sí mismo. Es el diálogo interno o monólogo sobre aquellas conductas que influyen en sus sentimientos.

◆ Hacer frente y resolver el problema. Son los procesos simbólicos y conceptuales para alcanzar las respuestas efectivas.

El objetivo de la terapia es clarificar el pensamiento y la comunicación a fin de evitar desde el principio los malentendidos, así como saber cómo y en qué condiciones los eventos cognoscitivos afectan la conducta (Beck, 1993; Mahoney, 1973, en Munguía, 1994).

Para lograr el objetivo el terapeuta debe guiar al individuo para que:

- Identifique los pensamientos negativos.
- Desarrolle estrategias para manejar las dificultades.
- Aprenda habilidades adaptativas, cognoscitivas y conductuales.

B) Métodos de evaluación:

Los métodos para evaluar el problema son directos o indirectos. Dentro de la evaluación directa encontramos:

- ◆ Observación del problema en su ambiente natural (difícil de llevar a cabo).
- ◆ Observaciones durante la sesión terapéutica.
- ◆ Entrevista con las personas afectadas.
- ◆ Autoinformes.

Los métodos indirectos son:

- ◆ Entrevistas a personas no involucradas directamente en el problema.
- ◆ Cuestionarios, inventarios o pruebas psicológicas. A los padres agresores se les aplican pruebas de actitudes hacia la paternidad, sobre conocimientos y percepciones acerca de la conducta y desarrollo del niño, de asertividad y de control de impulsos. A los niños agredidos se les aplica una prueba para evaluar su desarrollo en el área básica (atención, imitación, seguimiento de instrucciones y discriminación), área de coordinación visomotriz (coordinación motora gruesa y motora fina), área personal-social (autocuidado y socialización), área de comunicación (comunicación vocal-gestual y verbal-vocal, y articulación); se aplican inventarios de autoestima, de asertividad, de actitudes hacia la familia, entre otros.

Se considera importante también hacer una evaluación del método terapéutico, con el fin de evaluar los efectos del tratamiento para conocer si los datos demuestran un proceso satisfactorio o para saber en qué momento es oportuno introducir otra técnica alternativa.

Al final del tratamiento es necesario llevar al cabo una evaluación para determinar si se da por terminada la intervención, para lo cual suelen emplearse los mismos métodos de evaluación ya mencionada.

C) Técnicas de intervención:

El objetivo principal de la terapia cognoscitivo-conductual, es que el menor disminuya el impacto emocional, producido por el ataque y desarrolle habilidades asertivas para prevenir y evitar posibles agresiones.

Contreras (1992, en Escobar y Farfán, 1997) describe las fases de la terapia cognoscitivo-conductual:

Fase 1. Evaluación Inicial. Entrevistas y aplicación de inventarios, apoyo médico y legal, así como la canalización a otras instituciones en caso de requerirlo.

Fase 2. Aplicación de la terapia Cognoscitivo- Conductual, la cual incluye las siguientes subfases:

a) Educativa: El menor y su familia, reciben información sobre la etiología, características, causas, consecuencias y alternativas del maltrato infantil.

b) Reestructuración cognoscitiva: Se le da una explicación al menor del por qué de su comportamiento después de las agresiones y buscan las alternativas de cambio.

c) Entrenamiento asertivo: Se le proporciona un entrenamiento en habilidades asertivas para negarse a peticiones injustas y poder expresarse correctamente con otras personas.

Según Suasnavar y CuFarfán (1991) el entrenamiento asertivo está en función de que el niño aprenda que nadie tiene derecho a tocar su cuerpo, darle herramientas para resolver situaciones incómodas ante un adulto y pueda prevenir y evitar un posible abuso.

d) Prevención. Se introduce información preventiva para que el menor logre detectar señales de peligro, conocer las caricias buenas y malas, decir "no" ante situaciones que no le agraden o le parezcan de peligro.

Estas subfases pueden variar según el estado emocional en que se encuentre el menor.

Fase 3. Post-evaluación. Se aplican entrevistas e inventarios, así como un enfrentamiento (actuado) para observar la actitud del menor. Si se estableció la superación ante la situación, se da por terminada la terapia.

Fase 4. Seguimiento: Se realizan con el menor y su familia al mes, a los dos meses, a los seis meses, cada año, para conocer si se presenta nuevamente la crisis.

Las técnicas de intervención utilizadas en el enfoque cognoscitivo-conductual son:

◆ **Juego de representaciones (role-playng).** Consiste en representar un papel que normalmente no es el propio. Es un caso concreto de simulación, se le pide al cliente que emita una serie de conductas distintas a las suyas habituales, pero que el terapeuta supone realizables y útiles para él en la vida real.

◆ **Terapia de juego o ludoterapia.** Se utiliza, según Goldman (1989, en Escamilla y Lugo, 1994) porque los niños presentan dificultades para expresar de manera directa (verbalmente) sus conflictos internos, sentimientos, emociones y fantasías; pero a menudo, son capaces de comunicarlo por medio del lenguaje simbólico del juego y con la ayuda del terapeuta se pueden hacer aflorar los conflictos internos y pensamientos.

Navarro (1990, en Escamilla y Lugo, op. cit.) menciona que para que los niños se comuniquen por medio del juego se utilizan muñecos y el menor los simboliza con su familia. Se utiliza una casa de muñecas, para que el menor pueda indicar al terapeuta dónde, cómo y quién es el ofensor. Esta terapia es muy útil en el inicio del tratamiento, ya que los niños expresan libremente lo que piensan y lo que sienten en relación con la experiencia de la agresión.

◆ **Ensayo de conducta.** Implica la práctica de nuevos patrones de respuesta para incorporarlos a un repertorio conductual limitado o intensificar la ocurrencia de una determinada conducta ya existente, ésto se logra por medio de representaciones de interacciones personales pertinentes entre cliente y terapeuta.

◆ **Control estimular.** Su fin es producir un aumento en la probabilidad de la emisión de una respuesta mediante el control de las condiciones que suponen una conducta reforzante. Se identifican cuatro clases de acontecimientos: estímulos discriminativos, claves verbales o "reglas", estímulos facilitadores, y operaciones motivacionales que aumentan la efectividad de una respuesta.

◆ **Reestructuración de los pensamientos.** Existe una relación en la que: a) existe primero una situación, b) la manera de pensar acerca de esa situación, y c) es el sentimiento resultante de ese pensamiento que va a afectar la manera en que se comporta esta persona ante la situación. Consiste en analizar por qué nuestra conducta inadecuada surgió y propone alternativas de pensamientos funcionales que conducirán a un comportamiento más positivo.

◆ **Asignación de tareas.** Se realizan en los periodos entre sesiones y asegura la "*transferencia*" de los progresos adquiridos en el ambiente terapéutico al ambiente natural. El terapeuta debe vigilar su cumplimiento.

◆ **Retroalimentación.** Ofrece información exacta al paciente de su propio proceso de cambio. El terapeuta debe resaltar aquellos aspectos de la ejecución que muestran progresos y que sean expresión de adelanto o mejoría (retroalimentación positiva).

◆ **Asertividad.** Su objetivo es incrementar la habilidad de la persona para adoptar conductas de comunicación contextualmente aprobadas. se pretende desarrollar habilidades para iniciar, mantener y terminar conversaciones, expresar emociones negativas y positivas, y defender los derechos personales sin transgredir los derechos de otros, a través de conductas verbales (volúmen, tono de voz, fluidez, contenido verbal, etc.) y conductas no verbales (distancia física, postura, movimientos corporales y de las manos, contacto visual, y expresión facial). Los beneficios son que las personas serán capaces de obtener recompensas sociales logrando mayor satisfacción en la relación con otras personas, y tendrá conductas de bienestar y agrado.

◆ **Autoinstrucción.** Se utiliza para modificar patrones de pensamiento disfuncionales, desarrolla patrones para autoinstruirse a uno mismo de cómo comportarse. Las instrucciones permiten analizar una situación y especificar los requisitos para su propia ejecución.

◆ **Solución de Problemas.** Hace disponible una serie de alternativas de respuesta efectivas para afrontar la situación problemática y aumentar la probabilidad de elegir la respuesta más efectiva entre las distintas alternativas. Se lleva al cabo mediante seis pasos:

- Identificación del problema.
- Búsqueda de estrategias.
- Elección de la decisión.
- Cómo llevar a cabo la decisión seleccionada.
- Llevar a cabo la decisión.

- Evaluación de los resultados.

- ◆ **Terapia Racional Emotiva (TRE).** Su objetivo es ayudar a las personas que tienen problemas a través de técnicas cognoscitivas, emotivas y/o conductuales, a llegar a ser capaces de perseguir sus propias metas, complacer y satisfacción duraderos. La base de la TRE es la teoría A-B-C y los D-E, lo cual es una propuesta de Ellis (1962). Cuando las personas tienen consecuencias emocionales (C) después de una experiencia activante (A), esta última contribuye, pero no directamente a causar C. Su sistema de creencias racionales e irracionales (B) conduce en gran parte y más específicamente a ello. Una vez identificados estos tres puntos se pasa al punto D, en donde afrontan y se discuten las creencias de trastornos haciéndole ver al paciente que sus filosofías son irracionales y contraproducentes, se les explica cómo éstos crean trastornos emocionales y se les enseña el modo de atacarlos y desecharlos. En el punto E o nuevo efecto se vuelven a discutir las creencias irracionales.

- ◆ **Otras técnicas conductuales.** Uso de reforzamientos positivos, tiempo fuera, desensibilización sistemática (DS), autocontrol, entrenamiento en efectividad personal, técnicas para control de enojo (inoculación de estrés), autoafirmaciones, autorregistros o automonitoreos, relajación muscular, modelamiento, terapia para conflictos conyugales, etc. En general pueden aplicarse todas las técnicas siempre y cuando lo requiera el caso. Es común que se lleven al cabo contratos contractuales o negociaciones entre padres y terapeutas describiendo con claridad las metas y expectativas del tratamiento.

Es evidente que el maltrato infantil ha despertado gran interés en todo el mundo. Gracias a la aparición de noticias en los medios de comunicación sobre este tema, se ha podido alertar a la población en general sobre su existencia e incremento. Asimismo se han creado instituciones públicas y privadas que atienden dicho fenómeno. Sin embargo, el problema del maltrato infantil sigue existiendo y parece ser que va incrementándose, tan sólo en el Distrito Federal las autoridades judiciales recibieron cinco denuncias diarias de

abuso sexual de menores, en promedio durante 1996. Los delitos comprendieron desde actos de exhibicionismo y tocamientos hasta hostigamiento y violación (Salas, 1997).

Datos como éstos son indicadores de que los programas existentes actualmente son insuficientes o no cumplen sus objetivos, por ello es necesario que las personas interesadas y dedicadas al maltrato re-evalúen dichos programas para ajustarlos a las necesidades reales.

Este capítulo tiene como objetivo hacer esa llamada a nuestros colegas psicólogos y los demás profesionistas de la salud y relacionados a los niños, el que conozcan todo el amplio universo de posibilidades que tienen a su alcance para poder contribuir a solucionar este problema social.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE UN CASO DE MALTRATO INFANTIL

Como se mencionó anteriormente las autoras de la presente tesis partimos del enfoque cognoscitivo-conductual, por lo cual las técnicas, instrumentos y materiales del presente capítulo se fundamentan en dicho enfoque psicológico.

4.1. METODOLOGÍA

4.1.1. ESCENARIOS:

La intervención psicológica se llevó al cabo en el cubículo 15-B del CAMI, el cual mide 3x3m., cuenta con una mesa, cinco sillas, con buena iluminación y ventilado por tres cristales-persiana arriba de la puerta. Dicho cubículo se encuentra ubicado en la planta alta de la CUSI, la cual se localiza en Avenida de los Barrios s/n, en la U.N.A.M, campus Iztacala. También se trabajó en los espacios recreativos de la misma, las cuales son áreas verdes con juegos infantiles como columpios, sube y baja, changuero, resbaladilla y llantas.

4.1.2. MATERIALES:

Los materiales que se emplearon en la primera y tercera fase (evaluación y post-evaluación) fueron formatos de entrevista abierta, así como los siguientes instrumentos:

- a) Cuestionario sobre Actitudes de los Padres con los Hijos (en Álvarez, Caballero y Esquivel, 1986).
- b) Cuestionario sobre Expectativas Personales, Interacción Familiar, Expectativas y Educación de los Hijos (en Correa, Martínez y Padilla, 1986).
- c) Escala de Comunicación Marital (en Romero y Ordoñez, 1988).
- d) Inventario para la Detección de Áreas Problemas en el Núcleo Familiar (en Romero y Ordoñez, 1988).

- e) Inventario de Asertividad (en Chávez, Méndez y Reyes, 1994).
- f) Prueba de Ideas Irracionales (de la Clínica Universitaria de Salud Integral, en Chávez, Méndez y Reyes, 1994).
- g) Cuestionario para Detección de Metas u Objetivos de Cambio Familiar e Individual (en Espinosa y González, 1986).
- h) Inventario del Concepto de Sí Mismo (de McKay y Fanning, 1995).
- i) Cuestionario para evaluar Asertividad, Autocuidado y Conocimiento del Problema (en Contreras, Hernández y Pérez, 1991).
- j) Inventario de Adaptación Personal de Rogers (s/f).
- k) Ensayos Conductuales (Kaufman y Raphael, 1996, modificado por Arce y Castro, 1996).
- l) Cuestionario sobre el Conocimiento de Sí Mismo (Kaufman y Raphael, 1996; modificado por Arce y CAstro, 1996).

4.1.3. TIPO DE REGISTRO:

El tipo de registro que se realizó a lo largo de la intervención psicológica varió dependiendo del objetivo y las características de la actividad, sin embargo hubieron dos constantes:

1. Registro anecdótico, en el cual describíamos por escrito todo lo que acontecía en una sesión (actividades realizadas, conductas, emociones y verbalizaciones del niño y/o de la señora).

2. Grabaciones de videocámara, en las cuales grabábamos todos los ensayos conductuales individuales y de la diada, para la retroalimentación inmediata y para un análisis de la sesión posterior.

4.1.4. SUJETOS:

Se trabajó con un caso remitido al CAMI. La familia requirió el servicio reportando la huida de su hijo, detectándose que el caso tenía características de maltrato emocional ya que en la dinámica familiar se empleaban verbalizaciones de menosprecio hacia el niño (ver Análisis de Resultados). La pretención inicial era trabajar con el agente agresor (familia S.)-agredido (niño E.), lográndose trabajar con la diada madre-hijo. El niño E. tiene 8 años, estudia tercer año de primaria, mide 1.25m., es de complexión delgada, aseado, y tímido. La madre M. es una mujer de 40 años, quien no concluyó la primaria, que mide 1.62m., de complexión media, aseada y arreglada sin maquillaje, es cooperativa y formal en cuanto al horario de las sesiones y el cumplimiento de las tareas. El resto de la familia está conformada por el padre de 43 años, no concluyó la primaria y actualmente labora como conductor de micro bus y la hermana de E. De 11 años y estudia el sexto año de primaria.

4.1.5. VARIABLES:

Variable Dependiente: Los cambios conductuales en la familia al final del tratamiento psicológico.

Variable Independiente: Manipulación de las Técnicas Psicológicas Cognoscitivas-Conductuales.

4.2. PROCEDIMIENTO:

De acuerdo al diseño experimental que se empleó (A-B-A') las primeras sesiones estuvieron destinadas a la evaluación de la diada, fueron necesarias tres sesiones en forma individual para determinar que el problema presentaba características de maltrato infantil, asimismo se llevaron al cabo otras 3 sesiones para la señora y 3 para el niño para evaluar aspectos específicos de ambos; en la segunda fase se realizó la intervención psicológica, llevándose al cabo 48 sesiones con la señora y 43 con el niño, cabe mencionar que el mayor número de sesiones se concentró, en ambos, en el objetivo relacionado a adquirir

habilidades asertivas; en la tercera fase de post-evaluación se evaluó la intervención psicológica realizada, empleándose 5 sesiones tanto para la señora como para el niño. Para ver los efectos a largo plazo de la intervención psicológica, se dió un seguimiento al mes y a los tres meses de concluir la terapia. Las sesiones tuvieron una duración de noventa minutos, y se efectuaron a lo largo de un año. Se trabajó una vez por semana con el niño y dos veces por semana con la madre.

4.2.1 PRIMERA FASE: EVALUACIÓN

La evaluación del caso se describe en dos apartados: A) Aplicación de Métodos para Evaluar, el cual se efectuó de forma individual, para lo cual se aplicaron entrevistas y cuestionarios tanto a la madre como al niño, a quien además se le aplicaron ensayos conductuales; B) Análisis de la información, el cual se hizo a partir de los resultados obtenidos en el apartado anterior.

A) Aplicación de Métodos para Evaluar.

