

190



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

"EL MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD"

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

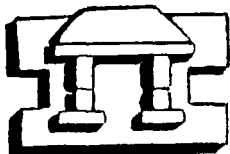
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

ISIDRA ~~ROJAS~~ VILLAVICENCIO/

MA. DE LOURDES ARENAS HUERTA



IZTACALA

ASESOR: LIC. FRANCISCA BEJAR NAVA
DICTAMINADOR: LIC. CLARA BEJAR NAVA
DICTAMINADOR: LIC. JULIA CHIMAL PABLO



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.

MI NENA MARUCA

Caramba Maruca, ¿qué dices mi nena?, no te entiendo nada, dímelo más fuerte; y la pobre niña que no comprendía derramo sus perlas con melancolía.

Sus palabras trucas, su mirada triste al señor con ansias su alma repetía que le diera luces a su inteligencia y decirle al padre ¡cuánto lo quería!

Su cara redonda, de ojos oblicuos, retraso en su mente y gran corazón
Maruca corría detrás de su madre y palabras sueltas con amor decía y la madre buena al Dios bendecía, porque así su nena por siempre sería ¡un ángel del cielo, una bendición!

No eres un castigo mi nenita linda, yo voy a enseñarte hablar y cantar, cantaré contigo, canciones bonitas, palabras, dibujos y loas de amor; pero que te digo Maruca de mi alma muchacha divina pedazo de amor no me importa nunca que nos miren feo, que la gente piense que no eres normal, pasearé contigo por calles y parques, verás a las flores y a los animales y sabrás su nombre, pronto pronunciar.

Se quedó mirando, viendo fijamente Pareció decirme con mucha ilusión, ¡así papacitos!, así yo los quiero que me enseñen cosas y que me dejen ver.

Yo tengo derecho aunque no lo crean soy también humana y quiero saber no te desesperes, si no me comprendes y juega conmigo en todo lugar, no me dejes sola yo te necesito. Se la divina luz de mi soledad.

Si ves que camino sin rumbo en la calle y que los peligros acechan a mí, yo estaré segura si se que me sigues. Serás compañía hasta mi final; perdón papacitos, no puedo explicar. Le pido a diosito que me permita hablar y juntar las letras que puedan decirte
Papito t-e-q-u-i-e-r-o, papito p-e-r-d-o-n.

Las lagrimas brotaron de sus lindos ojos, su angustia le prime su gran corazón. La estrecho a mis brazos con gran sentimiento, momentos felices, momentos de amor.

¡Qué necio he sido! Maruca de mi alma te pedía que fueras como los demás, sin ver que tu almita que es tan inocente, pedía mi cariño no mi caridad.

La aurora se acerca y el sol de mañana, Una nueva vida anuncia por fin. ¡Maruca, Maruca! Despierta mi niña pedazo de cielo color carmesí, desde hoy te prometo muñequita linda que estaré contigo, hasta que el eterno me deje vivir...

...se hizo un gran silencio
nadie osaba hablar
y sola la pluma
que escribió la historia
guardo para siempre
...el triste final.

AUTOR: PROF. ARMANDO
VILLALOBOS SANCHEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A mi madre:

*Ya que con su ejemplo y tenacidad
me ayudo a salir adelante en las
adversidades de la vida.*

A mis hijas Viridiana y Saraf:

*Porque son la luz
que ilumina mi vida y motivo
De mi existencia.*

A Mac:

*Porque a pesar de todo lo vivido,
ha sido el hombre
Más importante de mi vida.*

A mis hermanos:

*Por su apoyo incondicional y
porque sé, que siempre
Contaré con ellos.*

A Francis, Clara y Julia.

*Porque gracias a sus consejos
y su asesoría he llegado
a la realización de otro más de mis sueños.*

*Por todo esto y por todo lo que me han dado
¡Muchas gracias!*

ISY.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A la FES-Iztacala:

Por el privilegio
de haber cursado mis estudios en ella y
alimentar en mí, el espíritu de superación.

A mi madre:

Por su invaluable ayuda y respaldo constante
que la hacen ser el motor, corazón y guía
de la familia Arenas Huerta.

A mis hermanos y hermanas:

Por su apoyo incondicional y sincero cariño,
Porque son también mis mejores amigos y
Porque juntos somos más que nueve almas
Somos un gran corazón lleno de lealtad, libertad y lucha.

A mis sobrinos:

Para que tengan presente, que todos los sueños
Se pueden lograr y materializar.

A Francis, Clara y Julia:

Por su dirección tan atinada en este trabajo
Y por sus comentarios profesionales y alentadores
Francos y fuertes, claros y convincentes, juiciosos y justos
Que fueron la base para alcanzar esta meta tan deseada.

A ti lector, a ti discapacitado, a ti pequeño maltratado:

Y a todos aquellos que contribuyeron con su sola existencia
A la realización de este proyecto.

**MIL GRACIAS:
LOURDES.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
CAPITULO I. MALTRATO INFANTIL.	
1.1 Definición de maltrato Infantil.....	6
1.2 Causas del maltrato.....	9
1.3 Formas de Agresión al menor.....	17
1.4 Teorías.....	29
CAPITULO II. ¿POR QUÉ EL MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS DISCAPACITADOS?	
2.1 Antecedentes históricos de la discapacidad.....	35
2.2 Concepto de discapacidad.....	39
2.3 La familia del discapacitado.....	44
2.4 El discapacitado y su identidad.....	51
2.5 Porqué el maltrato infantil en sujetos con discapacidad.....	55
CAPITULO III. LA PROTECCION A NIÑOS DISCAPACITADOS Y NIÑOS MALTRATADOS EN MEXICO	
3.1 Antecedentes de la protección a la infancia en nuestro país.....	61
3.2 Instituciones que abordan actualmente el maltrato infantil.....	66
3.3 Desarrollo de servicios para discapacitados.....	75
3.4 Papel del psicólogo en la problemática del niño discapacitado y del niño maltratado.....	80
CAPITULO IV PROPUESTA DE TRABAJO	
4.1 Metodología.....	87
Escenario	
Sujetos	
Materiales	
Diseño	
Procedimiento.	
4.2 Resultados obtenidos.....	89
4.3 Análisis de resultados.....	111
CAPITULO V.	
5.1 Conclusiones.....	114
Referencias.....	122
Anexos.....	130

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El presente trabajo está enfocado a un tema poco estudiado como lo es el maltrato infantil en niños con discapacidad, para ello fue necesario hacer en primer lugar un bosquejo histórico del maltrato, revisar su conceptualización y su etiología en segundo lugar se hace una revisión histórica de la discapacidad y las causas que la originan, además de tocar aspectos tan importantes como la familia del discapacitado y la identidad de éste en el mundo actual, el tercer punto a tratar fue la protección a niños discapacitados y niños maltratados México ubicando aquí el trabajo del psicólogo como pieza medular en la atención de ambas problemáticas.

El objetivo de esta investigación es explorar en algunos padres de familia de niños con discapacidad si se utiliza el castigo dentro de su sistema de crianza, para cubrir este objetivo se aplicó un cuestionario a 30 sujetos del sexo femenino, todas ellas madres de familia de menores con algún tipo de discapacidad que asisten a un Centro de Atención Múltiple (CAM) utilizando un tipo de diseño ex post facto. Los resultados de la parte aplicada de la investigación nos llevan a identificar en la población estudiada que si se utiliza el castigo como método de crianza, encontrando además que existe una tolerancia cultural hacia esta práctica, lo que hace más apremiante la necesidad de que haya una participación activa de los profesionales que están en contacto con niños discapacitados ya sea médicos, enfermeras, pedagogos, trabajadoras sociales etc. para que canalicen a los padres de niños discapacitados a las instancias en donde puedan recibir asesoría y apoyo profesional para ayudarles en la difícil tarea de educar y formar a un niño discapacitado, y de esta manera evitar el maltrato.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La agresión al humano es parte habitual de la existencia, todos la sufrimos y realizamos en alguna forma. Las causas de ella aparentes o reales, conocidas o sospechosas, varían con el tipo de agresión, el agresor y el agredido, e involucran no sólo a los individuos en particular sino a la sociedad que lo permite, condiciona, modifica o determina (Marcovich, 1981).

La agresión al niño, puede ser tan sutil o tan viciosa y generalmente pasa desapercibida. El maltrato infantil como práctica ha estado presente desde tiempos muy remotos; los pasajes bíblicos son testimonio de ello. Basta recordar la historia de Abraham e Isaac, Moisés y otros en donde se sacrificaba a los niños como ofrenda a Dios. El nuevo testamento inicia describiendo la matanza de los inocentes, de la que Jesús fue salvado. En los tiempos clásicos Séneca, Platón y Aristóteles apoyaron la ley que dictaba matar a los defectuosos. Hace 50 años, en China era permitido matar al producto de la concepción si este era mujer (Baeza y Franco, 1986). En el siglo XVIII, algunos padres mutilaban a sus hijos para que pidiesen limosna o fueran empleados en circos ambulantes. Asimismo desde principios del siglo XIX y en este siglo no es raro ver a gran cantidad de niños trabajando en fábricas o en las calles bajo condiciones que dañan su desarrollo físico, psicológico y social (Marcovich, 1981).

De la misma manera como la cultura florece y la civilización evoluciona, asimismo se modernizan los métodos de hostilización a los menores. Hace siglos se les maltrataba en son de costumbres y tradiciones de creencias religiosas y supercherías, hoy día se les maltrata so pretexto de educar y corregir.

Como vemos el abuso al menor, constituye un problema latente desde tiempos inmemoriales el cual en los últimos años debido a la magnitud alcanzada, ha despertado el interés de diversos profesionales, quienes inclinan esfuerzos hacia aspectos terapéuticos con los niños y su familia, y a la búsqueda de alternativas de prevención con el fin de reducir en la medida de lo posible la alta incidencia del problema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es a partir de la década de los 60s que se comienzan a hacer estudios enfocados a conocer las causas de las agresiones a los niños y es a partir de aquí que surge literatura sistemática que habla del tema, en ella encontramos autores como Kempe (1961; citado por Mc. Donald y Reece 1979), Marcovich (1981), Fontana (1985) que abordan la definición, las características de los agresores y los agredidos etc. sin embargo es escasa la literatura que aborda la relación entre maltrato y discapacidad, ello debido a que no se cuentan con datos estadísticos de niños discapacitados que hallan sufrido maltrato o bien el tema no ha llamado la atención de los profesionales de la salud o porque se niega que éste hecho se presente también en este tipo de niños.

Foncerrada (1980) expresa que para él los niños más predispuestos a la agresión son los menores de tres años, de bajo peso al nacer y con retardo psicomotor o algún defecto congénito, enfermedad crónica o recurrente, que lo hace menos apto para responder adecuadamente a los estímulos y cuidados maternos. Coronado (1981, P. 111), hablando de la misma cuestión expresa ... "En los hospitales infantiles de la CD. de México el 13% aproximadamente de los niños que se atienden tanto en la consulta externa como en hospitalización corresponden al Síndrome del niño maltratado y a este propósito, es muy común que una gran mayoría de nuestros pacientes "retrasados mentales" sean víctimas de la crueldad de sus padres, pues so pretexto de ayudarle a recuperar sus carencias psicomentales les propinan golpes irracionales y castigos inhumanos"...

Uno de los graves problemas que laceran a este grupo de personas es la estigmatización de que son objeto, al ser llamados sujetos con retardo, por lo que para los fines de este estudio y de acuerdo a la Ley para el Bienestar e Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal (1996, P. 6) .Llamaremos exclusivamente persona con discapacidad, con la siguiente definición ..."Es todo ser humano que padece temporal o permanentemente una disminución de sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le impiden realizar una actividad normal"...

Las personas con discapacidad constituyen un grupo muy heterogéneo, debido a que engloba gran cantidad de deficiencias, discapacidades y minusvalías (Deficiencia Mental,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dificultades de Aprendizaje, Trastornos de Audición y Lenguaje, Deficiencias Visuales, Impedimentos Motores, Problemas de Conducta y niños con autismo (SEP, 1994).

Ahora bien, el nacimiento de un niño con discapacidad es un acontecimiento inesperado ya que interrumpe el proceso de adaptación natural y pospone el establecimiento de una buena relación con el infante. Todos los padres reaccionan con una conmoción y tristeza profundas a la noticia de que su hijo (a) presenta alguna discapacidad. Ser buenos padres es una labor ardua que implica un compromiso y una comprensión, que no se alcanza a reconocer hasta que enfrenta el hecho de tener un niño recién nacido con discapacidad y que formara parte de la familia.

Es evidente como puede verse la necesidad de dar orientación a estos padres para que cuenten con herramientas en la difícil tarea de educar a sus hijos. Para ello la psicología es de gran valor dado que estudia las interacciones entre los individuos y su medio ambiente; interacciones que son determinadas por: a) las características del medio ambiente; b) las características biológicas del individuo y c) la historia individual. Como toda conducta psicológica es adquirida el interés de la psicología radica en los procesos de modificación de ésta (Hinojosa y Galindo, 1984). Para ello el psicólogo cubre áreas como la rehabilitación, desarrollo, detección, investigación, planeación y prevención, y es dentro de estas que el psicólogo tiene compromiso con el problema del maltrato infantil, el cual es una entidad que para su prevención requiere de la participación de diversos profesionales como son médicos, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, etc.

La importancia de realizar este trabajo de investigación dentro de la psicología radica en la trascendencia que tienen las experiencias que vive el niño durante las primeras etapas de su desarrollo, ya que toda la estimulación que éste recibe desde su nacimiento, de una forma u otra influye en su desarrollo físico, psíquico y social, más aún cuando hablamos de la presencia constante de estímulos aversivos como sucede con los niños mal tratados. Además en los lugares donde se desenvuelve el profesional de la psicología como son la escuela, el consultorio, el hospital, tiene la probabilidad de encontrarse ante casos de maltrato infantil y es donde debe de participar de manera activa en el diagnóstico y tratamiento oportuno ya que para ello cuenta con las herramientas necesarias para modificar la conducta de maltrato.

Por tal razón el objetivo del presente trabajo es explorar en algunos padres de familia de niños con discapacidad que asisten a un Centro de Atención Múltiple (C.A.M.); si se utiliza el castigo dentro de su sistema de crianza.

Para cubrir plenamente el objetivo anteriormente planteado, a lo largo del trabajo se implementarán las siguientes tareas:

- a) Hacer una revisión teórica acerca del maltrato infantil.
- b) Revisión teórica del termino discapacidad.
- c) Analizar la presencia del maltrato en las personas con discapacidad y .
- d) Proponer algunas alternativas para prevenir el maltrato en niños con discapacidad.

Es por ello que el capítulo I, inicia haciendo una revisión de la definición, etiología, formas de agresión y referentes teóricos del maltrato infantil; en capítulo II se revisan los antecedentes históricos de la discapacidad, concepto de esta , la familia del discapacitado y su identidad, así como también se plantea el ¿ Porqué del maltrato infantil en niños con discapacidad.

En el capítulo III se aborda de manera somera la forma en que se ha dado la protección a la infancia en nuestro país, los antecedentes de ésta protección, las instituciones que actualmente abordan el maltrato infantil y los avances que ha habido en pro de las personas con discapacidad y de manera especial se menciona el papel del psicólogo en la problemática del niño discapacitado y del niño maltratado.

En el capítulo IV se describe la propuesta de trabajo y los hallazgos de dicha investigación. Finalmente en el capítulo V, se presentan las conclusiones a las que llegamos y algunas alternativas de intervención que ha nuestro juicio creemos pueden ayudar a prevenir el maltrato en niños con discapacidad.

CAPITULO I

MALTRATO INFANTIL

CAPITULO I

MALTRATO INFANTIL.

1.1. Definición de Maltrato Infantil.

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambroise Tardieu, catedrático de Medicina Legal en Paris, quién se basó en hallazgos obtenidos en las autopsias de 332 niños que habían sido golpeados o quemados hasta producirles la muerte.

Tuvo que pasar mucho tiempo para que otro investigador hablase nuevamente de ello y no fue sino hasta 1946, que Caffey hizo una descripción inicial de fracturas múltiples en lactantes con hematoma subdural crónico que hizo que Silverman postulara en 1953 la hipótesis que Kempe comprobó en 1961 de que dichas lesiones no eran accidentales sino producidas por otra persona (MC. Donald, 1979).

En 1961, Kempe propuso en un Simposium de la Academia Americana de Pediatría el término de "Síndrome del niño golpeado" para connotar la agresión física hacia el menor, por parte de los padres o de los encargados de su cuidado. Dicha entidad fue definida como ... "Uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de su padre o de otra persona responsable de su cuidado"... (Marcovich, 1981; P. 18). Dicha definición estuvo en boga hasta que las limitaciones propias del significado lo permitieron, al describirse formas no físicas de abuso hacia el menor, siendo imperativo el cambio de nombre, de Síndrome del niño golpeado a Síndrome del niño maltratado.

Actualmente encontramos definiciones que toman en cuenta otras variables además de la agresión física, así tenemos que Osorio (1983, P. 12) elude el término "síndrome" por ser una connotación médica y propone sólo la definición de niño maltratado y menciona que este es "La persona humana que se encuentra en el periodo de la vida comprendido entre el

nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones y omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, proveniente de sujetos que, por cualquier motivo, tengan relación con ella”.

Primero (1992, P. 174) nos dice que el maltrato a los niños “Es una enfermedad social internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades, y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización y, por tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional”.

Manterola (1992, P. 175) expresa que niños maltratados... “Son los menores de edad que enfrentan y sufren habitualmente violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por parte de padres, tutores, custodios o personas responsables de éstos”...

Dicha definición deja a un lado la connotación médica de síndrome al igual que la propuesta por Osorio y es la que actualmente maneja el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en el área que se ocupa del maltrato infantil (PREMAN) dicha definición menciona otros elementos como son:

La habitualidad, que se manifiesta en el abuso frecuente, constante y repetido, de la conducta de maltratar.

La violencia, que se entiende como la agresión física, emocional o ambas, que bajo el impulso inmoderado del agresor, lesionan la integridad corpórea y las funciones intelectuales y afectivas del menor.

La intencionalidad, entendida como la conducta con dolo, como resultado de un acto de voluntad, no accidental.

La relación de parentesco. Que se refiere a los padres, padrastros, hermanos, etc. que hacen daño al menor. Aunque esta ya no es una condición absoluta ya que se han encontrado que los amasios de los ascendientes, los maestros y los sirvientes suelen también participar como maltratadores de un menor que este a su cuidado.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición "Es todo acto u omisión encaminada a hacer daño aún sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor" (Santana , Sánchez y Herrera, 1998, P. 40).

Como podemos ver la definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han abocado al tema partiendo desde la primera definición dada por Kempe en 1961, hasta la conceptualización dada por Manterola (1992, P. 174) y que para los fines de éste estudio es la que se tomará en cuenta y que a la letra dice ..."Son niños maltratados los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional y habitualmente, violencia física, emocional o ambas ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos"... En la anterior definición encontramos una adecuada relación entre los factores involucrados dentro del maltrato como son: la habitualidad, la violencia y la intencionalidad a ella sólo agregaríamos que también sufren de violencia sexual y que el maltrato puede ser proporcionado por personas que no tienen parentesco directo con el niño.

En la actualidad debemos reconocer el problema del maltrato como una problemática social cuya descripción ya no queda delimitada a los hallazgos médicos , ni su tratamiento se debe restringir a separar al niño de su hogar, en este momento al abordar la problemática es necesario reunir una serie de elementos que permitan evaluar cuantos y cuales son los factores que hacen que se presente, por lo que ha continuación presentaremos la casuística de éste.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2. Causas del Maltrato.