Se llevaron al cabo las evaluaciones tanto de la madre y del niño por separado, por medio de la entrevista inicial, la cual incluyó preguntas abiertas y cerradas para reunir información sobre los datos demográficos de la familia, así como el motivo de la consulta. Posteriormente se aplicaron los cuestionarios a, b, c...h, ya mencionados en los materiales, a la madre, los cuales nos permitieron evaluar lo siguiente:

- a) Actitudes paternas con los hijos.
- b) Expectativas personales de los padres, interacción familiar, expectativas y educación de los hijos.
- c) Comunicación en las áreas de afectividad, sexualidad e interacción.
- d) Áreas problema dentro de la familia.
- e) Asertividad.
- f) Ideas irracionales.
- g) Metas individuales y familiares.

h) Concepto de sí mismo en las áreas de apariencia física, personalidad, intelectual, relaciones interpersonales, desempeño laboral y cotidiano, y sexualidad.

Para finalizar se volvieron a hacer entrevistas individuales con la madre para aclarar dudas respecto a los cuestionarios y profundizar en los temas concernientes al caso.

En la evaluación del niño se dió importancia a la primera sesión, en la cual se logró el rapport (se le preguntaron sus gustos y preferencias, nombres y actividades de su familia, así como se le hizo dibujar su familia, su casa, su escuela y temas libres). En la siguiente sesión se hizo una entrevista para conocer más sobre el problema que reportaron los padres. Posteriormente se le aplicaron los cuestionarios g, i, j, k, l, los cuales permiten evaluar lo siguiente:

- g) Evalúa las metas individuales y familiares
- i) Evalúa la asertividad, el autocuidado y conocimiento del problema.
- j) Evalúa la inferioridad personal, la inadaptación social, la inadaptación familiar y el fantaseo.
- k) Tienen como objetivo saber la respuesta del niño ante situaciones en las que se evidencia la responsabilidad, la elección y el conocimiento de sí mismo
- l) Evalúa los gustos, sentimientos, talentos personales, relaciones interpersonales, autoconcepto, toma de decisiones y solución de problemas.

Al finalizar la aplicación de los cuestionarios, se volvió a hacer otra entrevista al niño para aclarar las dudas que tuviéramos respecto a los cuestionarios.

B) Análisis de la Información.

Para el análisis se emplearon las entrevistas y los cuestionarios de las cuales se detectaron las áreas problema de la diada en forma individual. La descripción de las mismas se encuentra en el análisis de resultados.

4.2.2. SEGUNDA FASE: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

A partir del análisis de la información obtenida en la primera fase se crearon los programas de intervención aplicados en esta fase (intervención psicológica), la cual se describe en tres apartados: A) Intervención Psicológica (Niño), B) Intervención Psicológica (Madre), C) Intervención Psicológica (Diada).

A) Intervención Psicológica (Niño)

Una vez detectado el problema elaboramos el siguiente programa de intervención psicológica:

Planteamiento del Problema: El niño E. presenta disfuncionalidades en las áreas de conocimiento del problema, autoestima y comunicación.

Objetivo General: Al finalizar la intervención psicológica E. reconoció el problema, así como adquirió habilidades de autoestima y comunicación, previniendo ser víctima de maltrato, después de cubrir los nueve objetivos específicos propuestos.

PROGRAMA: PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

OBJETIVOS PARTICULARES

1. E. adquirió conocimientos del maltrato infantil al responder correctamente 4 de 5 preguntas
2. E. armó correctamente 2 rompecabezas del cuerpo humano.
3. E. distinguió 2 caricias y 2 secretos agradables y desagradables en sí mismo.
4. E. mencionó 8 derechos y 4 obligaciones de los niños.
5. E. respondió asertivamente en 15 de 20 situaciones de ensayo conductual.
6. E. realizó correctamente 6 situaciones de ensayo conductual de respeto, jerarquía y obediencia.
7. E. respondió correctamente 8 de 10 medidas de prevención del maltrato infantil.

8: E. mencionó tres cualidades, defectos, gustos, habilidades, y completó una lista de sentimientos de sí mismo.

9: E. respondió asertivamente 3 problemas reales.

Este programa se realizó empleando técnicas cognoscitivo-conductuales: terapia de juego empleando como mediador el muñeco guiñol, asimismo se usaron diversos materiales como rompecabezas, cuentos, memoramas, dibujos, dinámicas como la del collage, "toca a tu compañero" (en tarjetas se especificó qué parte del cuerpo del compañero de al lado tocaría) "espejo" (el niño se describía físicamente frente a un espejo), "viviendo y corrigiendo mis errores" (decir errores, cómo se sintió y cómo los resolvió). Se hizo uso de videgrabaciones para retroalimentar.

B) Intervención psicológica (Madre)

Con base en el análisis obtenido en la fase de evaluación elaboramos un plan de intervención descrito a continuación:

Planteamiento del problema: La señora M. presenta disfuncionalidades en las áreas de conocimiento del problema, área cognoscitiva, autoestima y comunicación.

Objetivo General: Al finalizar la intervención psicológica la señora M. reconoció el problema, así como adquirió habilidades cognoscitivas, de autoaceptación y de comunicación, después de concluir los tres programas terapéuticos.

PROGRAMA 1: CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

Objetivo General: Al finalizar el programa la señora M. obtuvo conocimientos del maltrato infantil al cubrir los cuatro objetivos específicos planteados.

OBJETIVOS PARTICULARES

1: La señora M. parafraseó las características del marco teórico cognoscitivo-conductual.

2: La señora M. enunció tres características del maltrato recibido por su hijo.

3: La señora M. adquirió conocimientos sobre el desarrollo integral del niño al mencionar dos características en cada una de las cuatro fases del desarrollo.

4: La señora M. adquirió conocimientos y habilidades sobre los castigos y premios como medios educativos al describir correctamente una característica de cada una de las cinco técnicas.

Para realizar este programa se emplearon técnicas informativo-educativas, empleando esquemas, cuadros sinópticos y láminas.

PROGRAMA 2: REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA

Objetivo General: Al concluir el programa la señora M. desarrolló habilidades cognoscitivas funcionales después de cubrir los tres objetivos específicos propuestos.

OBJETIVOS PARTICULARES

1: La señora M. adquirió conocimientos básicos sobre la estructura cognoscitiva funcional y disfuncional al nombrar el tipo de pensamiento, comportamiento, consecuencias y alternativas en cuatro de cinco situaciones.

2: La señora M. analizó los elementos irracionales en cuatro de cinco situaciones personales.

3: La señora M. analizó los elementos irracionales en cuatro de cinco situaciones que involucren a su pareja.

Se realizaron técnicas como la informativo-educativa, en la cual se emplearon ilustraciones y esquemas; la técnica de reestructuración cognoscitiva; técnicas de ensayo conductual y asignación de tareas.

PROGRAMA 3: COMUNICACIÓN

Objetivo General: Al finalizar el programa la señora M. adquirió habilidades asertivas y de solución de problemas después de cubrir los siete objetivos propuestos.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1: La señora M. adquirió conocimientos básicos sobre la comunicación al responder correctamente 8 de 10 preguntas.**
- 2: La señora M. adquirió habilidades de comunicación no verbal al ejecutar correctamente respuestas no verbales en 5 de 6 ensayos conductuales.**
- 3: La señora M. adquirió habilidades de comunicación verbal al responder correctamente en 5 de 6 ensayos conductuales.**
- 4: La señora M. adquirió habilidades asertivas al responder asertivamente en 25 de 30 ensayos conductuales.**
- 5: La señora M. adquirió habilidades para solucionar problemas al describir correctamente los cinco elementos en una situación real.**
- 6: La señora M. adquirió habilidades de organización y planificación familiar al describir al menos 2 características funcionales y disfuncionales en su familia.**
- 7: La señora M. adquirió habilidades para fortalecer su autoestima al reconocer cualidades propias.**

Para cumplir con este programa se emplearon técnicas conductuales como la de entrenamiento asertivo, ensayo conductual, entrenamiento en solución de problemas, y reestructuración cognoscitiva. Asimismo se emplearon videograbaciones para retroalimentar.

C) Intervención Psicológica (Diada)

Al finalizar las evaluaciones de la diada, concluimos que era necesario trabajar por separado con los miembros de dicha diada para que adquirieran habilidades individuales que posteriormente irían aplicando en su rutina diaria, por lo que era muy importante que al término de la intervención psicológica individual se trabajara en conjunto:

Planteamiento del Problema: La diada presenta disfuncionalidad en las áreas cognoscitiva y de comunicación.

Objetivo General: Al finalizar la intervención psicológica la diada puso en práctica sus habilidades cognoscitivas y de comunicación después de cumplir el objetivo propuesto.

OBJETIVO PARTICULAR

1: La diada puso en práctica las habilidades adquiridas en los programas de intervención individual al ejecutar correctamente dos ejercicios.

Se empleó la técnica de ensayo conductual y como medio de retroalimentación se hizo uso de videograbaciones.

4.2.3. TERCERA FASE: POST-EVALUACIÓN

Al cumplirse los objetivos propuestos en cada programa de intervención se llevó al cabo la post-evaluación, la cual se describe en dos apartados: A) Aplicación de métodos para evaluar, lo cual se realizó de forma individual por medio de entrevistas y cuestionarios, tanto a la madre como al niño. B) Análisis de la información, el cual se efectuó a partir de los resultados obtenidos en el apartado anterior.

A) Aplicación de Métodos para Evaluar.

Se empleó el mismo material especificado en la primera fase, con excepción del cuestionario g), el cual fue modificado y titulado Cuestionario para Evaluar el Cambio Familiar; también se agregó un cuestionario para evaluar la comunicación en la diada.

B) Análisis de la Información.

A partir de los cuestionarios y entrevistas se evaluaron las áreas problema detectadas en el niño y en la madre, descritas en la primera fase (evaluación). La descripción más detallada de esta tercera fase se encuentra en el apartado de análisis de resultados.

4.2.4. SEGUIMIENTO

Una vez concluida la intervención psicológica y ya habiendo re-evaluado a la diada, se les citó dos veces: la primera al mes de haber concluido la intervención y la segunda dos

meses después de la primera sesión de seguimiento. El seguimiento es una parte fundamental de cualquier intervención psicológica, ya que nos permite evaluar la funcionalidad de la intervención a largo plazo, retroalimentándonos al detectar nuestros aciertos así como nuestros errores, los cuales pueden entonces ser resueltos reforzando las partes de la terapia que no resulten funcionales.

4.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A través de la bibliografía consultada se observó que la teoría conductual es la más adecuada para la explicación de la adquisición y mantenimiento de la agresión. *"Uno de los criterios más sobresalientes de la terapia conductual es el uso de una sistematización y una metodología adecuadas, de tal manera que sea posible detectar la conducta problema y su magnitud, seleccionar la(s) técnica(s) más pertinente(s) y comprobar su efecto en la conducta."* (González y Toriz, 1985, en Escudero, 1990, pág. 4 y 5). Sin embargo no retoma las cogniciones, aspecto fundamental para el enfoque cognoscitivo, el cual se basa en cómo *"el individuo percibe y estructura los hechos y qué piensa de ellos"* (Beck y Rush, 1983 y Meichenbaum y Jeremiko, 1987, en Pérez, 1992).

El marco teórico del cual partimos para llevar al cabo nuestra tesis sobre maltrato infantil es el cognoscitivo conductual, ya que éste toma en cuenta las conductas, las emociones, los pensamientos, y el ambiente de las personas para llevar al cabo su tratamiento. Asimismo por conformarse de técnicas fáciles de aplicar, económicas, a corto tiempo y de gran efectividad.

Para cumplir con el objetivo de la tesis el análisis del caso se efectúa en tres fases, la evaluación, la intervención y la post-evaluación.

A) Análisis de la primera fase: Evaluación

De acuerdo a la definición de maltrato infantil propuesta al inicio de nuestra tesis, el caso analizado de la familia S., presentó características de maltrato, pues la señora M. realizaba acciones que dañaban el sano desarrollo psicológico de su hijo E. Dichas

acciones fueron de tipo psicológico, clasificándose como maltrato emocional, ya que, como mencionan Del Castillo y Bejar (1992), al niño se le agredía verbalmente, tratándolo con menosprecio diciéndole: "tonto", "flojo", "burro", y "flaco", adjetivos los cuales eran dichos tanto por la madre como por la hermana del niño de forma constante, a lo cual Carballo (1992) denomina "etiquetación".

Otro tipo de maltrato observado, fue el descrito por Forward y Corkille (1991), sobre las expectativas altas de los padres con respecto a los hijos. La señora M. demandaba al niño conductas de extrema obediencia no apropiadas a su edad, exigía respuestas más altas del nivel de madurez y comprensión del niño. Asimismo se observaron constantes comparaciones con respecto a su hermana, quien siempre resultaba ser "mejor" que el niño.

Entre las causas observadas que condujeron al maltrato infantil, se encontró que la señora M. poseía las siguientes características individuales:

La señora tuvo relaciones afectivas pobres con sus padres (reportado por González y Toriz, 1985; Domínguez, 1993; y Osorio, 1993), a la vez que reportó haberse casado buscando afecto por parte de su esposo, quien no cumplió con sus expectativas pues era poco cariñoso, lo que ocasionó problemas maritales.

La señora M. reportó que el embarazo de su hijo fue difícil, pues no quería subir de peso (González y Toriz, 1985; Kempe y Kempe, 1985; Lozano, González y Clemente, 1989; Escudero, 1990; Domínguez, 1993; Castañeda, 1993).

La señora carecía de relaciones sociales: no contaba con amigos y tenía poco contacto con la familia (Garabino, 1976).

La señora M. presentaba baja autoestima, inhabilidad para solucionar problemas (González y Toriz, 1985; González y Clemente, 1989; Castañeda, 1993; Domínguez, 1993; y Osorio, 1993).

La señora tenía expectativas irreales respecto al niño, es decir, demandas por encima de las habilidades del pequeño, lo cual a su vez se debía al desconocimiento sobre

el desarrollo y la educación del niño (González y Toriz, op. cit.; Escudero, 1990; Osorio, op. cit.). Esto provocaba que la señora descargara su frustración en el niño por medio de castigos, gritos, y etiquetaciones.

Respecto a los factores familiares se observó que en cuanto a la disciplina familiar (González y Toriz, 1985; Kempe y Kempe, 1985): la señora empleaba algunas veces el castigo físico como un método correctivo, el cual no se cataloga como maltrato físico pues no posee características de la definición, ya que se daba en forma esporádica y de baja intensidad, por lo cual no quedaba huella u ocasionaba lesión que requiriera de atención médica.

En la familia se presentaban dos situaciones de estrés (mencionadas por Garabino, 1976): las obligaciones domésticas y la discriminación económica, pues aunque la señora trabajaba ganaba poco dinero, lo cual no le satisfacía por sus intereses, creándole tensión y ante las peticiones de sus hijos respondía con agresión (gritos, castigos).

Dentro del factor socio-cultural encontramos que en esta familia se justifica la agresividad como medio de crianza (González y Toriz, 1985), ya que la señora consideraba que los castigos físicos eran efectivos como métodos educativos, debido a sus resultados "efectivos" (en apariencia) dadas sus consecuencias inmediatas, pues al pegarle o etiquetar al niño éste "obedecía" al instante.

Al igual que mencionan Escudero (1990) y Gutiérrez (1992), no es que el niño provoque deliberadamente el maltrato, sino que es una consecuencia no deseada de atributos y comportamientos del niño que actúan como estímulos de la respuesta de la señora. E. era un niño que requería de varias peticiones por parte de su mamá para hacer su tarea, sus actividades de autohigiene o sus quehaceres domésticos; se peleaba constantemente con su hermana con quien era agresivo; solía hacer berrinches ante lo que no le parecía. Estas situaciones ocasionaban tensión en la familia, especialmente en la señora M. quien respondía con agresión (como ya se mencionó).

El nivel de intervención que se llevó al cabo fue el terciario, debido a que la dinámica familiar se ha desarrollado de la misma forma desde siempre, por lo cual el daño ya está hecho: en la familia se presentaron episodios de maltrato psicológico, lo cual ha tenido consecuencias como son los problemas emocionales del niño, el cual tiene trastornos como inseguridad, baja autoestima y déficits de habilidades sociales (comunicación pasiva y enojo) que se manifestaron en huir de casa, por lo cual se requirió de una intervención terciaria de prevención dirigida al tratamiento del niño (víctima) y de la madre (agresora), así como para evitar futuras agresiones.

El tipo de maltrato analizado en este trabajo específicamente fue maltrato psicológico, por lo tanto no fue necesaria la intervención de especialistas del área de la medicina, asimismo el maltrato se presentaba en la dinámica familiar y el pronóstico del caso desde el inicio fue bueno, ya que con el tratamiento de la diada se lograría una dinámica familiar funcional, por lo cual no se requirió el apoyo de otros profesionistas como profesores, abogados ni la ayuda de policías. Hubiera sido útil la asistencia del área de trabajo social, para realizar el estudio socioeconómico en el hogar y para dar apoyo en las sesiones de seguimiento, sin embargo como psicólogas tomamos la decisión de que el trabajo sería más productivo si nosotras mismas realizábamos las sesiones de seguimiento.