Las causas o etiología del fenómeno del maltrato abarca características tanto del agresor, como del agredido y del medio en que se desenvuelven, que hacen posible la aparición del maltrato hacia el menor.

1.2.1. Características del agresor.

Al revisar algunos estudios y referencias que hablan del porqué, el adulto es capaz de lesionar a un niño, encontramos que no existe una sola causa de esa agresividad, sino que son causas multifactoriales. Así encontramos los siguientes factores:

Edad del agresor.

Estudios al respecto han encontrado que la edad del agresor oscila entre los 20 y 30 años. Sin embargo, ocurre en cualquier edad adulta y va a depender de otros factores más que de la edad. (Foncerrada, 1982; Fontana, 1985; Aguilar, 1970; Loredó, 1984; Martínez y Reyes, 1993)

Sexo del Agresor.

Se han encontrado evidencias de que la que más agrede es la mujer y en éste caso la madre del niño. Esto no quiere decir que el padre no agrede, sino que el tiempo que pasa con él es mucho más corto que el que pasa la madre. La mujer dado el papel que le corresponde desempeñar dentro de la sociedad, sufre una serie de tensiones que la llevan a cometer actos reprobables como es el de maltratar a sus hijos. (DIF-PREMAN, 1985; Marcovich, 1978; Aguilar, 1970; Salas, 1988; Loredó, 1986). Sin embargo estudios más recientes señalan que tratándose de abuso físico el que más lo proporciona es el padre, siendo este más severo que el proporcionado por la madre (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, 1991; López y Melendez, 1997)

Antecedentes de golpes en la infancia.

En muchas ocasiones los agresores, padres y tutores han manifestado haber tenido ascendientes que los maltrataban, lo cual dio como resultado que crecieran con lesiones físicas o emocionales. La mayoría de ellos fueron educados bajo el mismo estilo que exhiben ante sus hijos. Estos padres padecieron una infancia difícil en la que conocieron la humillación, el desprecio, la crítica destructiva y el maltrato físico, lo cual hizo que llegaran a la edad adulta con una baja autoestima y alto nivel de frustración. (Foncerrada, 1982; Kadushin, 1985; Aguilar, 1970; Marcovich, 1981; Osorio, 1983; Gamboa, 1991).

Falsas expectativas sobre su hijo.

El niño es considerado en la mayoría de las veces como fuente de satisfacción y orgullo constante y cuando éstos no cumplen con éste requisito, los padres tienden a desilusionarse y frustrarse al ver que el niño no satisface sus expectativas y reaccionan con hostilidad para con él; esperan y demandan mucho de sus hijos y de manera prematura, tratándolos como si tuvieran más edad de la que en realidad tienen. Son incapaces de comprender las necesidades y desamparo propios de la edad del niño. (Marcovich, 1981; Silver, 1985).

Aislamiento social.

Una observación bien fundamentada, realizada por sociólogos, señala que quienes maltratan a los niños presentan un aislamiento de los sistemas de apoyo afectivos (Garbarino, 1977; citado por Wolfe, 1991) específicamente, incapacidad para que otras personas los ayuden en épocas de perturbación. Estas personas cuando se hallan en crisis parecen sentir que deben luchar solos, ya que una petición de ayuda supone para ellos un fallo; tienen la firme convicción de que ellos saben la manera de corregir y educar a sus hijos y no necesitan de la ayuda de nadie. Este hallazgo implica que la presencia de un estrés agudo o crónico, en ausencia de apoyos sociales (amigos, clubes, familia, etc.) aumentan la probabilidad de agresión física al niño.

Inmadurez emocional.

Traducida en el temor y la incapacidad para comprender y educar a sus hijos. En este grupo encontramos a los padres que tienen miedo de crecer. Algunos de ellos son literalmente poco más que niños o se han casado antes de la edad conveniente para asumir las responsabilidades de la paternidad y de la educación de sus hijos. Muchos de ellos nunca alcanzaron la madurez emocional. Sus propias necesidades continúan siendo lo primero.

Asimismo, hay padres que suponen que el niño llenará sus propias necesidades de amor. Esperan que el niño se comporte como adulto, que asuma el papel de protector, que lo cuide y lo ayude, que sea sustentador, que llene el vacío que existe en su vida. Sin embargo, el niño no puede desempeñar éste papel, él no da; pide, él no alimenta al padre, pide comida, reclama atención lo que hace que el padre se enoje y su cólera se transforme en maltrato. (Aguilar 1970; Kempe, 1985).

Déficit de habilidades y conocimiento sobre modelos de crianza de los padres.

Un padre abusivo con frecuencia carece de una serie de técnicas efectivas para reducir una conducta indeseable en su hijo o para desarrollarle nuevas habilidades deseables en él. Los intentos de modificar el comportamiento de los padres que enfrentan problemas con sus hijos demuestra que la habilidad de los padres para educar al niño no es un hecho consumado, sino más bien se requiere de una enseñanza sistemática. Nos enseñan a desempeñar correctamente un trabajo, pero nadie nos enseña a ser padres. Muchos padres recurren a métodos punitivos fuertes para encauzar el comportamiento del niño, si el padre no está enterado de las limitaciones del niño en cuanto a su desarrollo o sufre otras presiones de la vida, el uso del castigo puede llegar a ser severo y excesivo, lo que se traduce en lesiones para el infante. Estas deficiencias en la destreza de los padres y la carencia de conocimientos hacen de los abusos y los malos tratos un problema ampliamente extendido que exige la educación de los padres en áreas que conciernen al manejo de niños y a los procesos de desarrollo infantil (Wolfe, 1991).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Personalidad rígida.

En una minoría se encontró que algunos padres son excesivamente rígidos y estrictos con sus hijos y capaces de golpearlos con el fin de que corrijan conductas que para ellos no son adecuadas. Los padres sienten que sus hijos son de su propiedad y pueden hacer con ellos lo que quieran. Los padres disciplinarios pueden tener motivos diversos, pero su explicación de porqué hablan con rudeza a sus hijos o les pegan por cualquier motivo es la de que se encuentran en la edad en que no usar la vara equivale a mimar al pequeño es la forma en que ellos fueron educados y la misma en que intentan educar a sus hijos. En muchos casos se trata de personas rígidas que no creen estar haciendo nada incorrecto, aún cuando el castigo, que ellos infringen llegue al extremo de causar una lesión permanente o la muerte del niño. El padre disciplinario asocia una actitud de "tengo razón", con una terrible cólera o un feroz placer en lo que esta haciendo (Fontana, 1985)

Inversión del rol.

Kadushin (1985) menciona que los padres muestran una tendencia a invertir los papeles ya que aparentemente esperan que sus hijos los nutran y protejan. El niño es considerado como fuente de satisfacción de las necesidades de los padres, quienes al desilusionarse y frustrarse porque el niño no satisface esas necesidades, reaccionan con hostilidad hacia ellos.

El disparador de una violenta expresión de ira es, a menudo, una conducta trivial que el agresor interpreta como un acto propositivo de un ser malicioso dispuesto a ridiculizarlo y exhibirlo lo cual resulta intolerable para un padre, si precisamente del niño él espera lo contrario, esto es, cuando padres inseguros de ser merecedores del amor de los demás buscan en el hijo el reconocimiento y el afecto que otros, en especial sus padres, les negaron. Esta situación constituye lo que con justicia se ha calificado como "Inversión de roles o papeles". El mecanismo de agresión se puede atribuir a veces a una intensa identificación del niño con el cónyuge o la pareja odiada, esto es, cuando el niño es visto como hijo del otro con una o varias características atribuidas a éste y no como hijo propio. El hijo también puede ser objeto de profunda hostilidad cuando se le considera obstáculo a la libertad o a la realización de metas o actividades deseadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alcoholismo.

En algunos padres golpeadores además de alguna de las características antes mencionadas, se encontró que ingerían bebidas alcohólicas. El alcoholismo se considera como un agente lubricante en la maquinaria interna que produce el maltrato. Numerosos alcohólicos no pensarían en maltratar a sus hijos estando sobrios, pero bajo la influencia del alcohol, cualquier insignificancia actúa como disparador de su ira. Las personas que están preocupadas en beber hasta el grado de no poder actuar como empleados o amas de casa, se preocupan poco de las necesidades de sus hijos. Generalmente, son padres descuidados, madres o padres que dejan a sus hijos solos durante horas o incluso días, que no se preocupan si estos van a la escuela o no, que no se molestan en mantenerlos limpios o llevarlos al médico, porque su dependencia al alcohol consume su tiempo y su dinero. Así el alcoholismo en la vida familiar suele tener un efecto destructivo en la educación de los hijos (Fontana, 1985).

Drogadicción.

En cuanto a la drogadicción se ha visto que es una causa que si bien no es muy frecuente, si llega a estar presente en algunos padres maltratadores. En las familias donde se encuentra presente un padre toxicómano, la vida del niño es aún más difícil ya que el adicto es incapaz de atender sus necesidades mínimas. El adicto hace cualquier cosa para conseguir la droga que necesita, hurta, asalta, hiere, se prostituye, vende sus pertenencias etc. Al igual que el alcohólico su principal preocupación es la droga.

1.2.2. Características del agredido.

Característicamente el niño más predispuesto a la agresión es el menor de 3 años, de bajo peso al nacer y con retardo psicomotor o algún defecto congénito, enfermedad crónica o recurrente, que lo hace menos apto para responder a los estímulos y cuidados maternos (Foncerrada, 1980).

Marcovich (1981) señala además la existencia de hostilidad, llanto constante o bien una indiferencia total al medio que los rodea.

Kempe (1985) define una serie de características en los niños que pueden ser objeto de agresión por parte de los padres o cuidadores.

a) Niños prematuros. La razón de ello está en el hecho de que estos niños requieren atención especial lo que limita el contacto de la madre inmediatamente después del nacimiento y lo cual reduce la posibilidad de una vinculación efectiva entre madre e hijo; además estos niños al ser dados de alta del hospital requieren de mayor atención y cuidados y por consiguiente se les percibe como más exigentes. Además la prematurez se ha asociado con madres que tuvieron escasos cuidados prenatales, madres adolescentes y/o madres solteras que agravan el problema.

b) Niños con evidentes anomalías físicas, como por ejemplo labio leporino y paladar hendido que dificulta su alimentación.

c) Niños con discapacidades sea visuales, auditiva, sensoriales, dificultades de aprendizaje o impedimentos motores que les impiden dar respuestas gratificantes a sus padres.

d) Niños difíciles de criar, que no cumplen las expectativas de los padres, que lloran mucho o tienen una historia de conducta irritable e inquieta, con poca tolerancia a la contrariedad y a la frustración, o bien tienen una conducta rebelde e impulsiva.

Algunos autores como Birret y Birret, 1968 y Saucedo, 1979 (citados por Gonzales y Toriz, 1985) afirman que los niños agredidos son comúnmente producto de embarazos no deseados, un embarazo que comenzó antes del matrimonio o muy al principio de éste o en algún momento considerado como "extremadamente inconveniente". Sin embargo autores como Fontana (1984) explica que es incorrecto y peligroso predicar la doctrina de que todos

los niños maltratados fueron hijos no deseados y que todo hijo no planeado será en el futuro maltratado ya que en la práctica si hay casos con éste antecedente pero es una minoría.

Otros factores que han sido de interés lo constituyen los largos periodos de separación entre el recién nacido y su madre por causa de enfermedad o bien que los niños no correspondieron al sexo o características físicas esperadas.

Otro aspecto que se ha encontrado en investigaciones recientes es que el hijo al que más se maltrata es al hijo varón mayor este hecho se debe quizá a que es el primogénito en donde se depositan las mayores expectativas y es con el primer bebe con quien se vive la primera experiencia de ser padres (López y Meléndez, 1997).

En conclusión el niño prematuro, el niño discapacitado, el niño nacido fuera del matrimonio o nacido en un momento inadecuado para el matrimonio o ser del sexo no esperado presenta para los padres , aunque sea inconscientemente un estímulo adverso que, por lo tanto amenaza con potenciar cualquier predisposición que los padres puedan tener hacia el maltrato del niño.

De manera más activa, algunas pautas del comportamiento del niño conforman un serio peligro de maltrato. El niño irritable, el niño negativista, el niño exigente y abiertamente dependiente, el niño hiperactivo etc. Son niños que no responden a las expectativas de los padres y aunado a esto existen características en su medio ambiente que contribuyen a la presencia del maltrato.

1.2.3. Características del medio en que se desenvuelven.

Generalmente, en las familias en donde hay niños maltratados la vida es desordenada, existe inestabilidad y desorganización hogareña, desavenencia conyugal, problemas económicos enfermedades diversas, conductas antisociales, ausencia de cuidados, ropa sucia, alimentos deficientes o mal preparados, habitaciones en mal estado de higiene, desempleo o subempleo, embarazos no deseados y por lo tanto desintegración del núcleo familiar (Osorio, 1983).

Autores como Gil (1970, citado por Wolfe, 1991) atribuye el problema casi en su totalidad a determinantes socioeconómicos y culturales como vivienda inadecuada, hacinamiento, desempleo, bajos ingresos, problemas maritales y en particular a la pobreza y a la tolerancia cultural del castigo corporal en los niños, mientras otros investigadores como Jonhson y Morse (1968, citado por Wolfe, 1991) lo atribuye a la pobreza. Podemos considerar que el cuadro que acabamos de describir es el lugar en que con mayor frecuencia se desarrollan los malos tratos; pero esto no representa una regla sin excepción ya que se ha encontrado que en hogares bien integrados, con una sólida base económica y otras características positivas pueden darse y se dan casos de maltrato. Nosotras consideramos que los malos tratos pueden darse en cualquier grupo socioeconómico pero por diversas razones este hecho se presenta con mayor incidencia en niveles inferiores.

Un factor que influye en la ocurrencia del castigo y que se debe de analizar por separado es la validación del castigo como una norma de educación, ciertamente tal idea considera que el castigo, en el ámbito familiar, escolar, o social es un adecuado instrumento formativo. La relación castigo-educación es una norma social que lamentablemente sigue vigente hasta nuestros días. Sin embargo es importante diferenciar que no es lo mismo disciplinar que castigar.

Descubrir la causa exacta del maltrato es una situación no resuelta ya que como vimos no es solo una causa la que se encuentra presente en el, sino que se considera que es un problema multicausal.

Hefler (1973, citado por Baeza y Fanco, 1986) ha formulado tres componentes a saber:

- 1.- Predisposición al abuso por parte del adulto. Lo que se refiere a las características como la de haber sufrido golpes en la infancia, niñez poco afectiva, personalidad inestable, alcoholismo y/o drogadicción.
- 2.- Un tipo especial de niños. Niños con alguna discapacidad, niños inquietos, llorones, con algún problema físico etc.
3. Una crisis desencadenante. Que puede ser problemas económicos, desempleo o cualquier problema emocional que convierte al niño en blanco de la frustración de sus padres, o cuidadores.

Smith (1981, citado por Villalobos C. 1981) ha agregado el cuarto componente ya analizado con anterioridad que se refiere a la tolerancia cultural del maltrato.

1.3.- Formas de Agresión al Menor.

Hay dos formas fundamentales de abuso:

a).- La forma activa.

b).- La forma pasiva.

La forma activa incluye el abuso físico, emocional, sexual, fetal, escolar, maltrato en las calles y dos variantes conocidas como Síndrome de Münchhausen, y ritualismo. La forma pasiva incluye la negligencia y la falta de amor y cuidados al menor (Manterola, 1982).

1.3.1. Abuso Físico.

Se ha considerado al abuso físico, como la acción no accidental ejecutada por parte de padres, tutores o cuidadores que provoque lesiones físicas a un menor que va desde bofetadas y manazos hasta la muerte causadas por armas de fuego, objetos punzo cortantes, ahorcamiento etc. En México desde 1996 se ha conceptualizado jurídicamente ha este tipo de maltrato como ...“Todo acto de agresión intencional repetitivo, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar, o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control”... (Ley de Asistencia y prevención a la Violencia Intrafamiliar, 1996, P. 50).

Los niños que sufren este tipo de abuso suelen presentar datos de quemaduras, estrangulamiento, ahogamiento, apuñalamiento, mordiscos, o con señales de haber sido baleados o sometidos a choques eléctricos o aún más, con datos de haber sido arrojados violentamente. Marcovich (1978) al respecto comenta que entre las lesiones que presentan estos niños también se encuentran los hundimientos craneales producidos por golpes en la cabeza, con daño cerebral o bien, fracturas múltiples de huesos y lesiones en partes blandas del cuerpo que generalmente involucran daño visceral, que revelan un sadismo incontrolable.

Foncerrada (1982) tocando el mismo punto nos menciona que las lesiones físicas de un niño maltratado pueden ser de tipos, gravedad y tiempo de evolución muy diversa. Suelen encontrarse en ellos fracturas múltiples de diversa antigüedad con callos y alineamiento defectuosos, "cara de boxeador", equimosis y hematomas en diversas partes del cuerpo, en todos los casos sin explicación satisfactoria. El familiar en general, no hace mención alguna de estas lesiones en la historia clínica, y asegura después ignorar su existencia. Planteada la sospecha de maltrato, la realización sistemática de radiografías tanto de cráneo como de huesos largos pueden proporcionar elementos de certeza diagnóstica, al revelar la existencia de lesiones características como son: en primer término, el hallazgo de fracturas de diversa antigüedad y a menudo mal consolidadas o alineadas, en segundo termino, una serie de lesiones que se producen en un esqueleto en crecimiento que recibe repetidos traumatismos ya sea en forma directa o por tirones como son los desprendimientos periósticos, deslizamientos epifisarios, fragmentaciones metafisarias y fracturas en botón, o bien lesiones que por su localización revelan los intentos de la víctima por defenderse de la agresión como son los hematomas en antebrazos.

Se considera que el abuso físico es la causa más frecuente por la que el niño tiene el primer contacto con el médico y es ahí donde debe de utilizarse todos los medios posibles para detener el maltrato.

Por su parte, Kadushin y Martin (1985), nos dicen que el abuso físico puede ser cometido en varios contextos diferentes, como son las instituciones en donde se cuidan niños como son las guarderías, en algunas escuelas públicas así como en el seno de la familia, ya que como se menciono antes la sociedad misma esta de acuerdo en que se utilice el maltrato físico como medida disciplinaria.

1.3.2. Maltrato Psico-emocional.

Jurídicamente en México se considera al maltrato psicoemocional "...Al patrón de conductas, consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes

devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad"... (Ley de Prevención y Asistencia de la Violencia Intrafamiliar; 1996, P. 50).

Este tipo de maltrato se da a través de actitudes paternas de indiferencia, ausencia de amor, ausencia de mimos, exceso de disciplina, desprecio verbal, lenguaje hiriente, palabras ofensivas e insultos que denigran la personalidad del niño, los padres que se valen de éste tipo de maltrato son tan extraordinariamente insensibles, tanto para el dolor que causan al momento de insultarlo como para el daño perdurable que ocasionan. Este tipo de abuso por ser tan sutil no deja huellas a simple vista pero marca al niño en su autoestima dejándole huellas profundas en su personalidad. En estos niños se observa con frecuencia la búsqueda de cariño a través de satisfacciones corporales como chuparse el dedo y mecer su cuerpo. Su autoestima es muy baja casi no juegan, sus habilidades sociales están muy deprimidas. Son niños que tienen dificultad para hacer amigos y para integrarse a las actividades escolares. Pueden ser o muy pasivos o muy agresivos y hostiles, presentando por lo general problemas de conducta.