En esta primera fase (evaluación) se trabajaron diez sesiones con la madre, quien desde el principio se mostró cooperativa, y once sesiones con el niño, quien se mostró pasivo en las primeras sesiones, siguiendo las órdenes sin hablar más que lo necesario (lo que se le preguntaba), aunque en las actividades con juego se mostró más participativo y menos inhibido. En la primera sesión con cada uno se determinó que el problema presentaba características de maltrato infantil, lo cual se corroboró en tres sesiones posteriores de evaluación, el resto de las sesiones de esta primera fase tuvieron como objetivo evaluar aspectos específicos tanto del niño como de la madre, tales como autoestima y habilidades de comunicación y solución de problemas. A partir de las entrevistas y cuestionarios aplicados en esta fase se obtuvo lo siguiente:

a) Niño:

Como consecuencia del maltrato recibido, el niño E. presentaba baja autoestima, inseguridad, se sentía no deseado y no querido, incapaz de tomar decisiones (González y Clemente, 1989; Domínguez, 1993; Osorio, 1993), así como respondía de forma pasiva o agresiva ante su familia (González y Toriz, 1985; González y Clemente, op. cit.; Osorio, 1993), y no expresaba sus sentimientos (González y Clemente, 1989; Kempe y Kempe, 1985).

E. se quejaba de que su mamá no regañaba a su hermana cuando ella le decía "flojo", "burro" y "flaco", ésto le molestaba mucho, además decía que cuando él le decía a su mamá lo que su hermana I. le hacía (pegar, jalarle el cabello, empujarlo) su mamá "nunca" le creía; decía que le exigían mucho al hacer tan rápido las cosas como su hermana las hacía. Le enojaba que le mandaran las cosas una y otra vez y más "cuando estoy ocupado". Esto causó en E. sentimientos de enojo, tristeza y humillación ("yo no valgo", "no me quieren"), estos sentimientos llevaron a E. a no hacer lo que le pedían, llorar, enojarse, pelear, y pegarle a su hermana, lo cual acrecentó los castigos y reproches de su mamá ("no sirves para nada"), aunado a ésto las verbalizaciones desvalorizantes de su hermana llevaron a E. en un momento de crisis a huir de su casa como forma de escapar de la situación de constante agresividad.

Otras características observadas en el niño E. son las siguientes:

- ◆ Se pudo detectar desconocimiento del problema de maltrato infantil. Con respecto a la problemática familiar e individual si tiene claros los objetivos pero desconoce la forma de llegar a ellos (él quiere ya no ser "enojón", que su hermana no lo insulte, que sus padres se lleven mejor, que lo quieran más, y que su papá esté más tiempo con él). :
- ◆ Se detectó una falta de conocimiento de sí mismo (se describe igual en el presente, pasado y futuro; no sabe describir sus sentimientos, cualidades ni gustos, así como niega tener habilidades); siente rechazo y falta de cariño por parte de sus padres ya que dice que éstos prefieren a su hermana porque no la regañan ni exigen tanto como a él; se siente herido y devaluado ante etiquetaciones empleadas por su familia ("flojo", "burro", "flaco").

♦ **Problemas en el área de comunicación:** Se observó que es un niño inasertivo y con dificultad para solucionar problemas (no toma decisiones por iniciativa propia - bajo locus interno-, solamente cuando los demás le insisten -alto locus externo-, ante un problema actúa evitando -a la autoridad, en este caso los padres- o agrediendo -a su hermana o a él mismo).

Por lo anterior se encontró que sus problemas los refleja solamente en el área familiar, en la cual obtuvo un alto puntaje de inadaptación debido a los conflictos y desajustes del niño en sus relaciones con sus padres y su hermana.

b) Madre:

Se encontró que sí tiene información sobre el maltrato infantil, pero es incompleta. Con respecto a su problemática menciona haber tenido una historia de maltrato (regaños, castigos y carencia de afecto) y aceptó que actualmente maltrata a sus hijos y no sabe cómo educarlos (desconocimiento de las necesidades de los hijos, expectativas irreales con respecto a ellos mismos, traducida en una exigencia mayor a lo que son capaces de hacer). Se observó un trato diferencial en cuanto a la crianza de los hijos, la señora M. permitía y alentaba indirectamente a su hija I. a tratar con menosprecio a E., pues le decía *"si veo que te vuelve a pegar y te dejas, te voy a pegar a tí"*, además no corregía a su hija cuando ésta le decía a E. *"flojo"*, *"burro"*, y *"tonto"*. En los pleitos entre los hermanos, la señora responsabilizaba a E. de ser él el culpable de iniciar la riña, a pesar de que él dijera lo contrario, la señora justificaba esto diciendo *"él toma siempre la iniciativa porque se enoja de todo y provoca que la niña se enoje"*, *"se le avienta a su hermana con intención de pegarle"*, *"es impulsivo, corajudo y maldoso"*. La señora dice que no regaña a I. porque *"ella no da motivos"* y *"a ella no tengo que exigirle"*, *"a ella no tengo que repetirle las cosas una y otra vez como a E."*

Aunado a esto se encuentran los problemas maritales, de los cuales sabe su existencia pero no la forma de solucionarlos. Se detectó que la señora tiene metas personales y familiares claras. Sus metas personales son trabajar y ayudar a su familia,

decir lo que siente y lo que piensa, ser más cariñosa con su familia, saber dar órdenes a sus hijos y dejar de sentirse culpable de lo que sucede en su casa. Sus metas familiares son: que su familia sea más organizada, alegre y unida. Le gustaría que su esposo fuera más paciente, tolerante, respetuoso y que le tenga más confianza. Con respecto a su hijo desea que ya no sea tan enojón, que la entienda en lo que le dice, que le tenga confianza y haya más comunicación.

Otras características observadas en la señora M. son las siguientes:

- ◆ **Problemas en el área de autoestima:** El hecho de aceptar que maltrata a sus hijos le causa sentimientos de culpa, pensándose una mala madre; también se etiqueta como inútil y no ser capaz de hacer nada debido a su falta de estudios; no se acepta a sí misma ("*si yo hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser*"); es una persona que acepta las cosas aunque no le gusten.
- ◆ **Problemas en el área de relaciones interpersonales:** Presenta aislamiento social (poco contacto con la familia, amistades y actividades escolares de su hijo) desde su niñez (su padre no la dejaba salir porque si no era una "vaga" y "floja"), y en la actualidad piensa que el salir de su casa sería criticado por los demás (cree que pensarían que ella es una chismosa, sin nada que hacer, lo cual demuestra alto locus externo y bajo locus interno).
- ◆ **Problemas en el área cognoscitiva:** Presenta pensamientos irracionales (muchos basados en el rol de género) como "*soy mala*", "*van a decir que soy chismosa...*", "*las soluciones son difíciles de encontrar*", "*no quiero trabajar porque voy a dejar a mis hijos solos*", entre otros. Asimismo encontramos un exceso de exigencias a los otros y a sí misma ("*odio fracasar*", "*debo tener éxito*", "*me preocupo por el futuro*" y "*debería de manejar las cosas en la forma correcta*").
- ◆ **Problemas en el área de comunicación:** Es una persona inasertiva y con dificultades para solucionar problemas, ya que actúa de una manera pasiva (evitando la situación) o agrediendo (discute a gritos con su pareja; pega, grita y castiga a sus hijos). Debido a sus altas exigencias hacia sí misma es incapaz de pedir o aceptar críticas de los demás ("*nunca*").

pediría una crítica constructiva", "nunca aceptaría reclamos de sus amigos por su forma de actuar", "nunca discutiría abiertamente con las personas las críticas a su conducta").

B) Análisis de la segunda fase: Intervención Psicológica

A) Niño:

PROGRAMA: PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Dadas las características de algunos objetivos (1, 2 y 6), informativo-educativos, dichos objetivos se pudieron realizar y corroborar el aprendizaje en una sesión cada uno, lo cual se facilitó por la participación del niño y el conocimiento previo de algunos temas: ya sabía los nombres correctos de las partes del cuerpo, a excepción de los genitales masculinos y femeninos, los cuales se le dificultó aprenderlos, ya que la mitad de la sesión preguntó con frecuencia el nombre de los mismos. En cuanto a los conceptos de respeto, jerarquía y obediencia dijo no saber el significado de jerarquía, así como mencionó que respeto era no agredir a los demás y que obediencia era hacer lo que los adultos le ordenaran; debido a estas respuestas (muy frecuente en los niños de edad preescolar y escolar) pudimos constatar que maneja algunas ideas básicas sobre estos conceptos, pero no aspectos tan importantes como el hecho de que obedecer a los demás (no sólo a los adultos) se hace siempre y cuando no transgredan nuestros derechos, y no nos hagan sentir mal. Esto fue importante ya que es un punto clave del por qué los niños son víctimas de maltrato, pues se les enseña a obedecer "*ciegamente*" a los adultos sin que analicen qué es lo que van a hacer o van a permitir que les hagan.

Respecto al tema de caricias y secretos agradables y desagradables, al inicio E. se mostró poco participativo pues le "*apenaba*" hablar respecto al tema de caricias, lo animamos a decir lo que pensaba, lo cual le dió confianza para mostrarse atento y participativo. Mencionó que las partes de su cuerpo que le gustaba le acariciaran eran las manos y la cabeza y que le gustaba ser acariciado por sus padres y su hermana; las partes que no le gustaba que le acariciaran eran los genitales, los glúteos y la espalda, y refirió no

gustarle ser acariciado por ninguna persona en esas partes. E. cumplió la tarea de ese día al relatarnos posteriormente que las caricias agradables que recibió en el transcurso del día fueron por parte de su mamá, cuando lo tomó de la mano y le acarició la cabeza, asimismo informó no haberse presentado caricias desagradables ni secretos de ningún tipo.

En el objetivo de derechos y obligaciones, gracias a las dinámicas empleadas E. mostró entusiasmo desde el inicio, lo cual favoreció el aprendizaje. De los derechos que mencionó no se le respetaban se encuentran el de no respeto a la libre expresión y el de no asistir a muchas actividades recreativas. Es importante señalar que E. demuestra conocimiento de sus déficits (el no saber hacer uso de su derecho de expresión), lo cual fue fundamental para realizar el objetivo de asertividad.

Dentro de las obligaciones que le corresponden cumplir enumeró cinco: hacer la tarea, ayudar a los quehaceres de la casa, tender la cama, barrer y recoger sus zapatos. De las obligaciones que realiza nos dijo no gustarle tender su cama, a lo cual nosotras le preguntamos qué podría hacer al respecto, llegando por sí solo a la alternativa de intercambiar con su hermana I. esa actividad por otra que a él le gustara y a I. no, pero al analizar la propuesta llegó a la conclusión de que I. no cooperaría ya que a ella tampoco le gusta tender la cama, a esto nosotras le propusimos intentarlo ya que era una muy buena opción, si no resultaba le dijimos que intentara lo mismo pero con algún otro miembro de su familia; a pesar de no obtener el resultado esperado (lograr intercambiar la obligación desagradable) lo importante de esta situación fue enfrentarlo a un problema real al cual él le dió solución, haciendo uso de su capacidad de análisis, lo cual fue muy útil como preámbulo para los siguientes objetivos.

Siendo la asertividad una habilidad importante para la relación de E. con su familia, cabe resaltar que en este objetivo se realizaron la mayoría (58%) de las sesiones, las cuales fueron teórico-prácticas y se llevaron al cabo tanto dentro como fuera del cubículo. En los primeros ejercicios E. se mostró pasivo, conforme se le modelaban las situaciones y se le animaba lo hizo cada vez mejor hasta cumplir con las características de la asertividad.

Conforme se iban realizando las dinámicas se fue corroborando la comprensión de lo teórico mediante preguntas directas del tema, ensayos conductuales, juego haciendo uso de muñecos guiñol, y su ejecución en situaciones reales, dependiendo de la actividad o dinámica empleada. Asimismo se fue empleando la técnica de retroalimentación, en la que E. debía describir y corregir su propia ejecución; desde un inicio demostró tener habilidad para autoanalizarse de forma acertada y asertiva, así como después de cada autoanálisis su ejecución mejoraba.

En la dinámica de caras y gestos se mostró pasivo: fue poco participativo, no mantenía contacto visual, y jugueteaba con las manos mostrando ansiedad.

Cuando se le dejó pedir la hora e información a extraños se mostró renuente a hacerlo pues decía que le daba pena, sin embargo al realizarlo fue asertivo desde el primer ensayo, aunque él reportó haberse sentido nervioso la primera vez lo cual disminuyó con la práctica.

A lo largo del entrenamiento se le preguntó qué tan asertivo era en su casa, hasta este momento reportaba ser más o menos asertivo, ya que aún peleaba mucho con su hermana y ante los regaños de su madre seguía respondiendo con llanto y/o enojo. Nosotras le preguntamos qué podía hacer al respecto y él respondió *"seguir practicando para ser más asertivo"*, recibiendo felicitaciones por haber llegado a esa opción. Este tipo de preguntas las seguimos planteando a lo largo de las sesiones, ya que era una forma de evaluación continua de los efectos de la terapia, lo cual nos retroalimentaba y nos daba cuenta de las habilidades que debíamos fortalecer en E.

En las actividades al aire libre en convivencia con personas extrañas hasta el momento para él, se mostró pasivo (no contacto visual, volumen de voz bajo, poco participativo y no tomaba la iniciativa en las actividades), sin embargo cuando la otra persona iniciaba diálogos con él, su conducta verbal era asertiva aunque no mantenía contacto visual.

Este objetivo finalizó con ensayos conductuales de asertividad, en la que se actuaban diferentes situaciones encontrando que la mayoría fueron realizadas de forma asertiva, requiriéndose solamente el perfeccionar las conductas ya emitidas; las situaciones que se le dificultaron fueron cuatro: una situación de afecto, en la que debía decirle a la familia que los quería mucho, que siempre contaba con ellos; una situación de desacuerdo, en la que E. tenía que decirle a su familia no estar de acuerdo en ir a un lugar al que todos querían asistir; una situación de pedir ayuda en la que le pedía a su hermana le ayudara a tender la cama; y una situación de pedir disculpas a su familia por haberles contestado mal. En dichas situaciones E. se mostró pasivo, ya que no mantenía el contacto visual, no sabía qué decir y olvidaba las correcciones que se le hacían, se mostraba tenso -músculos rígidos- o se movía mucho.

Se le volvió a pedir que describiera su ejecución en su hogar, a lo que E. respondió haber cambiado, que era menos agresivo, aceptaba sus errores, entiende cuando su mamá se enoja, se expresa con más facilidad y dice lo que piensa y siente. En una ocasión nos mencionó *"..hoy me quiero más y como que soy más feliz"*. Le pedimos autoevaluara su asertividad del 1 al 10, y él se calificó con un 8, diciendo que debe mejorar la *"pena"* y *"no equivocarse en las palabras"*.

Al tocar el tema de las medidas de prevención del maltrato infantil, E. reportó conocer algunas: no hablar con extraños, no aceptar dulces, juguetes o dinero, no aceptar aventones de extraños, no dejarse acariciar por extraños o por conocidos, no abrir inmediatamente la puerta para ver quién toca si se encuentra solo en su casa, no aceptar la invitación de un vecino a jugar si le pide que no lo diga a nadie, no tocarle los genitales a un adulto aunque lo amenace con quitarle sus juguetes o acusarlo con sus padres por hacer travesuras, no aceptar ofertas de extraños para salir en la televisión. El retomar el tema sirvió para reafirmarlas, empleando para ello conceptos del primer objetivo. También resolvió el cuestionario sobre autocuidado y asertividad y con ello recordar o reafirmar conceptos vistos anteriormente.

Con respecto a las habilidades de conocerse y aceptarse a sí mismo, al inicio de cada actividad pudimos corroborar lo poco desarrolladas que tiene estas habilidades:

Para verse al espejo E. se mostró renuente, pero lo animamos para que lo hiciera. En un principio decía ser feo, no tener cualidades y describirse solamente como "enojón"; sin embargo al hacer una descripción y evaluación de sus rasgos físicos y de personalidad concluyó que tiene más cosas positivas que negativas, por lo que es "más bien bonito" y "agradable". Con relación a los aspectos agradables de su personalidad mencionó ser alegre, sincero, juguetón, amigable, obediente, inteligente y asertivo; y las desagradables que es enojón. En cuanto a su apariencia física dijo gustarle su nariz, boca, manos, estatura, pestañas, cabello, orejas, sus chapas, y que era delgado; y lo que le desagradaba eran sus ojos y orejas. El darse cuenta de esto (ser "más bien bonito" y "agradable") lo hace sentir "bien", ya que nunca se había concebido así.