Según la Ley de prevención a la Violencia Intrafamiliar no se considera maltrato emocional a los actos que tengan por objeto reprender o reconvénir a los menores de edad, siempre que éstos sean realizados por quienes participen en la formación y educación de los mismos, con el consentimiento de los padres del menor, y que se demuestre que están encaminados a su sano desarrollo. Consideramos que la disposición anterior representa en realidad un peligro para el niño, pues conciente actos con objeto de "corregir" y este elemento eminentemente subjetivo puede ser interpretado de diferentes maneras ya que lo que para unos personas puede ser abusivo, cruel o innecesario para otros puede ser considerado prudente y adecuado con fines de corrección y educación. Por lo anterior el "derecho de corregir" puede ser manejado de manera caprichosa y arbitraria. Por lo que ningún tipo de maltrato emocional debe de quedar impune de comprobarse que existe dentro de la familia. Por lo que es conveniente que se clarifique un poco más el siguiente apartado que también forma parte de la ley anteriormente citada que nos dice..." Todo acto que se compruebe

que ha sido realizado con la intención de causar daño moral a un menor de edad, será considerado maltrato emocional en los términos de esta ley, aunque se argumente como justificación la educación y formación del menor"... (Ley de Prevención a la Violencia Intrafamiliar, 1996; P .50)

1.3.3. Abuso Sexual.

El abuso sexual se definió por primera vez en 1977 por Kempe..." como el involucramiento no deseado en cualquier forma de contacto sexual, manual, oral, genital u otro comportamiento relacionado, que un adulto impone a un niño o adolescente, y que éste, por la etapa de desarrollo psicosexual en la que esta no puede comprender. Las actividades sexuales incluyen a todas las formas de contacto: oral-genital, dígito-genital, contacto anal, caricias y abusos sin contacto como son: exhibicionismo y el uso de niños en la producción de pornografía o prostitución"...(Tomado de Escobedo, Loeza, Gomez y Diaz, 1995; P. 528)

El abuso sexual incluye en este caso a la paidofilia , que se define como la preferencia o adicción por tener relaciones sexuales con niños por medio de una violación o seducción, que desde luego contempla todas las formas de incesto, que se define como el contacto físico en cualquiera de sus formas mencionadas anteriormente entre parientes siendo la forma más frecuente la relación padre-hija que ocupa el 75% de los casos. (Filkelhor, 1993 tomado de Escobedo, Loeza, Gómez y Díaz, 1995).

Cualquier menor de edad es víctima potencial de abuso sexual, independientemente del sexo o edad que se presente, aunque es más frecuente en mujeres y las edades más afectadas son la preescolar y la escolar. (Simposium Regional De La Asociación De Psiquiatría 1994, Carteles 99-100).

..."En México se desconoce con exactitud la magnitud del problema, ya que la mayoría de los casos no se informan a las autoridades debido a un diagnóstico incorrecto o porque se oculta el problema pensando que ya no tiene solución, pero es una realidad que este delito es mucho más frecuente de lo que se cree, tan sólo en el Distrito Federal, las autoridades

judiciales recibieron cinco denuncias diarias de abuso sexual de menores, en promedio, durante 1996 (Datos proporcionados por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal PGJDF) y en 1993 la misma dependencia ya informaba que el abuso sexual ocupaba el segundo lugar de los delitos notificados con una incidencia de 24 %, del cual casi el total 23% correspondía a agresiones que habían sido perpetrados hacia menores de 13 años. Los delitos comprenden desde actos de exhibicionismo y tocamientos hasta hostigamiento y violación. Si se tiene en cuenta que, según algunos expertos, más del 90% de los casos se callan, el número de víctimas bien podría ascender a 18,000 al año"... (Salas, 1997; P. 89).

Según Finkelhor (1985) y Valladares (1993) las consecuencias del abuso sexual al menor se dividen en :

Consecuencias físicas y/o médicas.

- Lesiones y dolores del aparato genital.
- Moretones y excoriaciones en el aparato genital.
- Infecciones en el aparato genital como Sífilis, Gonorrrea, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- Embarazo.
- Problemas gastrointestinales.

Consecuencias sexuales a largo plazo.

- Conocimiento excesivo y prematuro de la sexualidad.
- Masturbación y erotización excesiva.
- Interés excesivo en las relaciones sexuales.
- Posible promiscuidad y/o prostitución.
- Homosexualidad.
- Frigidez.
- Eyaculación precoz.
- Impotencia.

Consecuencias psicológicas.

- Hiperactividad, tensión, aislamiento, restricción de las actividades cotidianas.
- Llanto constante.
- Alteraciones de los patrones de sueño (insomnio y pesadillas).
- Falta o exceso de apetito.
- Cambio de conducta abruptas.
- Bajo rendimiento escolar, deserción o ausencia escolar, miedo a los mayores.

1.3.4. Abuso Fetal.

Desde 1957, en que las Naciones Unidas establecieron la Declaración de los Derechos del niño y fueron aceptados universalmente, se ha comprendido el problema del maltrato en sus variantes clásicas: maltrato físico, abuso sexual y privación emocional. Hoy día se trata de extender el marco de referencia a la vida fetal, por lo que se creó el término "abuso y negligencia fetales" para todo aquel acto que de una manera intencional o negligente cause lesión alguna al producto de la gestación. Esta nueva concepción del maltrato se comprende mejor si analizamos el primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos del Niño que señala: "El niño por su inmadurez física y mental requiere de cuidados especiales, incluyendo la protección legal adecuada antes y después del nacimiento"(Preamble, 1959; tomado de Sierra y Loredo, 1994; P. 61) Es por ello que en este problema se ven implicados tanto los médicos como los padres y la sociedad misma, la cual debe de proveer un ambiente adecuado para que el niño ejerza el derecho a nacer sano.

Un punto necesario de tocar es el referente al aborto inducido, que es el término empleado para designar la expulsión del embrión debido a un esfuerzo intencional para terminar el embarazo, éste tipo de aborto se intenta a través de una amplia gama de métodos; estos esfuerzos van desde el sondeo del útero, toma de diversas píocimas abortivas, exceso de ejercicios hasta las maniobras hechas por los médicos como son la aplicación de oxicocicos endovenosos hasta la realización del legrado uterino instrumental todo ello con la finalidad de destruir la vida del producto de la concepción y que constituye una forma de maltrato.

La influencia del ambiente materno en el desarrollo y crecimiento fetal es decisiva para el producto y para su vida futura. Durante el embarazo, una madre debe rodearse del ambiente más propicio posible, aún cuando se sabe que eso no siempre es posible por factores sociales, económicos o por costumbres y hábitos maternos (por ejemplo consumo de alcohol, tabaco, drogas, medicamentos y otros).

Consumo de alcohol.

Se ha establecido que la ingesta rutinaria de alcohol o cerveza en las mujeres embarazadas puede provocar en el niño el síndrome de alcoholismo fetal, que se caracteriza por retardo en el crecimiento pre y posnatal, anomalías congénitas múltiples y déficit mental de grado variable.

Consumo de tabaco.

Los efectos que produce en el feto son muy conocidos y se manifiestan fundamentalmente por bajo peso pre y posnatal, aumento del monóxido de carbono en la sangre y cordón umbilical.

Consumo de drogas.

Si la mujer embarazada consume narcóticos puede ocasionar placenta previa, abortos espontáneos, retraso en el crecimiento intrauterino, microcefalia y lesión cerebral de grado variable; dichos efectos se han relacionado más con el empleo de la cocaína que con otras drogas. La ingestión de drogas también provoca en el recién nacido el síndrome de abstinencia el cual puede provocar la muerte del recién nacido en sus primeras horas de vida. En resumen las embarazadas deben abstenerse de consumir drogas y fármacos con efectos teratogénicos, evitar o reducir la ingesta de alcohol y tabaco y no tomar ningún medicamento si no es bajo prescripción médica.

1.3.5. Maltrato Escolar.

Según el artículo Tercero Constitucional, en la República Mexicana está consagrado el derecho a una educación gratuita y obligatoria, como una forma de asegurar un acervo básico común para todo niño: saber leer y escribir, manejar las operaciones aritméticas básicas, tener una visión general del mundo que lo rodea, conocer y compartir los elementos que conforman la propia identidad nacional (historia, geografía, arte, economía, etc.)

Sin embargo cada año, un millón de menores entre seis y 12 años de edad se ven obligados a reprobar y repetir su grado o a abandonar definitivamente la escuela. Mucho tiene que ver en este fenómeno, la ausencia de un apoyo material y psicológico en la vida familiar pero también la escuela misma funciona en un ambiente general de maltrato en donde a los niños más pobres e indefensos se ven afectados mayormente por sus indeseables prácticas cotidianas.

El primero y más grande maltrato que aplica la escuela a los niños de escasos recursos económicos y en la pobreza extrema es la absoluta falta de servicio gratuito. Ningún menor puede permanecer en la escuela pública si no cumple con los pagos "voluntarios" que durante todo el año le exigen. De esa manera, se le roba al niño el derecho de no pagar por su educación que la Constitución consagra y, además, se le quita tiempo efectivo académico, por la preparación de innumerables celebraciones escolares.

La tremenda libertad con que los maestros manejan los recursos disciplinarios es otra variante de maltrato social, ya que en gran medida estos excesos son permitidos tanto por la institución como por los padres mismos (Guzmán, 1994).

El maltrato al pequeño también se presenta cuando las expectativas escolares o académicas, son superiores a los logros y adelantos del niño en cualquier grado escolar.

Cuando los pequeños presentan alguna dificultad específica al enfrentarse al aprendizaje de la lecto-escritura y el cálculo, es frecuente que el maestro evalúa a la totalidad del grupo fijándose parámetros con base a un nivel de eficiencia final que todos los alumnos "deben alcanzar", al no ocurrir lo esperado la falla se atribuye solo al niño culpándolo con

calificativos peyorativos y poniéndole etiquetas que van en detrimento de su autoimagen y seguridad personal (Pérez, 1992)

1.3.6.- Maltrato en las calles.