Al hablar de sus gustos y habilidades mencionó no tener ninguna habilidad, pero al final de la dinámica reconoció poseer varias cualidades: bailar, correr, contar chistes, andar en bicicleta y construir casitas. y que se sentía bien de saberse útil, artista e inventor ("*inventó y hago cosas y me salen bien*"). De sus gustos lo que más prefería hacer era andar en bicicleta, dibujar, correr, escribir, oír radio, ver televisión, jugar fútbol, jugar a las escondidillas y acompañar a su papá en el microbús -cuando éste trabajaba en uno-.

Respecto a sus emociones le fue difícil describir éstas, principalmente se le dificultó describir el estar contento, alegre, sorprendido, asustado, angustiado, aterrorizado, avergonzado y humillado, pero después de la actividad lo realizó con menor dificultad, y esta habilidad se fue ejercitando a lo largo del tratamiento.

Cabe mencionar que este objetivo se fortaleció a lo largo de la intervención del tema de asertividad, en el cual se buscó que E. desarrollara la habilidad de expresar sus propios pensamientos y emociones, habilidad básica para lograr el conocimiento y aceptación de sí mismo.

Al abordar el tema de solución de problemas E. se mostró asertivo a lo largo de todas las sesiones, y lo que más le agradó fue haber visto a los animales. La solución que E. encontró para llevarnos a la biblioteca, al vivario y al acuario fue primero pedir información en la clínica, y ya encaminado observó que había letreros y los siguió, cuando tuvo duda preguntó nuevamente a los extraños, ya que una regla era no preguntarnos a nosotras. Al cuestionársele cómo se sintió de haber tenido que preguntar a extraños para llegar a donde quería dijo que no se sintió nervioso y dijo que se sentía *"bien"*, *"contento"* de haber logrado su objetivo, y que un día llevaría a su mamá, lo cual sí hizo. Es digno de resaltar que E. no hubiera sido capaz de llevar al cabo las soluciones propuestas por él si no hubiese contado de antemano con las habilidades asertivas logradas en objetivos anteriores, ya que por su personalidad tímida era incapaz de acercarse a un extraño y hacerle una pregunta (él mismo decía que le daba pena), dificultando la búsqueda de alternativas funcionales.

A lo largo de la intervención pudimos darnos cuenta de lo acertado que fue el empleo de técnicas como el juego, emplear los tres tipos de reforzadores (material, interpersonal y actividad), ensayos conductuales en situaciones reales, el uso de la videocámara y las tareas.

El uso del juego primeramente nos ayudó a entablar un ambiente de empatía con E., quien en un principio mostró tener como una característica de su personalidad responder tímidamente ante los extraños (no mirar a los ojos, mantener la cabeza agachada, mover constantemente las manos, balancearse en su asiento, no tener verbalizaciones espontáneas, responder con parquedad), y fue esta técnica la que permitió que se desarrollara con entusiasmo (se mostraba contento y él mismo decía haberse divertido) y participara más.

Algo que caracterizó nuestro trabajo terapéutico fue el uso de los reforzadores. Los incentivos materiales (dulces y juguetes pequeños), fueron poco frecuentes (en cinco ocasiones), ya que consideramos más enriquecedores los otros dos tipos, pues el

reforzador material a parte de ser costoso, puede llevar al niño a moverse por interés del premio y no de la actividad misma. El reforzador más empleado fue el interpersonal, del cual hicimos uso a lo largo de todas las sesiones y asimismo entrenamos a la madre para que ella misma hiciera uso de éste en su casa, ya que no lo acostumbraban en su familia, gracias a esto se logró la motivación del niño a seguir realizando las actividades, facilitando el avance de la intervención, así como retroalimentarlo positivamente logrando que E. asumiera sus logros posibilitando acrecentar su conocimiento y aceptación de sí mismo. El tercer tipo de reforzador que empleamos fue el de actividades, realizándose las que él deseaba, en ocasiones era al aire libre (jugar en el "changuero", la resbaladilla, los columpios y el sube y baja; a "las traes"; fútbol y a los encantados), y en otras en el mismo cubículo (fútbol; "las traes" y las escondidillas con muñecos guiñol; contar chistes; y jugar con sus juguetes, ya que en ocasiones llevó carritos y muñecos.

La realización de ensayos conductuales en situaciones reales (pedir la hora, convivir con extraños, guiamos a lugares desconocidos como la biblioteca, el vivario y el acuario) nos permitió observar su ejecución en ambientes naturales, algo que los psicólogos por lo general no observamos directamente, debido a que nuestro desarrollo profesional se realiza en el ambiente terapéutico de un consultorio. Esto fue muy enriquecedor para la terapia, ya que nos retroalimentaba al percatarnos de los avances logrados, así como le brindó a E. experiencias nuevas, sencillas y altamente reforzantes, lo cual favoreció el desarrollo de sus habilidades asertivas, cumpliendo exitosamente los objetivos de nuestro programa de intervención. Aunque fuimos observadoras directas, al final de cada ensayo cuestionamos a E. sobre su pensar y sentir ("*por qué hiciste...*" -preguntar, ver los letreros, volver a preguntar-, "*¿cómo te sentiste al hacerlo?*", "*¿cómo te sentiste de llevarnos a donde te pedimos?*", y "*¿qué otras opciones tenías?*"), buscando corroborar lo visto. E. respondió haberse sentido "*tranquilo*" de hablar con extraños, "*feliz*" de lograr su objetivo, y mencionaba que cada vez era más asertivo.

El uso de la videocámara para la retroalimentación fue también muy útil, ya que ayudó a E. para que desarrollara la habilidad de análisis de su propia conducta y facilitando el mejor desempeño en su casa, donde carecía de la retroalimentación visual. Asimismo le permitió que perfeccionara su habilidad en cuanto a comunicación, pues fue capaz de describir en forma específica, clara y asertiva sus respuestas verbales y no verbales, lo cual, a su vez, le brindó la oportunidad de practicar la solución de problemas, pues el análisis no se quedaba en un plano puramente descriptivo, si no que debía él mismo dar las opciones para mejorar su ejecución.

El empleo de tareas (la principal tarea fue aplicar en casa todo lo visto durante las sesiones) fue una forma de evaluación constante de los avances terapéuticos. De hecho las tareas formaban parte de los reglamentos de la intervención psicológica, pues solamente con la práctica frecuente se adquieren y perfeccionan las habilidades, situación que E. logró, gracias a su interés, constancia y esfuerzo, y gracias también a nuestra intervención empleando técnicas motivantes para el niño. Asimismo el cuestionarle al niño muy a menudo sobre su comportamiento en su casa y escuela fue otra forma de corroborar la generalización de lo aprendido en el consultorio al ambiente natural, y a E. le brindó la oportunidad de analizar su propia conducta y desarrollar esta habilidad.

B) Madre:

PROGRAMA 1: CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

Al inicio de la terapia la señora M. mostró interés en todo momento y fue muy participativa en las dinámicas propuestas para el primer objetivo. Se dió cuenta de que el principal problema en su familia es la relación disfuncional que mantiene con su esposo, los cuales son originados por la mala comunicación. Durante los ejemplos que mencionó la base del problema era la comunicación : exigencias irracionales (*"mi esposo trabaja de noche porque dice que tiene más pasaje"*-es chofer de microbús-, *"yo le pido que trabaje más temprano para que esté más tiempo con la familia"*), no saben cómo hablar (*"si mi*

esposo se enoja no quiere hablar, entonces yo tampoco") y discuten, adivinación de pensamiento ("cuando él se enoja se guisa solo, creo en ese momento que me odia").

En la exposición del segundo objetivo la señora estuvo atenta, y se mostró muy participativa. Después de analizar la relación con su hijo reconoció el hecho de que maltrataba psicológicamente a E. al decirle constantemente "flojo", "burro", "lento" y "no sirves para nada"; además le exigía mucho en cuanto a los quehaceres del hogar y a la escuela, le pedía que hiciera las cosas igual que su hermana mayor. La señora M. al darse cuenta de que esta situación era perjudicial para su hijo, propuso que ningún miembro de su familia (hija, esposo y ella) le dirían dichas palabras al niño. Esta situación de reconocimiento del problema facilitó el avance del programa de intervención. Menciona que su esposo no coopera con ella, pues el día que E. se fue el señor no le dijo nada. En las dinámicas cuyo objetivo era que la señora analizara el tipo de maltrato que recibe E. por parte de su familia: el esposo le pegaba y gritaba e l. lo "insultaba" diciéndole "flojo", "burro" y "lento". Para prevenir el maltrato mencionó que debía hablar con su esposo, si había alguna discusión con su pareja hacerlo a solas, no usando palabras insultantes cuando se refiere a sus hijos y en vez de gritarles explicarles las cosas.

Durante las dos primeras sesiones del objetivo 4 la señora se mostró cooperativa, y expresó que educaba a su hijo de una forma pasiva o agresiva, sin embargo en casa no aplicaba las técnicas enseñadas, pues ante la desobediencia del niño inmediatamente gritaba y se enojaba; y al intentar aplicar las técnicas, el niño hacía promesas de buen comportamiento las cuales no cumplía y enfurecía más a la señora. Además creía que al castigar al niño, éste la odiaría, al mismo tiempo que se sentía culpable por ello. Se le explicaron los pro y los contras de su forma de proceder, lo cual permitió que la señora fuera más segura en su forma de disciplinar a su hijo, empleando como premios darle dinero (reforzador material), dejarlo salir a jugar y ver televisión (reforzador mediante actividades), y decirle algo positivo sobre su comportamiento, "muy bien..." (reforzador social), en las situaciones en que E. cumplía sus obligaciones (tender su cama, recoger los

zapatos y juguetes) cuando se le pedía, cuando E. empezaba a hacer berrinches si algo no salía como él quería, cuando no quería bañarse.

Los aciertos que tuvimos en la intervención en este programa fueron el haberle explicado a la señora el papel del psicólogo cognoscitivo-conductual, lo cual le permitió el entendimiento de las actividades y de los ejercicios durante la intervención, pues las expectativas de la señora con respecto de la terapia influyeron en su conducta, la cual fue de compromiso ya que cuando una persona espera que suceda algo, se comportará de manera diferente a cuando tiene otro tipo de expectativas.

Asimismo fue muy acertado corroborar por medio de ejercicios, en vez de preguntas, ya que lo importante no era que supiera de memoria conceptos, pero sí que incorporara a su propia estructura cognoscitiva los elementos del modelo A-B-C. también fue importante el que las situaciones con las que evaluamos los objetivos formaban parte de la realidad de la señora, en especial cuando la hicimos analizar su propio caso de maltrato, lo cual realizó correctamente desde el principio permitiéndonos conocer un recurso que poseía, el cual fue muy significativo y útil para la intervención, y es su habilidad para discriminar los elementos relevantes de las situaciones, de ahí el por qué recurrimos insistentemente a ejercicios de análisis, para lograr que la señora perfeccionara su habilidad.

PROGRAMA 2: REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA

El objetivo 1 fue informativo educativo, y la señora mostró interés, pero al realizar la dinámica se le dificultó detectar el tipo de pensamiento irracional, los comportamientos, consecuencias y más aún las alternativas, por lo cual este ejercicio se siguió repitiendo a lo largo de las siguientes sesiones, incluyéndolo en los otros objetivos.

A lo largo de las sesiones del segundo objetivo se le pidió a la señora que ejemplificara y desarrollara situaciones reales siguiendo el modelo A-B-C, dificultándosele al principio el encontrar alternativas de pensamiento racional, pero conforme se practicaba y retroalimentaba adquirió habilidad en esto. Los pensamientos irracionales que la señora

identificó en sí misma fueron: sobregeneralización ("*E. nunca tiende la cama*", "*siempre se pelea con su hermana*"), culpabilidad (se sentía culpable y responsable de lo que le sucedía a los demás "*mi hija bajó de calificaciones y yo me siento culpable*", "*ésto tengo yo, me culpo de todo*"), razonamiento emocional ("*me siento mala de castigar a mis hijos*"), falacia de cambio ("*quiero que E. y mi esposo cambien rápido sus comportamientos para que nos llevemos bien*"), catastrofismo ("*todo he hecho mal*"), adivinación del pensamiento ("*E. me vió feo, y por eso me odia*"). El objetivo se cumplió porque la señora fue capaz de analizar los pensamientos irracionales y modificarlos por sí misma, siendo éste el criterio para decir que la señora posee habilidades cognoscitivas funcionales.

Las ideas irracionales que la señora identificó con relación a su esposo (que el señor la culpe de todo y ella tenga que aceptar las culpas, cuando realmente él es el culpable; que su esposo demuestre los cambios "ya"; que su esposo toma todo a broma, igual su hijo, y "*eso es una falta de respeto*") le fueron más fácil de analizar y de encontrar alternativas de pensamiento racional, sin embargo se le dificultó racionalizar el deseo de que su esposo cambiara rápidamente. Asimismo la señora adquirió habilidades para manejar las ideas irracionales que su esposo tiene hacia ella ("*ella tiene la culpa de los problemas*"; "*tú sólo sirves para alegar*"; "*trabaja ella por poco dinero, mejor que no trabaje*"; "*por trabajar descuida a los niños*"; "*ella empieza siempre las peleas*"), lo cual le permitió no enojarse como antes. Para ésto también le fue útil el trabajo realizado con ella con respecto al manejo del enojo y del estrés, los cuales no se habían incluido dentro del objetivo pero fueron necesarios llevarlos al cabo. A pesar del interés y la participación durante las sesiones, la señora mostró resistencia a realizar sus tareas a lo largo de este programa, aludiendo al poco o nulo tiempo que tenía para hacerlas.

En este programa lo acertado de nuestra intervención fue la constante evaluación de su forma de proceder, lo cual se hizo mediante ejercicios de análisis. Asimismo el haber iniciado con situaciones ajenas a su realidad para adquirir la habilidad y luego traspolarlo a situaciones reales, ya que desde el programa anterior detectamos dificultad para describir

sus pensamientos. El haber iniciado con situaciones reales pudo haber sido contraproducente, ya que es posible que la señora se hubiera desmotivado o sobreexigido, y posiblemente hubiese desertado de la terapia.

PROGRAMA 3: COMUNICACIÓN

El objetivo 1 fue informativo-educativo en la cual la señora se mostró interesada y participativa.

En la dinámica de "caras y gestos" la señora M. se mostró renuente a participar pues no le daba importancia a la comunicación no verbal (le sorprendió saber que todos hacen gestos a cada momento) conforme se le animó y retroalimentó la señora participó y reconoció que en algunas ocasiones es incongruente en lo que dice y hace, lo cual provoca malos entendidos y conflictos con sus hijos y su esposo. Aceptó que la comunicación no verbal es importante para reconocer las emociones de su familia, saber cuándo poder hablar con ellos y darse cuenta de lo que hace para expresarse mejor con los demás, y así cambiar la manera en que les contesta y prevenir discusiones. En esta sesión la señora no cumplió con su tarea diciendo que se había sentido mal (dolor de cabeza).

Con respecto a las tareas no cumplidas, Dryden y Ellis (1987) consideran que es debido a que los clientes, a pesar de que comprenden las tareas, no se sienten capaces de realizarlas, asimismo Ellis y Grieger (1990) mencionan que cuando los clientes se resisten a seguir los procedimientos terapéuticos y las tareas asignadas, lo hacen debido a sus cogniciones o creencias irracionales:

1. *"Debo hacerlo bien al cambiarme a mí mismo y soy un incompetente, un cliente incurable si no lo hago".*

2. *"Tú (el terapeuta y los demás) me debes ayudar a cambiar y serás una persona despreciable si no lo haces".*

3. *"El cambio de mí mismo debe ocurrir rápida y fácilmente y es horrible si no es así".*

Con estas creencias irracionales las personas que se resisten se sienten ansiosos, depresivos, coléricos y autocompasivos acerca del cambio, y estos sentimientos perturbados bloquean su fuerza para cambiar. Conductualmente abandonan, aplazan la decisión, permanecen inertes y sabotean sus autopromesas para cambiar.

Nosotras detectamos que las creencias irracionales que interferían con el cumplimiento de su tarea eran sobre el cambio "rápido" y "fácil", así como la de no poder cambiar sin la ayuda de su esposo. La forma en que manejamos estas ideas fue:

a) Identificar las cogniciones que subyacen a la resistencia.

b) Debatir las creencias irracionales que crean la resistencia: cambiar los pensamientos absolutistas y las exigencias por creencias que les ayuden a trabajar más que resistirse al cambio terapéutico.

c) Autoafirmaciones racionales y de enfrentamiento: enseñar a decirse a sí mismo frases racionales o de enfrentamiento, *"seguro que es duro trabajar para cambiar, pero es mucho más duro si no lo hago"*.

d) Referencias: enseñar al cliente hacer una lista de las desventajas de resistirse y de las ventajas de trabajar en terapia, y seguir regularmente revisando y pensando sobre la lista.

En las sesiones del tercer objetivo la señora analizó sus conductas verbales con su familia, detectando que suele dar mensajes largos, poco claros, y al hacer un comentario suele evaluar y controlar (dar órdenes y no pedir opinión) lo que los demás le dicen, esto es causa de malos entendidos, discusiones y enojos. Además no es asertiva como oyente ni como hablante (no parafrasea, no pregunta y no es empática), ante algún conflicto con su esposo la señora M. dice *"desquitarse con él"*, pues se acumula su enojo y quiere que él *"sienta lo que ella siente cuando la agreden"*. Al analizar esta situación reconoció como poco funcional esa forma de proceder pues sólo causa distanciamiento y consideró que era mejor decir lo que siente y piensa, sin insultar. En la segunda sesión la señora reportó tener dificultad para controlar su enojo con sus hijos, ya que a pesar de que el contenido de sus

mensajes es el adecuado la forma no, pues se enoja, no se controla y les grita. Al analizar ésto detectamos que no se daba el tiempo suficiente para relajarse, retroalimentándosele y pidiéndole practicara más cuando la situación lo requiriera.

Con respecto al objetivo 4 la parte teórica del objetivo se realizó en una sesión, reconociendo la señora que no es una persona asertiva, sino pasiva y agresiva. El análisis de las grabaciones de diversas situaciones (personas con conductas pasivas, agresivas y asertivas) se le facilitó, gracias a que en los objetivos anteriores fue desarrollando y perfeccionando su habilidad de análisis. Al hablar de los derechos humanos la señora mencionó que en la familia tiene derecho a *"decidir, hablar, ser feliz, reír y enojarse"*, dice no saber cuáles son sus derechos en el trabajo. Se le dejó leer una lista de derechos, de los cuales mencionó no conocer y/o difíciles de aplicar los siguientes: rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable, pensar antes de actuar, pedir lo que quiere, sabiendo que el otro tiene derecho a decir no, sentirse a gusto consigo misma, decidir si satisface las expectativas de otras personas y estar soía cuando así lo escoja.

Hasta el momento sigue manejando algunas ideas irracionales, en especial con respecto al cambio, ya que tiene expectativas irreales con respecto a éste, pues desea ver los cambios *"ya"*, asimismo sigue manejando la idea de *"desquitarse"* de su esposo, para lo cual realizamos un análisis de las ventajas y desventajas que ésto conlleva, quedándole claro que no es funcional esta conducta, y que como alternativas tiene: hablar lo que siente, lo que piensa, respetar los derechos, no insultar, no gritar, lo cual la haría sentir bien, tendría acercamiento con su pareja y una comunicación funcional.

Se le dejó de tarea aplicar en casa lo que aprendía en las sesiones, reportando llevar al cabo conductas funcionales de comunicación con sus hijos y su esposo, y sentirse *"con más confianza al hablarles y me siento mejor"*..*"sé explicar lo que quiero"*. Sin embargo menciona que a veces se queda callada, por no saber qué decir, sentirse nerviosa o hablar con volúmen bajo.

La señora M. reporta no ser cariñosa con sus hijos, pues le da pena acercárseles (*"soy seca con los niños, no me gusta bromear con ellos"*) y teme ser rechazada. En los ensayos conductuales fue asertiva en las situaciones de desacuerdo, negarse, agradecimiento, pedir ayuda, acuerdo, aceptar críticas. Las situaciones en que no mostró asertividad fueron:

Afecto: menciona que le cuesta trabajo decir cosas positivas a su familia *"no me nace ser cariñosa"*, así como no estar acostumbrada a hacerlo, sin embargo está conciente de que está aprendiendo a demostrar su afecto, y que por lo tanto irá dándose paulatinamente en la realidad con su familia. Al ser retroalimentada y volver a practicar olvidaba qué decir. Después de ensayar en diferentes momentos esta situación fue adquiriendo habilidades asertivas.

Entre las situaciones de afecto, la que más se le dificultó fue en la que debía felicitar a su esposo por su aniversario de bodas, mencionando que le cuesta trabajo pensar ser cariñosa con él en esa fecha, sin embargo al final lo logró -después de algunos días volvimos a ensayar la misma situación- puesto que había tenido cambios con su pareja: el señor le contesta lo que ella le pregunta, le explica lo que no entiende, le tiene más paciencia, así como ha notado los cambios de la señora, quien en vez de recibirlo con cosas negativas como solía hacerlo (le reclamaba con coraje, le reprochaba, lo ignoraba) a la fecha había empezado a recibirlo de forma positiva (hacía más comentarios como el preguntarle cómo le fue, tenía más atenciones con él como ayudarlo, preocuparse por él e interesarse en lo que hace y era más cariñosa con él pues lo recibía con un abrazo).

Conflicto: Dice que se le dificulta reaccionar asertivamente ante agresiones de otros, y que ella responde también con agresión. Se le dificulta ser asertiva con su esposo pues ante su asertividad él suele quedarse callado, aceptar o seguir agrediendo. Menciona que al estar enojada con sus hijos recuerda que debe controlarse, pero le da *"pena"* cambiar, pues cree que no la tomarían en serio.

Disculpa: Al principio se negó a realizar los ensayos. En la situación de disculpa actúa en forma pasiva y expresó que se sentía nerviosa y no estar acostumbrada a pedir disculpas. Después de ser retroalimentada y animada logró realizar los ensayos de forma asertiva.

En las sesiones de ensayos conductuales se empleó la videocámara, ambas situaciones al final fueron rechazadas por la señora, sin embargo al pedirle diera otra propuesta "no se le ocurrió" ninguna otra opción, llegándose al acuerdo de seguir ejecutando los ensayos conductuales con la videocámara hasta que ésta no fuera ya necesaria (cuando la señora hubiera desarrollado y perfeccionado habilidades de autoanálisis), lo cual se dió en dos sesiones posteriores.

La señora M. siguió teniendo dificultad para manejar su enojo, como se mencionó anteriormente su problema era el no darse el tiempo necesario para lograr relajarse, por lo cual se le dió una intervención al respecto, en la cual se le enseñó a relajarse empleando un cassette con música de fondo. Se le facilitó el material (cassette con música) para practicar la relajación en su casa, en las situaciones de conflicto familiar, de las cuales encontramos que se agudizaban en la época de vacaciones escolares de sus hijos, así como en situaciones de crisis económica y cuando ella tenía exceso de trabajo.

La señora M. respondía con agresión o con pasividad ante las agresiones verbales de las personas. Ante los extraños era pasiva, pues no se defendía, y con su esposo era agresiva. Habiendo cumplido la tarea de leer el tema y analizándola en la sesión, llegó a la conclusión de que ante una situación de conflicto lo más adecuado era responder asertivamente: defender sus derechos, y decir lo que pensaba y sentía en ese momento, sin transgredir los derechos de los demás.

Asimismo la señora adquirió habilidades para iniciar, mantener y terminar una conversación, ya que carecía de relaciones sociales, lo cual se debía al hecho de no poseer habilidades para entablar una relación (ella mencionaba no saber qué decir cuando se encontraba en un grupo de señoras, generalmente en la escuela de sus hijos). Para ello se

hicieron ensayos conductuales en los que tuvo un comportamiento asertivo de acuerdo a lo leído, mostrándose participativa.

Al poner en práctica los conocimientos adquiridos en el objetivo 6 la señora M. mencionó que se le dificultaba poder organizar sus actividades, pues decía tener muchas cosas que hacer (la comida, limpieza del hogar, su trabajo manual, y atender a los niños), y decía no tener tiempo ni para ella misma. Al analizar las ventajas y desventajas de la organización y de la no organización, la señora optó por planificarse para poder realizar todo lo que deseaba, incluyendo actividades para ella misma y con sus hijos.

En las sesiones del objetivo 7 la señora mostró dificultad para reconocer sus propias cualidades, ya que decía no tener ninguna, no ser bonita, no tener bonito cuerpo, no ser una buena persona y además ser enojona. Expresó no quererse, no importarle su vida, no interesarle a nadie y olvidarse de ella. Conforme se realizaron las dinámicas le fue más sencillo describir y aceptar sus cualidades. El resultado del inventario del concepto de sí mismo demostró que la señora mejoró su autoconcepto en dos de las ocho áreas, la de desempeño laboral y la de desempeño de las tareas cotidianas. Sin embargo dicho resultado no se considera muy confiable, ya que a lo largo de la intervención con la señora ésta demostraba tener mayor confianza y seguridad en sus conductas, y ella misma lo expresaba.

Los aciertos en esta intervención fueron el uso de la videocámara durante los ensayos conductuales, lo que permitió la adquisición de la habilidad de autoanálisis, por medio de la retroalimentación visual, complementada con la hecha por nosotras. Esta habilidad se fue perfeccionando gradualmente gracias a la práctica constante en su hogar, hasta llegar al momento de no requerir de medios externos (videgrabadora) para analizarse.

El uso de los reforzadores sociales influyó positivamente en el avance de la terapia, motivando a la señora a seguir trabajando con nosotras. Los reforzadores que empleamos fueron felicitaciones constantes de sus logros y motivarla para seguir adelante.

A lo largo de la intervención le facilitamos copias del material empleado en cada sesión (esquemas de trabajo), con el fin de recurrir a él en caso de tener alguna duda, y para compartirlo con su familia uniéndolos en una misma actividad: no sólo el leer, sino el entender y aprender aspectos de la terapia a los que solamente la señora M. y su hijo E. tenían acceso.

Fueron importantes las tareas que dejamos a la señora, ya que estas consolidaban lo aprendido durante las sesiones, asimismo fueron una herramienta útil para que la señora practicara sus habilidades en los períodos de vacaciones, favoreciendo la continuidad del tratamiento.

C) Diada:

En el transcurso de las sesiones del trabajo con la diada empleamos ensayos conductuales, en los que la señora demostró sus habilidades asertivas, mientras E. se comportó muy pasivo, incitando a que la señora lo apoyara y animara, lo cual logró. Al retroalimentarse ambos fueron asertivos y cariñosos, ya que al final de los ensayos se abrazaron.

Un ensayo fue que E. le pidió a su mamá no estudiar diario, sólo dos veces a la semana. Esta situación fue primeramente ensayada con las terapeutas, y posteriormente se hizo pasar a la madre para que E. le expresara su deseo. Se requirieron de dos ensayos con nosotras para que E. perfeccionara su ejecución, ya que en el primer ensayo no mantenía contacto ocular, tartamudeaba, veía al piso y se movía mucho en su asiento no logrando así su objetivo, después de la retroalimentación dada por nosotras y por él mismo, en el segundo ensayo mejoró los errores antes cometidos y se consideró que su ejecución cumplía con los requisitos necesarios para hacerlo directamente con su madre, con quien mostró conductas verbales y no verbales asertivas, excepto el tono de voz, el cual fue quejumbroso, volúmen bajo y el moverse mucho cuando su mamá le hablaba; la señora se mostró asertiva. Al principio la señora no aceptaba la propuesta de su hijo, debido a que él

acostumbra prometer pero no cumplir las cosas, sin embargo llegaron a un acuerdo, en el que él ofreció estudiar dos días sin la necesidad de que su madre se lo recordara, cuando la mamá aceptó E. se acercó a ella, la abrazó y la besó a la vez que le dijo "*gracias, mamá*", la señora respondió de igual forma. Al final de la sesión ambos se calificaron como asertivos, aunque E. reconoció las fallas que tuvo; al principio se sintieron un poco nerviosos, lo cual disminuyó con el diálogo.

Otra situación de trabajo con la diada fue en la que ambos escribieron una lista de sus emociones ante diferentes situaciones y la percepción y expectativa con respecto al otro, lo cual tuvieron que expresarlo verbalmente uno enfrente del otro. La señora tuvo una ejecución asertiva en todo momento, supo continuar con la conversación cuando E. se quedaba callado, incluso lo alentaba a continuar hablando, también preguntaba a su hijo cuando tenía alguna duda, asimismo fue capaz de reconocer errores y pedirle disculpas a su hijo cuando éste se quejó por el trato diferencial que existe al dar castigos a su hermana I. y a él, ya que dijo que a su hermana la dejan salir y a él no aunque ambos hayan hecho algo malo. La señora expresó "*me sentí tranquila, sin nervios, ni miedos y dije lo que sentía*". Nosotras la retroalimentamos y la felicitamos por su buena ejecución.

Durante el ensayo, E. se mostró nervioso pues se movía constantemente en su silla, mordía su sueter, se agachaba viendo el piso, se quedaba callado cuando era su turno para hablar y reía, su mamá le pedía que se sentara correctamente y que hablara más fuerte, esto permitió que E. fuera asertivo, diciendo lo que pensaba, lo que le agradaba y lo que no le parecía justo. En algunas ocasiones se dirigía a nosotras para preguntarnos qué podía decir, a lo cual respondíamos que dijera lo que sentía y pensaba respecto a lo que en ese momento hablaran. Al final E. mencionó que se le dificultó "*encontrar las palabras para decir lo que quería*", dijo no haberse sentido nervioso. Al final del ejercicio la señora tomó de la mano a su hijo.

Consideramos que nuestro papel como terapeutas fue acertado al darle libertad a E. para que eligiera la situación que quería comentar con su mamá, al emplear la

retroalimentación al final de cada ensayo y al no ser tan directivas durante los ensayos, permitiendo y dando libertad a la diada de actuar y solucionar ellos mismos los problemas, poniendo en práctica así lo aprendido. En el análisis de las sesiones de la diada pudimos corroborar las habilidades con las que contaba cada uno, así encontramos que la señora M. ha perfeccionado su habilidad para comunicarse asertivamente, mientras que E. se mostró menos asertivo cuando su madre estaba presente que en el trabajo individual, no obstante el manejo de la madre con respecto a la inasertividad de E. fue el adecuado y consideramos que es suficiente para que manejen una dinámica familiar funcional una vez concluida la intervención psicológica.

Cabe mencionar que la diada acostumbraba a llegar a la clínica separados y sin comunicarse entre ellos, y de igual forma cuando terminaban las sesiones. Posteriormente propiciamos un acercamiento de forma muy directiva: "*¡...pláticale a tu mamá lo que hicimos!*", etc. Aproximadamente unos cinco meses después observamos que ambos llegaban tomados de la mano o en su defecto -si E. iba jugando o corriendo- se veían para comentar algo, y al partir E. se acercaba a su mamá y ambos empezaban a platicar de la terapia, a veces E. le contaba por sí mismo y otras la mamá le preguntaba. Consideramos que este cambio es reflejo de los logros obtenidos en la terapia, lo cual nos retroalimenta sobre los avances que hemos alcanzado, y que como esta situación es muy probable que otras sean igualmente positivas.

C) Análisis de la tercera fase: Post-Evaluación

En esta tercera y penúltima fase (post-evaluación) se emplearon cinco sesiones para aplicar entrevistas y cuestionarios, de los cuales se obtuvo lo siguiente:

a) Niño:

Adquirió conocimientos del problema del maltrato infantil, así como adquirió habilidades para prevenirlo. Con respecto a la problemática familiar e individual reportada al inicio (primera fase: evaluación) logró los objetivos planteados, básicamente en cuanto a la habilidad de asertividad adquirida por los miembros de su familia (padre, madre, él mismo,

excepto su hermana): su familia tiene mejor comunicación, asimismo describe a todos (excepto su hermana) como más asertivos, las discusiones entre sus padres y dentro de la familia disminuyeron notablemente, él se considera menos "enojón", su hermana no lo insulta, y todos estos cambios permiten mayor convivencia familiar.

Con respecto al conocimiento de sí mismo se describe como un niño asertivo, y así se ve en el futuro; ya cuenta con la habilidad para describir y expresar sus sentimientos, gustos y las cosas y situaciones que le hacen experimentar esos sentimientos. Acepta en sí mismo cualidades y habilidades que antes creía no tener: se considera hábil para inventar cosas, construir casitas y dibujar. Cuando las cosas no salen como él esperaba, en vez de enojarse, como lo hacía anteriormente, analiza en qué estuvo mal y busca una solución más funcional. Actualmente se percibe con cualidades similares respecto a su familia, pues considera que todos son más asertivos. Por lo que el sentimiento de rechazo y falta de cariño paterna no se encuentra ya presente.

En el área de comunicación se observó, como se mencionó anteriormente, que adquirió habilidades de asertividad y solución de problemas, las cuales actualmente no se presentan en todas las situaciones, son habilidades que con la práctica irá perfeccionando.

Los conflictos y desajustes en sus relaciones familiares ya se superaron, así lo reporta con respecto a sus padres, sin embargo no han mejorado con su hermana, ya que la describe como poco asertiva y poco dispuesta al diálogo.

b) Madre:

Se encontró que maneja una información más completa sobre el maltrato infantil, así como del desarrollo de los niños lo cual le permite saber cómo educar a sus hijos (ya no tiene expectativas irreales con respecto a ellos, por lo que no les exige más allá de sus capacidades). Con su pareja son poco frecuentes los problemas, y cuando éstos se presentan sabe manejar la situación; a este cambio contribuyó mucho que su esposo es más paciente, le muestra interés en sus cosas, suele disculparse por alguna discusión y es capaz de expresar sus pensamientos.