Inicialmente se debe de clasificar a los niños que están en la calle en dos grandes grupos: "niños de la calle" y "niños en la calle". Dentro del primer grupo quedan comprendidos aquellos menores que no tienen hogar y, por consiguiente, ni familiares que los reclamen. Estos menores viven en la calle, o bien en instituciones especiales de las cuales casi siempre huyen. El segundo grupo está constituido por niños que aún contando con un hogar o con familiares, deciden por diversas razones lanzarse a la gran aventura de vivir en la calle, donde piensan que podrán expresarse como ellos quieren. Explicar esta diferencia permite determinar o suponer antecedentes que quizá expliquen algunas conductas de los niños.

Dónde se localizan?

- Grandes ciudades.
- En zonas fronterizas.
- En zonas turísticas.
- En zonas petroleras.

Riesgos constantes.

- Desnutrición o anemia o ambas.
- infección o parasitosis o ambas.
- Accidentes viales.
- Agresión verbal, física y/o sexual.

Enemigos principales.

- Agentes de seguridad social (policia).
- Drogadicción y alcoholismo.
- Prostitución.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Es posible concluir que detrás de cada niño callejero no siempre existe el antecedente de una madre prostituta, de un padre alcohólico o delincuente, de una madre soltera o de padres desconocidos. Probablemente en muchos casos se trate de un producto más de la desintegración familiar cada vez más frecuente en nuestro país (Loredo, 1994a).

1.3.7. Síndrome de Münchhausen.

El "Síndrome de Münchhausen" también conocido como "Síndrome de Münchhausen por proximidad o Síndrome de Polle", fue reportado por primera ocasión por Meadow en 1977 (citado por Romano, 1992) caracterizándose esta entidad por el hecho de que un adulto, en el más alto porcentaje alguno de los padres y generalmente la madre, hace aparecer a su hijo enfermo, creándole una sintomatología bizarra, de larga duración e irreductible a cualquier proceder médico.

Para el logro de tal enfermedad los padres utilizan toda una gama de recursos: falsificación de exámenes de laboratorio a través de la contaminación de los productos de estudio, datos falsos en la historia clínica, automedicación, falsificación de estudios radiológicos etc.

Los síntomas que los padres con mayor frecuencia provocan en sus hijos son hemorragias, crisis convulsivas, crisis de apnea, diarrea, vómito, fiebre, erupciones, cuadros de hipervitaminosis y problemas en la alimentación.

Comúnmente los padres se muestran como personas solícitas y amables, muy preocupados por el padecimiento de su hijo, conducta que con el paso de los días se torna en una demanda exagerada de atención de los médicos y enfermeras, en una sobrevigilancia del cumplimiento de las órdenes médicas y en un reclamo cotidiano de que a su hijo se le realicen todos los exámenes y estudios necesarios, independientemente de lo sofisticado, doloroso o traumático que éstos sean. Ante una patología que no cede al tratamiento, una etiología que no se esclarece, una historia de repetidas hospitalizaciones el médico debe de sospechar de éste tipo de maltrato y hacer la investigación pertinente (Romano, 1992).

1.3.8. Ritualismo.

Una de las variedades de maltrato puede ser el de abuso ritual, el cual posee algunas características a saber: a) son muchos los niños que constituyen un objeto de abuso sexual o

físico o ambos; b) existen diversos perpetradores, incluyendo adultos del sexo femenino, quienes intentan crear en los niños un ambiente religioso en el cual sufrirán los diversos tipos de agresión, y c) los menores son amenazados si se atreven a relatar los hechos vividos. En este tipo de rituales, existe una unión entre aspectos religiosos, mágicos y sobrenaturales mediante los cuales el agresor o el grupo de agresores infunden miedo y temor a los niños. Kelly (1988 citado por Loredo, 1994b), señala que esta actividad posee tres tipos: a) culto verdadero. El abuso sexual es una parte de la completa introducción del niño en el grupo; b) seudoritual, donde el abuso sexual es la actividad primaria y los cultos rituales secundarios, y c) ritual psicopatológico, en que los adultos enfermos mentalmente, abusan de los niños mientras emplean algún rito de su religión. Aunque numerosos profesionales, incluyendo a los de la salud ven este fenómeno con escepticismo, los acontecimientos ocurridos en Monte Carmelo en 1993 y los de Georgetown en 1978, obliga a considerar el fenómeno con seriedad (Loredo, 1994b).

Cabe analizar en este apartado los efectos que pueden sufrir los niños que tienen padres que pertenecen a ciertas comunidades religiosas y cuyos preceptos no permiten el empleo de sangre o sus derivados, ni el trasplante de órganos, ni el uso de medicamentos, hormonales, etc. y su lugar utilizan substitutivos de los mismos, por ejemplo oraciones y tratamiento espiritual.

Dentro de este contexto, aunque excluidas de prácticas rituales, han de considerarse ciertas prácticas de "medicina popular" que pueden dañar a los niños. Tal es el caso de tratar la "caída de mollera" debida a deshidratación por vómito y diarrea, manteniendo al menor con la cabeza hacia abajo, esta medida que no resuelve el problema de deshidratación puede favorecer la aparición de hemorragias retinianas. Otro ejemplo es la ingestión de *poch* un aguardiente muy popular en la comunidad Chamula que es tomado por toda la familia incluyendo niños durante la oración llegando a la embriaguez y eructando después para arrojar a los "malos espíritus". Otro más es de pretender curar la diarrea "sobando" para despegar de la mucosa intestinal lo que le causa la diarrea. Estas prácticas suelen ocasionar

daño a los niños aunque no son causadas intencionalmente, si tienen repercusiones en la salud de los mismos (Loredo, 1994b).

1.3.9. Negligencia o Abandono Físico.

Se considera al abandono físico al conjunto de abstenciones u omisiones, como es el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos, o bien, la ausencia de protección al niño contra riesgos físicos y sociales.

Este tipo de maltrato se considera pasivo, ya que aquí la intención de los padres o cuidadores no es la de destruir al niño, sino más bien la incapacidad para criarlo. No se debe de olvidar que la negligencia a los niños va siempre acompañada de una multitud de problemas como: inestabilidad conyugal, pobreza, enfermedades físicas o psíquicas. La vida en estos hogares es caótica: comidas no preparadas, vestimentas que no se limpian, departamentos sucios, con niños abandonados a sí mismos. Según Cherry (1971) se pueden distinguir dos tipos de madres negligentes: las que no aciertan a asegurar los cuidados médicos y aquellas que, reiteradas veces, rehusan brindárselos.

En el primer grupo, las *madres negligentes* pueden inquietarse por la salud de sus niños, pero estiman que los cuidados necesarios tienen un precio muy elevado, no solamente financiero sino especialmente emocional. Ir hasta la clínica (a menudo alejada) y esperar ahí 2 horas, o más, las extenua. Dejan toda la responsabilidad del tratamiento al médico a la terapeuta y exigen un tratamiento y curación inmediata. Después de 2 o 3 consultas, están hartas y no concurren más a las citas. Así pues, estas madres desean que a sus hijos se les asista, pero son incapaces de asumir la responsabilidad del tratamiento.

En el segundo grupo, el de las *madres olvidadizas*, siempre distraídas, resulta todavía más difícil obtener que se apliquen los cuidados. A menudo carecen de capacidad para percibir las penurias de sus hijos: las únicas que pueden comprender son las propias. De tal modo, la madre viene a la consulta posnatal pero para que la atiendan a ella y no al niño, cuando el niño se enferma ella dirá que lo hace para hacerle la vida más difícil, muy frecuentemente olvidan darle sus alimentos y medicamentos a su hora.

1.3.10. Abandono Emocional.

Se considera abandono emocional a la ausencia de estímulos afectivos y motivaciones en la vida del niño, así como la ruptura de lazos emocionales con los padres.

Se sabe que cuando este tipo de maltrato es desde el nacimiento, los padres no se acercan y acarician a sus hijos, los bebés dejan de llorar y se vuelven apáticos. Esta dinámica entre los bebés y los padres, provoca un ciclo de no respuesta en las familias que generalmente se observa a lo largo del crecimiento de los niños. Al ingresar al colegio no tienen la capacidad de visualizar sus conductas como buenas o malas y no sabrán como relacionarse con sus semejantes manifestando además una bajísima autoestima, un patrón de afecto negativo y una incapacidad para responder apropiadamente al comportamiento normal de los adultos. Los padres muestran un rechazo evidente hacia su hijo, dándoles una calidad de cuidados muy pobre y desaprobando constantemente las actividades normales y naturales de los niños.

Después de haber hecho una revisión acerca de la definición del maltrato infantil, sus causas y las formas en las que se presenta es importante hablar un poco acerca de las diferentes teorías que lo han abordado.

1.4. Teorías.

1.4.1. Enfoque Psiquiátrico.

Gran parte de la información que se obtuvo inicialmente acerca del abuso a los niños surgió del enfoque denominado psiquiátrico, en donde se trataba de caracterizar la personalidad del padre abusivo, en el supuesto principal de que estos padres poseen características distintivas de una personalidad patológica. Quienes propusieron este modelo han intentado definir tipos de carácter o rasgos de la personalidad que pueden ser identificables y diagnosticables. Algunas de estas características más ampliamente reconocidas de quienes maltratan a los niños son el alcoholismo (Blumber, 1974; Johnson y Morse, citados por Wolfe, 1991) un deficiente control de los impulsos y experiencias negativas durante la propia infancia (por ejemplo críticas, abusos o golpes), que condujeron a una imagen pobre de sí mismos y a puntos de vista deformados acerca de la niñez. Durante este periodo de investigación preliminar acerca del maltrato infantil se consideró que quienes maltrataban

eran personas con serias perturbaciones emocionales, incluso psicóticas. Sin embargo, la mayoría de los estudios sugieren que el porcentaje de padres abusivos que podrían considerarse psicóticos es aproximadamente del 5% (Kempe, 1985). Los intentos por identificar las características de la personalidad que distinguirían a los padres abusivos de los normales, han producido resultados poco consistentes y de escaso valor práctico (Friedman, 1981; citado por Wolfe, 1991). En resumen, parece existir poco acuerdo acerca de las variables de la personalidad de los padres que los conducen a maltratar a los niños. Spinetta y Rigler (1972, citados por Wolfe 1991) concluyeron que si bien la bibliografía en torno al tema se reconoce la presencia de un defecto en el carácter, que permite que los impulsos agresivos se expresen, hay desacuerdo acerca de la fuente de estos impulsos. Así la amplia variedad de factores psiquiátricos y de la personalidad identificados en los padres golpadores obliga a dudar que exista una personalidad abusiva específica.