Con respecto a las metas establecidas al inicio de la terapia, logró los cambios deseados: ya trabaja y ayuda a su familia; dice lo que siente y lo que piensa; es más cariñosa con su familia especialmente con su esposo, ya que han incrementado la expresión de conductas afectivas tales como acariciarse de forma cariñosa, abrazarse, besarse, sonreírse, hacerse cosquillas, casi siempre se animan cuando lo necesitan y se saludan al verse; sabe dar órdenes a sus hijos, en situaciones de desesperación se relaja y piensa lo que va a decir, y en vez de gritarles les explica. Por todo esto ya no tiene sentimientos de culpa, pues le queda claro que uno mismo es responsable solamente de sus emociones, pensamientos y conductas.

Se observó que las metas familiares también fueron alcanzadas, ya que son más organizados, alegres y unidos, lo que facilita la comunicación y comprensión. La señora M. reporta que los cambios fueron logrados con apoyo de su familia, quienes la escucharon y entendieron cuando ella lo necesitó. Menciona que su hijo es asertivo y cariñoso, inteligente, y se siente satisfecha con él. Actualmente en su familia la problemática gira en rededor de su hija, quien está en una etapa de rebeldía, agresividad y poca disposición para cooperar en el cambio familiar.

En el área de autoestima se considera una buena madre, una persona útil y capaz de hacer algo por ella y su familia; se acepta a sí misma; y en vez de aceptar busca alternativas a las situaciones que no le gustan.

En el área de relaciones interpersonales ha logrado reconocer que ya posee conocimientos para establecer, mantener y terminar conversaciones, sin embargo las ha puesto en práctica solamente en el ámbito familiar y escolar, permaneciendo aislada del contacto con amistades.

Cognoscitivamente aún presenta ideas irracionales, aunque solamente en relación a las exigencias hacia sí misma: *"es muy importante que otros me aprueben"*, *"es necesario triunfar en lo que hago"*, *"es importante tener éxito en todo lo que hago"*, *"necesito la aprobación de los demás"*, *"me molesta muchísimo cometer errores"*, *"siento que yo*

debería manejar las cosas en la forma correcta" . Sin embargo, actualmente es capaz de analizar estas ideas y modificarlas.

Como se ha venido mencionando, en el área de comunicación se lograron las metas planteadas: es una persona asertiva, con habilidades para solucionar problemas. Sin embargo, debido a las altas exigencias a sí misma reacciona agresivamente ante las críticas de los demás, pero ya es consciente de ello y tiene como objetivo mejorar esta situación.

Una de las cosas que más se le ha dificultado a la señora M. es el lograr controlar su enojo, ya que aunque posee los conocimientos para controlarse aún le cuesta trabajo tranquilizarse y se enoja con facilidad.

Con base en todo lo anterior consideramos que se lograron los objetivos planteados tanto por parte de la señora M. y el niño E., como por parte de las terapeutas. Por lo tanto se llegó a la decisión de dar por terminada la intervención psicológica que se vino dando a lo largo de un año de trabajo, ya que se consideró que tanto la señora como su hijo contaban con los conocimientos y las habilidades básicas para salir adelante en futuros problemas que se les presentaran, siendo poco funcional el seguir alargando la terapia, y creando dependencia con respecto a las terapeutas.

4.4. SEGUIMIENTO

La primera sesión de seguimiento se realizó después de un mes de haber dada por terminada la terapia. Se trabajó con la diada y observamos lo siguiente:

a) Niño:

Durante la entrevista E. se mostró tímido (no miraba a los ojos, estaba agachado con la cabeza entre las piernas y balanceándose), en el transcurso de la sesión fue gradualmente dejando de actuar tímidamente y siendo más funcional. Consideramos que esta timidez es una actitud característica del niño, ya que desde un inicio de la terapia mostró las mismas actitudes, las cuales disminuían conforme se adaptaba a la situación, sin embargo el período de dicha adaptación era muy prolongado en las primeras sesiones,

a diferencia de estas últimas, en las que lograba adaptarse en un tiempo corto a la situación, observando cambios cualitativos en su comportamiento (mirarnos a los ojos, no agacharse, ni jugar con las manos).

Dice ser más asertivo con sus padres, pero se le dificulta serlo con su hermana, pues con ella se enoja fácilmente y le es difícil controlarse, en esas situaciones recibe ayuda de su mamá, quien le dice las otras opciones de comportamiento. Esta situación (ser retroalimentado por su madre) en ocasiones le es desagradable, ya que menciona que no le gusta le repitan las cosas que él ya sabe, aunque se da cuenta de que a pesar de saberlo no lo aplica en ese momento. Así pues dice que sí quiere seguir aplicando y mejorando su ejecución, y que está de acuerdo en que su mamá lo ayude sin causarle malestar.

Respecto a la escuela dice ir bien y que no le cuesta trabajo estudiar ni realizar su tarea, que él solo realiza sus tareas y que obtuvo buenas calificaciones al final del año escolar.

A lo largo de la sesión lo retroalimentamos y le animamos a seguir así, y se le instó a practicar y aplicar sus conocimientos con su hermana, específicamente que ante su enojo se relaje y busque opciones funcionales antes de responder con agresión e impulsividad. También se le pidió a la señora retroalimentara a su hijo, respondiendo de forma positiva y asertiva.

b) Madre:

La señora M. reporta ser una persona positiva ya que ante los problemas familiares dice aplicar sus habilidades, lo cual le ha funcionado, pues considera que su familia es más asertiva y ha obtenido mayor colaboración por parte de su esposo para los quehaceres domésticos. Ante situaciones de estrés suele desesperarse y enojarse, algunas ocasiones recurre a la relajación y a los pensamientos positivos (animarse: "*se puede cambiar*", "*yo puedo lograrlo*"), pero en otras dice que se le dificulta controlarse, sin embargo ella sabe lo que tiene que hacer para mejorar y siempre intenta llevarlo al cabo, aunque no siempre

funcione, y sobre todo está consciente de que es un proceso que lleva tiempo y que requiere de su práctica constante para que sea eficaz.

Dimos retroalimentación a la señora en lo que decía (se le pidió a su hijo también lo hiciera), se le recordó la importancia del manejo de la relajación y organización de las actividades del hogar y del tiempo libre. Asimismo se le felicitó por continuar aplicando las habilidades adquiridas en la terapia, y se le animó para que continuara así.

La segunda sesión de seguimiento se dió dos meses después de la primera. las observaciones que realizamos son las siguientes:

a) Niño:

Al inicio de la sesión se mostró tímido (no habla y no mantiene el contacto visual con las terapeutas), en el transcurso de la sesión se muestra más participativo y atento. Reporta que es asertivo pero que con su hermana sigue sin lograr mejorar, pues pelean constantemente. Dice que ha estado muy inquieto (juguetea mucho) y no cumple con lo que promete (como hablar de lo que siente), que casi no ha estudiado y que se enoja cuando le hablan de forma agresiva. cabe señalar que estos dos últimos meses es el período más largo de vacaciones, y que como hace un año, es en este período en el que detectamos más crisis en la familia, y en esta ocasión no fue la excepción. Sin embargo la diferencia de hace un año radica en que están conscientes de la situación y que ya saben cómo resolverla, aunque hay situaciones específicas en las que el manejo de sus habilidades no es el adecuado o simplemente no intentan aplicarlas.

b) Madre:

En el transcurso de la entrevista la señora se comporta asertivamente. Reporta estar en general bien su situación familiar, sin embargo le ha costado trabajo controlar a su hijo, ya que está muy inquieto y pelea mucho con su hermana, así como no obedece y se enoja. Ella se siente muy estresada pues su trabajo aumentó en este periodo vacacional, así que no tiene tiempo suficiente para sus hijos, dice no haber salido con ellos más de dos veces. Con su marido ha tenido fricciones y ha optado por callarse porque le da resultado. se le

hizo ver que no está aplicando sus habilidades, que lo que ella hace le da resultado a corto tiempo pero a la larga le ocasiona mayor estrés, por lo tanto no es funcional y se le conscientiza para aplicar en todo momento sus conocimientos, en especial que practique junto con su hijo el manejo del enojo, y con su pareja que busque el momento adecuado para hablar. Asimismo que organice sus actividades y dedique mayor tiempo a sus hijos. A pesar de que la señora está en un período de crisis demostró con su conducta tener la capacidad suficiente para manejar la situación.

Con esto dimos por concluida la segunda y última sesión de seguimiento, invitando a la señora para comunicarse con nosotras cuando ella se encontrara en alguna situación difícil de controlar. Se consideró importante dar por terminada la terapia en este momento dadas las características que presentó la diada, ya que aunque no se manejen asertivamente en todo momento ambos son capaces de resolver sus problemas si trabajan en conjunto.

Como psicólogas el éxito de la terapia se debió a los siguientes puntos:

La terapia cognoscitivo-conductual permitió establecer una relación de trabajo en colaboración entre el cliente (la señora y el niño) y las terapeutas. Esta relación de colaboración implicó que tanto la señora M. y su hijo E., como las terapeutas, participáramos en la formulación del problema y el establecimiento de los objetivos terapéuticos. Esto se logró inicialmente en la fase de recolección de datos (registrar la historia, responder a entrevistas, resolver cuestionarios, autorregistrar conductas) donde la participación de ambos les permitió ser observadores de su propia conducta, lo cual fue útil porque percibieron datos relevantes que pasaban por alto o no les daban importancia, desarrollando de esta forma una visión diferenciada de sus problemas, ya que una premisa de la terapia cognoscitiva conductual es *"para cambiar la conducta inadaptada, el cliente, primero debe darse cuenta de su ocurrencia y luego interrumpirla"* (Meichenbaum, en Linn y Garske, 1988, pág. 341).

Lo anterior también facilitó que la señora asumiera la responsabilidad del proceso de cambio, así como tomar conciencia de que los propios sentimientos, pensamientos y conductas influyen en los problemas presentes, siendo éste el primer objetivo de la terapia cognoscitivo-conductual (Meichenbaum, op. cit.).

La aplicación de las técnicas de la terapia cognoscitivo-conductual permitió cumplir con los objetivos propuestos, asimismo las tareas para el hogar fomentaron la continuidad entre las sesiones, estimularon tanto a la señora M. como al niño E. a aumentar la iniciativa personal en su propio tratamiento e incrementar su habilidad para utilizar las técnicas aprendidas.

Como terapeutas proporcionamos asesoramiento, ofrecimos ejercicios específicos de entrenamiento, corregimos equivocaciones, intentamos modificar estilos de conducta y de pensamiento erróneos (disfuncionales), proporcionamos información actualizada, demostramos interés, apoyo y aliento, pero la mayor parte de las responsabilidades recayeron sobre la señora M. y el niño E., quienes practicaron lo aprendido en las sesiones, cumpliendo así con el enfoque de Lazarus y Fag (1982, en Linn y Garske, 1988) de que la terapia cognoscitivo-conductual es un modelo esencialmente educativo.

Los objetivos propuestos para cada programa de intervención tanto para la señora M. como para el niño E., se pudieron lograr gracias a la terapia cognoscitivo-conductual, la cual permitió que las intervenciones fueran activas, de tiempo limitado y estructuradas. Esta terapia está diseñada para ayudar al cliente a definir sus problemas en términos de problemas resolubles; que corrija las conceptualizaciones distorsionadas e inadecuadas y las creencias irracionales; examinar los efectos de éstas a través de tareas específicas y ensayos conductuales; inducir al cambio cognitivo, emocional y conductual, y por último se centra en la consolidación, generalización y el mantenimiento de los cambios logrados.

Otra forma fue anticipar y preparar tanto a la señora como a su hijo, para posibles recaídas o fracasos que pueden encontrarse a lo largo de la terapia, ya que la mayor parte de los problemas que enfrentaron pueden volver a ocurrir, tales como conflictos entre la

señora y su esposo, peleas entre E. y su hermana I., berrinches de E. Aún cuando la terapia concluyó, es probable que en alguna medida vuelvan a tener problemas. Consideramos que la probabilidad de que ambos tengan recaídas se redujo al identificar con anticipación las situaciones que fueron de alto riesgo en cuanto a la aparición de un conflicto futuro, y al desarrollar habilidades de afrontamiento en ambos para hacer frente a tales situaciones y darles solución ellos mismos.

Consideramos que otro punto importante en el éxito de la terapia se debió a que decidimos comenzar a trabajar por los problemas que fueron "más fáciles de resolver", lo cual permitió que tanto la señora M. como E. se comprometieran en la terapia, ya que al ver sus primeros cambios se demostraron a sí mismos que podían enfrentarse a problemas de mayor dificultad.

Asimismo se trabajó en un solo problema antes de pasar a otro diferente, siendo el criterio el que cumplieran con los requisitos establecidos lo cual los preparó para solucionar por sí mismos problemas que aún quedaran o pudieran presentarse en el futuro.

A lo largo de la terapia nos enfrentamos a diferentes obstáculos, como fueron la poca disponibilidad del señor para asistir a la terapia debido a su situación laboral. De igual forma no se pudo contar con la participación de la hija I., quien también participaba en la agresión de E. A través de la señora se logró que I. dejara de agredir a su hermano.

Otro obstáculo que se presentó al inicio de la terapia fue la falta de recursos económicos por parte de los clientes, lo cual ocasionaba constantes faltas a las sesiones, sin embargo esto se solucionó apoyando con una beca económica (la cual excentaba de pagos) a la familia.

También en nuestra labor nos encontramos con el problema de la resistencia de la señora a hacer sus tareas y la idea de que el cambio sólo se conseguiría con el cambio del esposo.

CONCLUSIONES

A través de la investigación documental efectuada por las autoras se encontró que el problema del maltrato ha sido estudiado bajo los enfoques médico y legal, ubicando el problema en función de la víctima como tal y del que maltrata como merecedor de un castigo de tipo penal, quedando la rehabilitación psicológica en casos aislados, es decir, el tratamiento dirigido hacia la adquisición de nuevos patrones de conducta tanto en víctimas como victimarios para romper el ciclo de la violencia es más la excepción que la regla, ya sea por la falta de interés de los agresores, o por no ser un requisito legal, asimismo la prevención del maltrato ha sido relegada al último lugar. ¿Por qué esperamos a corregir cuando es posible evitar?

El maltrato infantil es un tema que dadas algunas características específicas puede ser abordado en otros o desde otros fenómenos sociales, por lo cual este trabajo puede ampliar el constructo teórico de problemas tales como: la violencia intrafamiliar, las familias desorganizadas o caóticas, la desintegración familiar, tipos de vinculación física y emocional, tipo de comunicación, roles, etc. No obstante habrán otros tipos de maltrato, como el escolar, el cual permita otro amplio espectro de posibilidades, tales como la violencia institucional, sistemas educativos en México, etc.

La primer limitante que nos encontramos en el abordaje del tema "*el maltrato infantil*" es lo controvertido del mismo, tanto en su aspecto teórico como en el práctico. En lo teórico hemos mencionado lo importante que es la clarificación de los conceptos, ya que las definiciones planteadas son aún tentativas.

La definición propuesta por nosotras al inicio de la tesis posibilita una comprensión íntegra del maltrato infantil, debido a que se refiere al niño maltratado, y no hacia un grupo de síntomas médicos de una enfermedad (síndrome), se mencionan las conductas, las cuales pueden ser acciones u omisiones que son dañinas para el niño. La definición incluye la forma en que se dá el maltrato, la cual es intencional, puesto que la persona que agrede

lo hace a voluntad, y se clarifica quiénes son los posibles agresores (padres, cuidadores, u otra persona, que puede ser adulto o menor), también se dice que los actos pueden ocasionar daños físicos y/o psicológicos.

Consideramos importante resaltar el hecho de que autores como Kempe (1985) mencionan el maltrato por parte de otro menor (generalmente los hermanos), no han sido considerados como agresores en las definiciones más conocidas actualmente, por ello nosotras decidimos retomar este punto en nuestra definición, porque es evidente que los niños suelen ser muy "cruels" con sus semejantes, y no podemos ignorar tal hecho, pues del conocimiento parte la acción, y si aceptamos que los niños también maltratan a otros niños nos comprometemos a buscar estrategias para educarlos hacia un trato con igualdad, respeto y dignidad.

Asimismo pudimos percatarnos de que no existen conceptos específicos para el área de la salud mental, todo tiene relación con conceptos médicos, poco útiles para explicar problemas psicológicos, ya que de entrada no hablamos de enfermedades, sino de trastornos emocionales, de conducta, académicos, los cuales conforman el área de la psicología. No obstante recurrimos a los conceptos médicos en cuanto a salud se refiere, ya que enfocándonos a la salud integral del individuo ésta se puede especificar en dos áreas: la salud física, la que le corresponde al área de la medicina y la salud mental, la que le corresponde al área de la psicología, sin embargo los libros de salud tienen un enfoque médico, por lo cual es importante que como psicólogos empecemos a realizar propuestas conceptuales específicas para nuestra área, y no tener que recurrir al empleo de conceptos no propios para explicar los problemas que como psicólogos nos conciernen.

En cuanto a la práctica un primer obstáculo es la detección oportuna, ya que el maltrato, en la mayoría de las veces es encubierto, y sólo se evidencia cuando un síntoma se complica y pone en riesgo la vida del pequeño, como cuando existe una lesión que requiere atención médica (en el maltrato físico), o en una situación extrema en la que el pequeño presenta alguna conducta que sale del control paterno afectando la dinámica

familiar, escolar y social (maltrato psicológico), como fue el caso descrito en nuestro trabajo.

Asimismo el maltrato es ocultado por los propios niños pues temen a las represalias que sus agresores tomen contra ellos, o por temer perder el cariño de esa persona, que a pesar de maltratarlo es una figura muy importante para él. No obstante hay niños que no permiten que la agresión continúe y buscan otras salidas, entre ellas una que constituye otra problemática creciente en nuestra sociedad es el huir de la casa, pasando de ser un menor maltratado en el hogar a ser un niño maltratado en la calle.

Un riesgo que puede correrse en este tipo de trabajo es el encasillar un problema dándole característica de individual, cuando puede hacerse una intervención más ambiciosa y funcional con la familia, sin embargo la familia suele resistirse y no acceder al tratamiento psicológico, por razones diversas, entre ellas puede existir la negación, el desinterés, la desinformación, y por lo general existe el pretexto de *"no tengo tiempo..."*, *"es que mi trabajo..."*, etc. Es por ello que debemos crear leyes que promuevan la asistencia del agresor a la terapia psicológica, en vez de centrarse en leyes condenatorias que propician el encubrimiento del problema, y de conocerse éste la desintegración familiar, tal como lo menciona Pineda (1996). No hay que olvidar también los casos en que el maltrato no es cometido por algún familiar, sino por un maestro, vecino, etc.. En estos casos es más difícil contar con la presencia del agresor en la terapia, por ello es indispensable antes que nada separar al niño de esa persona, involucrarlo en una terapia individual y al mismo tiempo iniciar las demandas en contra del agresor, lo cual se puede hacer creando conciencia civil para demandar al agresor.

Culturalmente la aceptación de la violencia en los métodos de crianza, conforma las actitudes de agresión en los niños, e influye en sus vidas de adultos y en el trato de sus propias familias. Cabe mencionar que, aunque el castigo es una técnica empleada en la terapia conductual para decrementar conductas inadaptables, es poco eficaz para

mantener conductas deseadas a largo plazo, de ahí que en nuestra sociedad al emplear el castigo se incremente gradualmente éste por su ineffectividad.

El maltrato psicológico además de ser el más difícil de detectar, es el que se da con mayor facilidad ¿acaso no, nosotros mismos, en alguna ocasión hemos etiquetado a alguien devaluatoriamente?. Debemos esperar que si los niños son tratados con respeto, crecerán respetándose a sí mismos, y a la vez aprenderán a respetar a sus propios hijos. Y no basta con limitarnos a decirles que recurrir a la agresión física y verbal es inaceptable, es necesario proporcionarles estrategias alternativas para resolver conflictos. Y es aquí cuando se plantea la necesidad de un trabajo multidisciplinario, interdisciplinario y/o desprofesionalización. Ya que cuando haya una mayor conciencia del problema, tanto pública como profesional, habrá más acciones conjuntas, y la probabilidad de reducir el maltrato infantil será mayor.

El fenómeno del maltrato infantil es un tema que en prevención primaria es factible de llevar al cabo en el plano informativo-educativo desde el nivel preescolar, para crear conciencia (carácter formativo) en las personas desde su infancia, para adiestrarlos en habilidades de prevención. Realmente no existe una educación para la salud en nuestro país, poca gente adulta se preocupa porque sus hijos asistan a cursos, talleres, etc., que les brindan un crecimiento personal, menos aún asistirían ellos mismos.

Es importante crear una conciencia social ante los problemas sociales que vivimos, como es el maltrato al menor, y una forma factible de lograrlo es iniciando por la escuela: es importante que el sistema educativo se preocupe por fomentar una cultura hacia la salud mental, para ello es necesario que se revisen los planes de estudio para que éstos incluyan materias que contribuyan a un crecimiento personal, en donde se retomen temas como el desarrollo humano, sexualidad, autoestima, asertividad, familia, entre otros, para así mejorar las condiciones de vida y evitar la presencia de factores de riesgo que probabilizan dichos problemas sociales, ya que con una mejor preparación los niños desarrollarán valores y hábitos que necesitarán para enfrentarse de manera adecuada y funcional en el

mundo que les rodea, rompiendo con influencias negativas y poder reducir el maltrato en generaciones futuras.

Con respecto a la prevención secundaria es importante resaltar el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario. En México es poco frecuente el trabajo multidisciplinario, este nivel de trabajo se realiza más a un nivel de interconsulta, en el que pedimos ayuda a otro(s) profesionalista(s) pero nunca sabemos qué hicieron ni cómo lo hicieron, lo cual no enriquece nuestra labor ni beneficia al niño, y muchas veces provoca mayores consecuencias negativas en la víctima, como en el caso en que todos y cada uno de los profesionistas, por falta de comunicación y de un trabajo en conjunto, someten a los pequeños a innumerables entrevistas, que en vez de beneficiarle le dañan aún más.

Probablemente el trabajo multidisciplinario se realiza en otras instituciones y en áreas o problemas específicos, pero con respecto al maltrato infantil aún no se lleva al cabo. Es importante que las instituciones pugnen por mejorar su servicio, fomentando el trabajo multidisciplinario. Para lograr esto es prioritario crear la labor en equipo desde la formación del futuro profesionalista en la propia institución educativa.

En México es común el trabajo de paraprofesionales: en psicología este trabajo es realizado por estudiantes de los últimos años de la carrera, siendo esto una forma viable de cubrir las necesidades de la comunidad a la vez que se reduce el alto costo que un trabajo profesional implica, no obstante el apoyo paraprofesional aportado por las mismas instituciones educativas de nivel superior, la realidad supera dicho apoyo, y dos formas de resolver esto es que más instituciones se comprometan con la comunidad y desarrollen proyectos escolares para brindar este servicio, otra vía es la desprofesionalización a no profesionales, ya que en el caso del maltrato infantil un punto de apoyo central para la intervención psicológica es la misma familia, con esto se pueden obtener resultados más favorables para todos, especialmente para el niño. Con respecto a este punto es común escuchar en el área de psicología clínica lo frustrante que resulta trabajar con un niño quien, a pesar de todo el trabajo que se pueda llevar al cabo, es regresado al mismo

ambiente, el cual ha permanecido intacto, y comprobar que una terapia individual a la víctima no es suficiente para resolver el problema.

Cabe mencionar que el psicólogo no debe tratar de eliminar el abuso infantil centrándose solamente en un factor causal del mismo, como es el acontecimiento precipitador y de esta forma enseñar al niño a comportarse de una manera más adecuada, sin examinar cada uno de los factores relacionados con el maltrato, pues esta visión incompleta del fenómeno puede de hecho incrementar el nivel de violencia en la familia. Por ello se debe tener un enfoque dinámico de la misma, considerando el maltrato como un problema de la familia en su conjunto, así como todo el contexto en el que se desarrolla ésta.

Es frecuente escuchar a personas que han asistido en algún momento al psicólogo decir que abandonaron la terapia debido a que no han resuelto sus problemas y no han visto los cambios esperados. Esta situación plantea la necesidad de que como psicólogos debemos estar en constante actualización de nuestros conocimientos y técnicas sobre los diferentes temas del desarrollo humano; lo cual se puede lograr a través de la lectura constante de libros, revistas, tesis; así como asistiendo a cursos, conferencias, talleres, etc. que se imparten en diversas instituciones. De esta forma adquiriremos habilidades y métodos que sean más efectivos para la solución de problemas, para así combatir la decersión a las terapias, la cual es debida en ocasiones a una información incompleta desde la primera entrevista, ya que no se aclara que el proceso terapéutico se refleja en cambios graduales, y no de una sesión a otra.

De ahí que nuestro papel como psicólogos tome un carácter activo, es decir implementar acciones que desde un inicio estén encaminadas a la solución de problemas, para ello se cuenta con procedimientos terapéuticos que se aplican a los niños víctimas de maltrato y a sus padres. Los instrumentos de evaluación psicológica son importantes para el establecimiento de los objetivos de intervención, tales como pruebas psicológicas,

entrevistas, cuestionarios y observaciones que permiten recabar información sobre aspectos como conductas, problemas, afectividad, personalidad, relaciones familiares, etc.

No debemos olvidar que la evaluación psicológica se complementa, en algunos casos con la evaluación médica, en la que se emplean procedimientos para diagnosticar lesiones físicas y llevar el tratamiento adecuado para su rehabilitación. Ambas formas deben ser integradas, sin minimizar los datos de ninguna de las partes como criterio para realizar una integración interdisciplinaria de la información teniendo como objetivo común el establecer un diagnóstico completo para la recuperación del niño maltratado.

El tratamiento del maltrato infantil constituye un aspecto desafiante a nivel profesional y personal, ya que el éxito de la terapia psicológica está relacionado con la buena preparación del psicólogo, con una actitud madura y un comportamiento ético profesional, pues al mostrar una actitud objetiva, prudente, sin prejuicios y empática con los niños y sus padres, obtendremos una información adecuada que nos permitirá manejar la situación de forma positiva.

Consideramos que el propósito de la presente tesis se cumplió al informar de manera clara y amplia los aspectos relacionados con el maltrato infantil, ya que no sólo está dirigida a los psicólogos u otros profesionales de la salud, sino también está al alcance de padres de familia, maestros, y educadores interesados en el tema. De igual forma comprobamos la eficacia de las técnicas cognoscitivo-conductuales en este caso de maltrato infantil, cuya base es un concepto de re-educación, retomando una filosofía hedonista de vida, en la que la persona disfrute al máximo su ser y su hacer, lo cual se logró en el trabajo terapéutico con la diada tal como lo corroboramos en el seguimiento del caso.

Asimismo fue eficaz el empleo del juego bajo el enfoque cognoscitivo-conductual, ya que en el caso aquí expuesto, se logró por medio del juego integrar a E. a la terapia, enfocarnos en sus sentimientos, pensamientos y su ambiente, así como proveerlo de estrategias para el desarrollo y cambio de pensamientos y conductas más adaptativas. Todo lo cual se facilitó dadas las características del juego cognoscitivo-conductual: es

estructurado, educativo, directivo, y se orienta a la consecución de objetivos, lo cual se demuestra y analiza de forma empírica.

Trabajos como el nuestro pueden dar pie a investigaciones más específicas con el objetivo de optimizar la metodología clínica del maltrato infantil, a través de la optimización de técnicas de intervención psicológica y de nuevos instrumentos de detección y de intervención.

En los últimos años ha habido una creciente concientización entre los profesionales de realizar una intervención más rápida a los niños maltratados. Muchos de los problemas que obstaculizaban el cumplimiento de sus tareas están siendo solucionados. A este respecto hay propuestas multidisciplinarias, colaboración entre profesionistas, difusión en los medios de comunicación sobre las formas de prevención del maltrato, etc., las cuales posibilitan una intervención exitosa en defensa de los niños maltratados. Es tiempo de que los planteamientos teóricos propuestos, sean acciones cumplidas, puesto que el sólo conocimiento de los hechos y de las soluciones no bastan para erradicar el problema. Es necesario llevarlas al cabo.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Alva, Rafael (1991) *Salud Pública y Medicina Preventiva*, Ed. El Manual Moderno, México, 391 pp.

Álvarez Solís, Genoveva; Caballero Santibañez, Gloria y Esquivel Sandoval, Alma (1986). *Programa de Entrenamiento a Padres Golpeadores para Mejorar la Interacción con sus Hijos*, Tesis de Licenciatura en Psicología, U.N.A.M., Campus Iztacala, 166 pp.

Álvarez Villanueva, Ma. Teresa (1991) *Características del Violador de Menores*, Tesina de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 76 pp.

Apodaca Rangel, Ma. de Lourdes (1995) *Violencia Intrafamiliar*, UNAM, México, 376 pp.

Arellano, Penagos Mario (1996) El Niño de la Calle: Problemas, Propuestas y Soluciones, en *Práctica Pediátrica*, Abril, Vol. 5, No. 4

Ballesteros, Carolina y Zavaleta, Ernesto (1996) Viven entre la Basura; son Niños de la Calle, en *Época*, 12 de agosto, No. 271, México

Barbeyto Serrano, Alejandra y García Rodríguez, Ma. de Jesús (1994). *Estudio Teórico y de Campo sobre el Maltrato al Menor en México: Manejo y Alternatvas*, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, 136 pp.

Barrera Ventura, Rubén (1992) Agreden Como Rutina a Niños Mexicanos en los 2 Laredos, en *Época*, 4 de Mayo, No. 48, México, pc. 24-25

Beck, Aarón (1995) *Con el Amor no Basta. Cómo Superar Malentendidos, Resolver Conflictos y Enfrentarse a los Problemas de Pareja*, Ed. Paidós, 2a. ed., México, 449 pp.

Bermúdez, Guillermo (1995) Niños de la Calle...Chavos sin Amor, en *Revista de Psicología*, Marzo-Abril, No. 25, México, pc. 25

Bijou, Sidney y Ribes Iñesta, Emilio (1983) *Modificación de Conducta. Problemas y Extensiones*, Ed. Trillas, México, 255 pp.

Boletín de Salud Panamericana (1991) Derechos y Acciones de Salud para los Niños de la Calle, Vol 111, No. 6

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1995) Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, Vol. 118, No. 2

Bond, Lydia S. (1993) La Dolorosa Realidad de los Niños de la Calle, en *Boletín de Salud Panamericana*, Vol. 114, No.2, pc.97-103

Bremner, J.D.; Krystal, J.H.; Charney, D.S. y Southwick, S.M. (1996) Neural Mecanisms in Dissociative Amnesia for Childhood Abuse: Relevance to the Current Controversy Surrounding the "False Memory Syndrome", en *American Journal of Psychiatry*, Julio, 153 (7 suplementario), pc. 71-82

Brown, Foege, Bendery y Axnick (1990) Injury Prevention and Control: Prospects for the 1990's, en *Annual Review of Public Health*, Vol. 11, pc. 251-266

Buchanan, Irving (1997) Los Mayas, *La Corazonada*, Mayo, No. 115, Año 2,

Buela-Casal, Gualberto y Caballo, Vicente (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*, Siglo XXI, España, 596 pp.

Carbajal Farfán, Ma. de Lourdes (1994) *La Agresión no Física Dirigida al Infante*, Tesina de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, 217 pp.

Castañeda Quintero, José Fco. I. (1993) *La prevención del Maltrato al Menor*, Tesina de Licenciatura en Psicología, UNAM, ENEP Iztacala, México, 67 pp.

Contreras Salinas, Martha; Hernández Casas, Laura Alicia y Pérez Preciado, Georgina (1991) *Implementación de un Programa Preventivo de Abuso Sexual y/o Violación al Menor*, Tesis de Licenciatura en Psicología, México, UNAM, Campus Iztacala, 229 pp.

Correa Martínez, Irma; Martínez Sánchez Ma. del Carmen y Padilla López, Santiago (1986) *Un Estudio Preliminar sobre la Elaboración de un Instrumento para la Detección del Maltrato Infantil*, Tesis de Licenciatura en Psicología, México, UNAM, Campus Iztacala, 184 pp.

Coulton, Claudia J.; Korbin, Jill E.; Su, Marilyn y Chow, Julian (1995) Community Level Factors and Children Maltreatment Rates, en *Child Development*, No. 66, pc. 1262-1276

Cruz Hernández, Angélica Mercedes (1993) *Consecuencias Psicológicas del Maltrato al Niño y una Posible Vinculación con las Conductas Antisociales de Delincuencia, Prostitución, Homosexualidad y Agresión*, Tesina de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, 58 pp.

Chávez Aguilar, Víctor y Arnaiz Toledo, Carlos (1994) La Salud Colectiva: el Papel de los Grupos Multidisciplinarios para la Atención a la Salud, en *Revista Médica del IMSS*, México, Vol. 32, No. 5, pc. 443-445

Chávez López, Edgar; Méndez Arteaga, Eduardo y Reyes Gómez, Guillermo (1994) *Curso-Taller: Comunicación y Solución de Problemas en la Pareja*, Tesis de Licenciatura en Psicología, México, UNAM, Campus Iztacala, 241 pp.

Del Castillo, Rosa y Bejar Nava, Clara (1992) *Prevención del Maltrato Infantil, a través del Entrenamiento a Futuros Padres*. Trabajo presentado en el *II Congreso Al Encuentro de la Psicología Mexicana*, celebrado del 8 al 12 de Septiembre en la UNAM, Campus Iztacala, México (trabajo no publicado).