1.4.2. Enfoque Sociológico.

La explicación del maltrato con una orientación sociológica, nos dice que éste se presenta por la tolerancia cultural de la sociedad que convalida la violencia y por la situación socioeconómica de la familia, situación de privaciones y tensión: esta última es el resultado de enfermedades, fricciones conyugales, de desempleo, mala vivienda, discriminación o de escasos ingresos que estimulan la frustración, la cual a su vez se manifiesta en agresión contra los niños. Además se considera que el aislamiento social y la falta de un sistema de apoyos sociales están relacionados íntimamente con el maltrato. En este sentido, los factores potenciales de estrés son prácticamente interminables, y el argumento de que la pobreza es una característica definitiva puede resultar errónea. Otros factores sociales que se consideran como variables importantes en el maltrato infantil incluyen los embarazos no deseados así como la alta tasa de divorcios y separaciones entre la pareja. No obstante, la posible importancia del estrés en tales familias, algunas investigaciones revelan que no existen diferencias substanciales entre las familias abusivas y las que no lo son. Más bien lo que parece estar vinculado con el maltrato infantil es la combinación específica de circunstancias ambientales en determinada situación familiar.

1.4.3. Enfoque Psicosocial.

En una explicación psicosocial, se combinan las tensiones sociales que pueden actuar como contexto desencadenante del maltrato, y los factores psicológicos del individuo que predisponen al adulto a recurrir al maltrato, como respuesta selectiva para abordar los problemas del manejo del niño. La tensión situacional es una carga incremental impuesta sobre la tensión psicológica, por lo que aumenta la sobrecarga total de tensión a que está sometido el individuo y que este debe encarar.

1.4.4. Enfoque Interaccional.

La insatisfacción por la forma de exponer el maltrato al menor en las aproximaciones anteriores, nos lleva a otra alternativa que ha sido designada como modelo "situacional social" (Parke y Colmer, 1975 citados por Kadushin, A. 1985), modelo de "efectos del niño sobre sus cuidadores" (Belsky, 1980) o modelo "interaccional social" (Burgess, 1979; citados en Kadushin, A. 1985). En esta aproximación se considera no sólo las características del agresor, sino que se toma al niño como un sujeto activo en la situación; es decir, que el comportamiento del niño puede actuar como factor desencadenante del maltrato. Además de tomar en cuenta los factores psicológicos y sociales como variables interaccionales que afectan la relación padre-hijo.

Tradicionalmente y hasta épocas muy recientes, la teoría y asesoramiento de la relación padre-hijo estaba postulada en un sentido meramente unidireccional, en el cual era el padre, invariablemente, el agente activo de la relación mientras que el hijo el efecto, es la razón por la cual se dieron algunos presupuestos que pretendían ser irrefutables en su momento tales como "no existen niños problema, sólo "padres problema", "los problemas emocionales de los niños son el resultado de los problemas emocionales de sus padres".

Las relaciones padres-hijo pueden caracterizarse con mayor exactitud con el resultado de transacciones simultáneas, recíprocas, dinámicas. Ambas partes del acto de transacción estimulan la respuesta y actúan en respuesta al estímulo: las dos dirigen activamente el curso de los hechos. El niño es formado por la conducta de los demás, mientras que simultáneamente, forma la conducta de los demás. Al hacerlo el niño modifica, regula y

condiciona la conducta parental, creando en cierta medida su propio entorno. La bidireccionalidad, a diferencia de la orientación unidireccional, considera que el niño es un participante activo en el proceso, y no simplemente el objeto exclusivamente reactivo de las intervenciones parentales. Así esta aproximación considera al hijo y al padre como miembros de sistemas socio-psico-biológicos incluidos en un proceso en marcha de modificación mutua. En otro capítulo, la información sobre esta aproximación se retomará y ampliará. (Kadushin y Martin, 1985).

1.4.5. Modelo del Aprendizaje Social.

Bandura (1973 citado en Bandura y Ribes, 1978) partiendo de los estudios conductuales, indica que no sólo se aprende de las experiencias directamente reforzadas, sino que dicho aprendizaje está en función de los modelos observados por el niño y que no son necesariamente reforzados.

Al hacer una análisis de la agresión, se toman en cuenta tres factores: origen, instigadores y reforzadores. El origen puede vincularse a tres fuentes de conductas agresivas:

- Las influencias familiares. Los primeros modelos de los cuales los niños aprenden son los padres, de esta manera si los padres valoran sobremanera el uso de la fuerza estarán fomentando en sus hijos esta conducta.
- Influencias subculturales. Dentro del sistema social en el que está inserta la familia, los valores de ostentación de fuerza son reforzados a través de una preferencia social.
- Modelamiento simbólico. Esta tercera fuente está constituida por los medios masivos de comunicación, los cuales hacen exaltación de la violencia en las relaciones interpersonales. El modelo simbólico es mas observado en las prácticas sociales: un grupo de gente puede adoptar cierta actitud hacia la autoridad por incumplimiento de sus obligaciones y a través de ello consiguen una solución, esto hace que otras personas adopten la misma actitud.

Ahora bien, las conductas aprendidas no son expuestas arbitrariamente, sino que se derivan de factores instigadores de la agresión. Una situación desinhibitoria de la agresión se da cuando el sujeto consigna que no va a obtener consecuencias negativas por su conducta. Ver que otros agreden incita a la violencia y si esta actitud es gratificada, incrementa el estímulo y la respuesta.

El reforzamiento de la violencia puede ser externo o interno. El externo generalmente puede verse bajo la forma de recompensa y estímulo; suelen ser menos importantes dentro del proceso de aprendizaje. El reforzamiento vicario adquiere mayor importancia, debido a que no necesariamente es una experiencia directa. Cuando la gente observa que actos violentos son pasados por alto o castigados, aprende de igual forma que si fuese una experiencia directa (Duarte, 1994).

1.4.6. Modelo Psicoanalítico.

En la teoría psicoanalítica para Freud existen dos instintos que rigen la vida humana: instinto de vida y el instinto de muerte.

De la misma forma que se tiene capacidad de crear, de dar vida, también se tiene la capacidad de destruir. Se está determinado desde el nacimiento a ser agresivo y esta tendencia según Freud está determinada por la misma naturaleza (Duarte, 1994)

De forma secundaria el instinto de destrucción se desvía hacia otras personas y entonces se denomina agresión. Ureña (1977, citado por Duarte 1994) menciona que el ser humano necesita de otros para poder subsistir, pero al mismo tiempo existe la tendencia a romper los lazos que los une a otros seres, entre ellos la familia, descarga su energía autodestructiva en forma de agresión.

Los contemporáneos apoyándose en Freud, menciona que a pesar de las inhibiciones, las reacciones violentas deben suceder de vez en cuando, pues de lo contrario la agresividad va acumulándose al grado de que llega el momento en el que el individuo “explota” y es incapaz de detener su agresión (Goldstein, 1978 citados por Escobar, 1997).

La agresividad es el impulso, el instinto genético que hace que sobreviva el individuo y la especie. La violencia es la agresividad básica, gratuita que va más allá de los límites de la supervivencia .

1.4.7. Enfoque Ecológico.

Una perspectiva ecológica es aquella en donde se concibe que el individuo se desarrolla en una relación dinámica y como parte inseparable de los escenarios en los que funciona durante toda su vida. Esta perspectiva se basa en la ecología del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1979, citado por Shea y Bauer 1999) que habla de la relación de los seres humanos con su entorno. Así desde esta perspectiva el desarrollo humano es la acomodación mutua y progresiva , entre un ser humano activo en crecimiento y los escenarios siempre cambiantes en los que funciona , así como las relaciones entre los escenarios y los contextos ecológicos en donde se inserta. Por ello el desarrollo humano no debe verse como una serie de relaciones de causa y efecto entre el individuo y el entorno, sino como transacciones o intercambios entre ambos donde cada uno es alterado por el otro.

Así el maltrato infantil es concebido como un serie de interacciones complejas y no como un incidente aislado, esta serie de transacciones o patrones continuos nos hablan de que los individuos implicados se influyen de forma reciproca para causar perturbaciones en el proceso de cuidado. Este enfoque considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una situación temporal y la existencia de varios factores de riesgo que hacen que se presente el maltrato.

Podemos concluir que el maltrato ha existido siempre, y es un fenómeno que persiste hasta nuestros días, ya que dada la multiplicidad de factores que en él convergen, puede ser considerado como un mal mundial presente en todos los sectores de la sociedad . Desafortunadamente como veremos en el siguiente capítulo uno de los grupos que más sufren de maltrato son los niños con discapacidad por lo que es el tema que ha continuación tocaremos.

CAPITULO II

**¿ POR QUE EL MALTRATO INFANTIL
EN NIÑOS DISCAPACITADOS?**

CAPITULO II

¿POR QUÉ EL MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS DISCAPACITADOS?