Destreich, Alan E. (1991) *Radiología del niño Maltratado*, en *Mundo Médico*, Septiembre, Vol. XVIII, No. 209, pc. 37-46

Dominguez Razcon, Humberto (1993) *La Situación Institucional del Niño Maltratado y Algunas Consideraciones de Tratamiento*. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México,

Donald, T. y Jureidini, J. (1996) *Münchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse in the Medical System*, en *Arch. Pediatric of Adolescents Medicine*, Julio, 150(7), 753-758

Drake, A.F.; Makielski, K.; McDonald-Bell, C. y Atcheson, B. (1995) *Two New Otolaryngologic Findings in Child Abuse*, en *Arch. Otolaryngologic Head and Neck Surgery*, Diciembre, 121(12), pc. 1417-1420

Duarte Raya, Baltazar (1994). *Taller de Prevención y Tratamiento de la Violencia Intrafamiliar: El Trabajo con Adolescentes*. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, ENEP Iztacala, 116 pp.

Elliott, Bárbara (1993) *Respuestas Comunitarias a la Violencia*. En *Violencia Familiar y Relación Abusiva. Clínicas de Atención Primaria*, Vol. 2 McGraw-Hill, México, 605 pp.

Ellis, Albert y Grieger, Russell (1990) *Manual de Terapia Racional Emotiva*, Vol. 2, Ed. Descleé de Brouwer, Nueva York, 443 pp.

Escamilla Quijada, Gabriela y Lugo Hernández, Armando (1994) *Análisis de la Labor de los Profesionistas de las Diversas Instituciones que Atienden a las Víctimas de Abuso Sexual al Menor*, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 114 pp.

Escobar Cosme, Sissi Elizabeth y Farfán Becerril, Leticia (1997) *El Equipo Multidisciplinario que Labora en la Atención del Niño Maltratado*, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 122 pp.

Escudero Hernández, Lidia Georgina (1990) *Causas Predisponentes del Maltrato al Menor*, Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, Campus Iztacala, México, 105 pp.

Espinosa Salcido, Ma. Rosario y González Montoya, Carmen Susana (1986) *Una Guía de Evaluación Familiar con Orientación Conductual*, Tesis de Licenciatura en Psicología, México, UNAM, Campus Iztacala, 187 pp.

Fajardo Ortiz, Guillermo (1979) *La Atención Médica en México*, Editor Francisco Méndez, México, 302 pp.

Fernández C., L.; Herrera T., L.; Venta S., J; Ibarra R., M.; Rodríguez P., L.; Sánchez B., C. y Udaeta M., E. (1991) *Seguimiento durante el Primer Año de Vida de Neonatos con muy Bajo*

Peso al Nacer, en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, Vol. 48, No. 5, Mayo, pc. 326-333

Filgueiras, Ana (1992) Entre los Niños Callejeros, en *Salud Mundial*, OMS, Mayo-Junio, pc. 6-9

Foncerrada M., Castaño C., Córdoba A. y Jurado V. (1987) Prevención del Maltrato al Niño. Posibilidad de Identificar a Madres Potencialmente Maltratadoras en el Período Perinatal, *Revista Médica del IMSS*, Vol. 25, No. 5, pág. 373-378.

Fontana, Vicente J. (1979) *En Defensa del Niño Maltratado*, Ed. Pax México, 4a. reimp., México, 332 pp.

Forasteri, Valentina (1992) El Trabajo de los Niños, en *Salud Mundial*, OMS, Noviembre-Diciembre, pc. 8-10

Frank, D.A.; Klass, P.E.; Earls, F. y Eisenberg, L. (1996) Infants and Young Children in Orphanages: One View from Pediatrics and Child Psychiatry, en *Pediatrics*, Abril, 97(4), pc. 569-578

Galindo, Carmen (1993) Los Niños, un Recurso para los Narcos, en *Época*, 30 de Agosto, No. 117, México, pc. 22-23

García Solorio, Raquel; Morales Álvarez, Leticia; Puentes Galindo, Rosario A. (1990) *Hacia una Detección del Maltrato al Menor mediante un Estudio del Ejercicio de la Autoridad Paterna*, Tesis de Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 161 pp.

Garbarino, James (1993) Maltrato Psicológico Infantil. En *Violencia Familiar y Relación Abusiva. Clínicas de Atención Primaria*, Vol. 2, McGraw-Hill, México, 605 pp.

Gelles, Richard J. y Pedrick Cornell, Claire (1990) Intimate Violence in Families, *Family Studies Text Series*, Vol. 2, 2a. ed., E.U., 159 pp.

González Alonso, E. Lilia y Clemente Herrera, Laura (1989) *El Niño Maltratado. Técnica de Tratamiento a Padres Abusivos*, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, ENEP Iztacala, México, 284 pp.

González Aranda, Yolanda Irma y Toriz Proenza, Alvaro Miguel (1985) *La Terapia Conductual en el Tratamiento de Padres Agresivos*, Tesis de Licenciatura en Psicología, México, UNAM, Campus Iztacala, 194 pp.

Gracia, E.; Musitu, G.; Arango, G. y Agudelo, A. (1995) El Maltrato Infantil: un Análisis desde el Apoyo Social, en *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 27, No.1, pc. 59-71

Green, Gerald (1978) *Holocausto*, Ed. Diana, México, 343 pp.

Gutiérrez Salcido, Ma. del Carmen (1992) *Factores que Determinan el Maltrato Infantil*, Tesina de Licenciatura en Psicología, UNAM, ENEP Iztacala, México, 37 pp.

Hancocks, S. (1991) El Papel de los Dentistas en la Prevención del Abuso de Niños, en *Boletín de Salud Panamericana*, No. 112, Vol. 5, pc. 541

Heredia Díaz, José (1973) Protección a la Infancia, *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 42, Enero-Febrero, pág. 105-120.

Herrada-Huidobro, Adriana; Nazar-Beutelspacher, Austreberta; Cassaball-Núñez, Miroslava y Nava-Cruz, Carlo Braulio (1992) El Niño Maltratado en Tlaxcala: Estudio de Casos, en *Salud Pública de México*, Noviembre-Diciembre, Vol. 34, No. 6, México, pc. 626-634

Híjar-Medina, Martha C.; Tapia-Yáñez, J. Ramón y Rascón-Pacheco, R. Alberto (1994) Mortalidad por Homicidio en Niños, en *Salud Pública de México*, Septiembre-October, Vol. 36, No. 5, México, pc. 529-537

Hotaling, Gerald T.; Finkelhor, David; Kirkpatrick, John T: y Straus, Murray A. (1988) *Familij Abuse and its Consequences. New Directions in Research*, Sage Publications, E.U., 318 pp.

Iglesias Lerroux, J. (1993) Los Niños de la Calle, Creciente Problema Social, en *Época*, Agosto, No. 30, México, pc. 23

Jesse,S.A. (1995) Orofacial Manifestations of Child Abuse and Neglect, en *American Fam. Physician*, Noviembre 1; 52(6), pc. 1829-1834

Kempe, Ruth S. y Kempe, C. Henry (1985) *Niños Maltratados*, Ediciones Morata, 3a. ed., España, 230 pp.

Knight, Bernard (1994) *Medicina Forense de Simpson*, Manual Moderno, México, 373 pp.

Koocher, G.P.; Goodman, G.S.; Whitw, C.S.; Friedrich, W.N.; Sivan, A.B. y Reynolds, C.R. (1995) Psychological Science and the Use of Anatomically Detailed Dolls in Child Sexual-Abuse Assessments, en *Psychological Bull*, Septiembre, 118(2), pc. 199-222

Kuczynski, León y Kochanska, Grazyna (1995) Function and Content of Maternal Demands: Developmental Significance Early Demand for Competent Action, en *Child Development*, No. 66, pc. 616-628

Levav, Itzhak; Guerrero, Rodrigo; Phebo, Luciana; Loe, Gloria y Cerqueiro, María (1996) El castigo Corporal en la Niñez: ¿Endemia o Epidemia?. En *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 120, No. 3, pág. 229-237.

Lewin, L. (1995) Interviewing the Young Child Sexual Abuse Victime, en *Journal of Psychosocial Nursery Mental Health Service*, Julio, 33(7), pc. 5-10

Loredo Abdalá, Arturo (1994) *Maltrato al Menor*, Ed. Interamericana McGraw Hill, México, 162 pp.

Loredo Abdalá, Arturo (1996) Los Niños Tarahumaras, un Nuevo Enfoque de Maltrato al Menor: "El Maltrato Étnico". *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, Vol. 53, No. 2, Abril, pág. 209-210.

Loredo-Abdalá, Arturo; Sierra-G. de Quevedo, Julio; Oldak-Skivirsky, David y Carbajal-Rodríguez, Luis (1991) Síndrome de Münchhausen en Niños: Informe de dos casos, en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, Vol. 48, No. 2, Febrero

Lozano Leal, Leticia (1988) *Determinación de las Características de Madres Maltratadoras en México*, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México,

López López, Filiberto (1992) *El Niño Maltratado (Normas de Diagnóstico y Prevención)*, Tesis de Medicina, UNAM, Facultad de Medicina, IMSS, 27 pp.

Lutzker, J. (1990) Behavioral Treatment of Child Neglect. *Behavior Modification*, Vol. 14, No. 3, pág. 301-315.

Macksoud, Mona (1994) Los Niños y la guerra, en *Salud Mundial*, OMS, 47o. año, No. 2, Marzo-Abril, pc. 21-23

Maher, Peter (1990) *El Abuso contra los Niños*, Ed. Grijalbo, México, 379 pp.

Marcovich, Jaime (1978) *El Maltrato a los Hijos. El más Oculto y menos Controlado de todos los Crímenes Violentos*, Ed. Edicol, México, 311 pp.

Martínez y Martínez, Roberto (1991) *La Salud del Niño y del Adolescente*, Ed. Salvat, 2a. ed., México, 1172 pp.

Martínez Murillo, Salvador y Saldivar S., Luis (1991) *Medicina Legal*, Méndez Editores, 16a. ed., México, 415 pp.

Masters, Johnson y Koldony (1987) *La Sexualidad Humana*, Vol. 2, Ed. Grijalbo, España, 547 pp.

McDoneld Wolle, Myriam y Dorban Juanico, Mercedes (1981) *La Desprofesionalización de la Psicología en el Área de Retardo de una Comunidad Marginada*, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 214 pp.

McKay, Matthew y Fanning, Patrick (1995) *El Amor a sí Mismo*, Ed. Selector, México, 174 pp.

Molina Correa, Gustavo (1992) *Etiología del Maltrato al Infante*, Tesina de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 68 pp.

Montes de Oca, Margarita (1991) *Prevención Primaria del Maltrato al Niño en Comunidades de Escasos Recursos. Una Alternativa de Trabajo para el Estudiante de Psicología en la Práctica Comunitaria*, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 87 pp.

Morley, David (1993) Los Niños Agentes del Cambio. En *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 14, pág. 23-24.

Newberger, Eli (1993) Abuso Físico de Niños. En *Violencia Familiar y Relación Abusiva. Clínicas de Atención Primaria*, Vol. 2, McGraw-Hill, México, 605 pp.

Osorio y Nieto, César Augusto (1993) *El Niño Maltratado*, Ed. Trillas, México, 82 pp.

Pérez Chavarría, Marta Liliana (1992) *El Tratamiento Psicológico: a la Agresión Sexual Infantil*, Tesis para Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 104 pp.

Permuy López, Mónica y Buceta Cancela, Ma. José (1995) Maltrato Infantil. En *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, Vol. 8, No. 1, Junio, pc. 83-97

Phebo Barreto, Luciana y Suárez Ojeda, Elbio (1996) Maltrato de Niños y Adolescentes: Una Perspectiva Internacional. En *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 12, No.2,

Pineda Palacios, Nedelia (1996) *El Taller para Padres. Una Alternativa de Prevención y Tratamiento contra el Maltrato Infantil*, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 158 pp.

Pollack, Landrigan y Mallino (1990) Child Labor in 1990: Prevalence and Health Hazard, en *Annual Review of Public Health*, Vol. 11, pc. 359-375

Rappley, Mimy y Speare, Katherine (1993) Evaluación Inicial y Técnicas para la Entrevista en el Abuso Sexual de Niños. En *Violencia Familiar y Relación Abusiva. Clínicas de Atención Primaria*, Vol. 2, McGraw-Hill, México, 605 pp.

Ribes, Emilio; Fernández, C.; Rueda, M.; Talento, M. y López, T. (1980) *Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología*, Ed. Trillas, México, 390 pp.

Rogers, Carl (s/f) *Inventario de Adaptación Personal*

Romero Hernández, Adriana y Ordoñez Duarte, Laura Teresa (1988) *Un Estudio Exploratorio Acerca de la Aplicación del Entrenamiento Asertivo a los Conflictos de Interacción Familiar*, Tesis de Licenciatura en Psicología, México, UNAM, Campus Iztacala, 194 pp.

Romero Núñez, N. y Vian Carreón, M. (1991) *Participación del Trabajo Social dentro del Maltrato Infantil*, Tesis de Licenciatura en Trabajo Social, UNAM, México

Russell-Brown, Pauline; Rice, Janet C.; Héctor, Oriel y Bertrand, Jane T. (1992) El Efecto de la Educación Sexual en los Adolescentes e Sant Kitts y Nevis, en *Boletín de Salud Panamericana*, No. 112, Vol. 5, pc. 413-423

Salas, Consolación (1997) Abuso Sexual de Menores: Alarmante Realidad, *Reader's Digest Selecciones*, Año 57, Abril,

Salinas Mojica, Mónica (1995) *Los Factores de Alto Riesgo en el Abuso Sexual Infantil*, Tesina de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 118 pp.

Salud y Ciencia (1995a) Año 11, No.1, Enero, La Nicotina Aumenta la Tensión Arterial Fetal

Salud y Ciencia (1995b) Año 11, No. 1, Enero, Niños Afectados por Presenciar Actos de Violencia

Salzinger, Fieldman y Hammer (1993) The Effects of Physical Abuse on Children's Social Relationships, en *Child Development*, No. 64, pc. 169-187

San Martín, Hernán (1981) *Salud y Enfermedad*, Ediciones Científicas, *La Prensa Médica Mexicana*, 4a. ed., 2a. reimp., México, 893 pp.

Sánchez Sánchez, Jesús (1996) *Consecuencias Psicológicas del Maltrato Infantil*, Tesina de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 111pp.

Selecciones del Reader's Digest (1980) *Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado*, Tomo VII, México, pc. 2102

Slaikeu, Karl A. (1988) *Intervención en Crisis. Manual para Práctica e Investigación*, Ed. El Manual Moderno, México, 281 pp.

Stith, S.; Williams, M. y Resen, K. (1992) *Psicosociología de la Violencia en el Hogar*, Ed. Descleé de Brower, 361 pp.

Suasnavar Lima, Yolanda y CuFarfán, Estela del C. (1991) *Un Programa de Prevención del Abuso Sexual Infantil*, Tesis de Psicología, México, UNAM, Campus Iztacala, 153 pp.

Tarasena, Elvia y Tavera, M. Luisa (1996) El Niño de la Calle en México, *Conferencias de Psicología Social*, UNAM Campus Iztacala, México, Noviembre 7 (trabajo no publicado).

Tello, Fco. Javier (1991) *Medicina Forense*, Ed. Harla, México, 260 pp.

Toledo Cuevas, Claudia e Infante Vargas, Penélope (1994) *La Mujer Maltratada*, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, ENEP Iztacala, México, 142 pp.

Torres , Alejandro; Arroyo, Francisco y Flores, José Luis (1997) Urgen Legislaciones a Repudiar con Vigor Racismo y Xenofobia, *El Universal*, Martes 1 de Abril, Año LXXXI, Tomo CCCXXI, No. 29,027, México, pág. 1 y 18.

Ulate-Mora, Freddy y Madrigal-Tellini, Sandra (1991) Maltrato a Menores en una Comunidad Costaricense, en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, Vol. 48, No. 5, Mayo, México, pc. 355-359

El Universal (1997) Inmigrantes ante el Riesgo de Deportación por la Nueva Ley, Jueves 19 de Abril, No. 17566, Año LI, pág. 12

Vargas Solís, Justino Vidal (1981) *Entrenamiento a Padres de Principios Básicos de Modificación de Conducta para la Rehabilitación de sus Propios Hijos en una Comunidad de Escasos Recursos*, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, Campus Iztacala, México, 194 pp.

Wahler, Robert G. y Williams, Audrey J. (1990) The Compliance and Predictability Hypotheses: Sequential and correlational Analyses of Coercive Mother-Child Interactions *Behavioral Assessment*, vol. 12, No. 4, 391-407 pc.

Wardinsky, T. D. (1995) Genetic and Congenital Defect conditions that Mimic Child Abuse, en *Journal of Fam. Practice*, Octubre, 41(4), pc. 377-383

Zwi, Anthony y Ugalde, Antonio (1993) Víctimas de la Guerra, en *Salud Mundial*, Año 46, No. 1, Enero-Febrero, México,