2.1. Antecedentes Históricos de la Discapacidad.

De acuerdo con Ingalls (1982, citado por Bejar, 1991) la discapacidad siempre ha estado presente desde que existe el hombre, pero son muy pocos los antecedentes de cómo fue tratado en las primeras civilizaciones, en Grecia específicamente en Esparta, practicaron el infanticidio con los discapacitados que tenían problemas físicos o mentales. Esta práctica perduró hasta el Imperio Romano, a pesar de que muchos romanos de alta jerarquía protegieron a algunos discapacitados con el fin de usarlos como diversión (bufones). Durante la Edad Media y parte del Renacimiento el trato dado a los retardados fue muy diverso; a algunos se les continuó usando como bufones y a otros se les atribuyeron cualidades religiosas, pero otros se les propinaban castigos inhumanos pues creían que estaban poseídos por el demonio y era a través del exorcismo que pretendían curarlos, algunos más fueron recluidos por considerárseles enfermos y a otros se les encerró por largos periodos junto a prostitutas y ladrones. Realmente muy pocos fueron los que recibieron cuidados y buen trato al ser recluidos en monasterios (Clelan, 1987; citado por Bejar, 1991). Con el Renacimiento llega la disolución de muchos pensamientos supersticiosos y empieza la modificación en el trato que se les proporcionaba antes. A fines del siglo XVIII surge un verdadero interés por estas personas que hasta entonces habían sido olvidadas por la ciencia. Jean Tirard es uno de los primeros en tratar de mejorar y adaptar a la sociedad de ese tiempo a uno de estos individuos, es así como en 1797 se interesó por educar a un niño que se encontraba en estado salvaje y que era conocido como "el salvaje de Aveyrón" ; Itard, influenciado por la filosofía inglesa representada por Condillac y Locke este último sostenía que "todo lo que el hombre llega a ser está determinado por su ambiente y que las capacidades del hombre son casi infinitas si se le proporciona la crianza y educación adecuadas"(Ingall, 1982, P. 82, citado por Bejar, 1991). El tratamiento proporcionado al niño duró cinco años en los cuales obtuvo logros

importantes como el desarrollo y rehabilitación de los órganos de los sentidos y sensibilidad, discriminación de colores y objetos, empleo de símbolos lingüísticos, desarrollo de conductas de autocuidado, atención, memoria, etc. Sin embargo no logró que fuera independiente, esto llevó a Itard a abandonar el caso. No obstante este primer interés muestra como un individuo designado como "idiotita" puede ejecutar habilidades sociales si se le capacita (Itard, 1982; citado por Bejar, 1991).

Para el año de 1835 Eduard Seguin, discípulo de Itard adiestra a un niño discapacitado en el uso de los sentidos, del lenguaje y escritura; en 1846 publica su libro sobre capacitación y tratamiento del retardado. Dos años después Seguin emigra a los Estados Unidos debido a los conflictos internos y externos que Francia estaba padeciendo, en 1876 es electo presidente de la Asociación de Oficiales Médicos de Instituciones Estadounidenses para personas Idiotas y Débiles Mentales, en esta asociación Seguin propone un sistema de educación llamado Método Fisiológico, en el que se da prioridad al ejercicio muscular y sensorial a través de diversas actividades. Lo anterior da como resultado el surgimiento de las primeras escuelas de educación especial en cuyos programas destacaban la enseñanza de la música, carpintería, educación física, materias académicas y aptitudes sociales. En los inicios del siglo XX la Eugenesia o "cria selectiva" y el surgimiento de las pruebas de inteligencia prometían mejorar a la humanidad al no permitirse la reproducción de los individuos de baja inteligencia, lo anterior ocasiona que toda la ayuda brindada a los discapacitados disminuya y muchos fuesen aislados durante su etapa de fertilidad, y otros fuesen esterilizados, legalizándose esta acción en 1927 en los EE.UU. No obstante estos acontecimientos tan desfavorables, ocurren avances científicos con relación a los discapacitados el más importante fue que ha partir de aquí se reconoce la discapacidad como un fenómeno diferente a la enfermedad mental. Es además en éste siglo que surge un fuerte interés por parte de la sociedad para mejorar las condiciones de las personas con desventajas físicas y/o psicológicas pero sobretodo para prevenir el retardo. Esto se inicia a partir de 1930 en que surgen los primeros programas de beneficencia y seguridad social.

Al igual que en muchos otros países, durante este siglo en México crece el interés por atender a las personas con discapacidad. Encontramos así antecedentes de atención para este tipo de problemas durante el gobierno de Benito Juárez que funda la Escuela Nacional

de Sordos en 1867 y en 1870 que constituye la de Ciegos. En 1914 el Dr. José de Jesús Gonzáles organiza la primer escuela para "Deficientes Mentales" en la ciudad de León. Durante los años 20's surgen los primeros grupos de capacitación y experimentación pedagógica para atención de "deficientes mentales" en la Universidad Nacional Autónoma de México. En los años 30's hay un avance significativo al incluirse en la Ley Orgánica de la Educación un apartado para proteger a los "deficientes mentales" por parte del Estado.

En la siguiente década se consolida la Educación Especial en México esto en respuesta a las demandas de profesionales y familiares de niños con retardo (Bejar, N. 1991).

Como puede observarse, muchos han sido los papeles sociales y los conceptos que se han manejado alrededor de las personas discapacitadas en las diferentes sociedades y culturas, sin embargo en la gran mayoría de los casos, no han sido justas ni favorables e incluso se ha exacerbado durante algunas épocas. Por ejemplo, durante el siglo XX se cometieron grandes crímenes en Alemania, por el ejército Nazi, durante la segunda guerra mundial, en donde diversas atrocidades se realizaron, "en busca de la raza perfecta" en la cámara de gases o con la ingesta de sustancias letales que se proporcionaron en forma selectiva, antes que ha nadie, a las personas con alguna discapacidad. El racismo, intolerancia y complejos de superioridad, imperaron en esta época no solo para exterminar a los judíos, mujeres y ancianos; sino también a las personas con discapacidad. En este mismo siglo, las personas con discapacidad dieron origen a una industria floreciente en los países ricos, en donde se construyeron enormes edificios, llenos de pseudo especialistas, algunos veces en condiciones precarias, otras veces con todo el lujo posible, en donde se recluían a las personas discapacitadas con la promesa de curarlos por parte de los especialistas y en donde los familiares los dejaban olvidados para siempre. Considerando que no debían molestar a las demás personas, ni constituir las manchas de la sociedad.

Sin embargo desde hace algunos años, han surgido personas que iniciaron un camino de liderazgo para hacer que las personas con discapacidad pueden vivir mejor, Tomás Moro en su libro clásico "Utopía", describe las relaciones que se pueden establecer entre las personas con discapacidad y las personas aparentemente normales, así como los sentimientos y espíritu de fraternidad que surgen entre ellos. Considerando a las personas a cargo de las discapacitados como privilegiadas, que debían ser seleccionadas

cuidadosamente, con las más altas condiciones morales, pues deberían ser las más fuertes, las más nobles; ya que ellas tendrían la mejor tarea a desempeñar en esta ciudad utópica, estarían en contacto con los seres más nobles, puros y queridos, las personas discapacitadas (Ortega, 2000).

En materia de discapacidad vivimos aún en una jungla al inicio del nuevo milenio en la que se cristaliza la máxima Darwiniana de la "supervivencia del más fuerte". En nuestra sociedad moderna, dos tercios del mundo no cuentan con facilidades especiales, ni medicas, ni educativas para los discapacitados, y otros continúan poniéndoles rótulos, se le segrega física, educativa y emocionalmente del resto de la población, con abusos, exclusión, carencia de oportunidades, marginación, falta de valoración, discriminación, indiferencia, negligencia, olvido y hasta vergüenza. Este es el panorama real mundial en nuestros días, que nos muestran los reportes de las organizaciones internacionales de discapacitados.

Es por ello, que en todas partes del mundo han surgido padres líderes, que inconformes con la realidad que les ofrecen sus países, han tenido que crear los servicios para sus hijos, al principio, estas organizaciones se formaron de manera informal, pero posteriormente estas organizaciones fueron creciendo y formando asociaciones formales legalmente constituidas con metas y objetivos bien definidos en pro del sujeto discapacitado. Como podemos ver la historia de los discapacitados no ha sido nunca estable ni segura, lo cierto es que las desviaciones de cualquier tipo siempre nos han parecido una amenaza, lo diferente nos molesta, pero al mismo tiempo tenemos una fuerte curiosidad por aquello que nos parece sobrenatural, desde considerarlos demonios hasta dioses, de lo mítico a lo vulgar. En esa eterna búsqueda nos hemos encontrado con contrastes muy notables, así como han existido padres que han rechazado a sus hijos discapacitados ha habido otros que han luchado y seguirán haciéndolo para mejorar sus condiciones.

En resumen el retardo ha existido desde épocas muy remotas pero es hasta el siglo XIX que identificado como tal y es partir de ese momento y hasta nuestros días que se han tenido avances significativos para tratarlo, prevenirlo e incluso para conceptualizarlo de manera diferente como lo veremos en los siguientes apartados.

2.2. Concepto de Discapacidad.

Hablar del término discapacidad, específicamente en población mexicana, resulta en algunos sectores de la sociedad, un tema poco comprensible, en virtud de que el término deficiente, invalido, minusválido y discapacitado han sido sinónimos sin especificar con claridad grados y diferencias, motivo por el cual consideramos oportuno puntualizar su significado y lo que se considerará como discapacidad a lo largo del presente trabajo.

DEFICIENCIA:

Se define como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

MINUSVALIA:

La Organización Internacional del Trabajo define la minusvalía como una situación desventajosa para una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un papel social que es normal en su caso según su edad, sexo y factores sociales y culturales.

INVALIDEZ:

El término designa a toda persona cuyas posibilidades de obtener, conservar y progresar en un empleo adecuado se encuentran reducidas debido a una disminución de su capacidad física o mental debidamente reconocida por una autoridad competente.

DISCAPACIDAD:

Algunas Organizaciones Internacionales de Discapacitados definen a la discapacidad, como ese gran número de diferentes limitaciones funcionales de carácter temporal o permanente que se registra en la población mundial y que revisten la forma de deficiencias físicas, intelectuales o sensoriales, de una dolencia que requiere atención médica o incluso una enfermedad mental que limite la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que entre el 10 y 12% del total de la población presenta, en diversos grados, algún impedimento físico y mental lo suficiente grave para requerir de ayudas y servicios especiales. Así se considera que el menor discapacitado es aquél que por razones físicas, psicológicas y sociales requiere apoyo para interactuar con su medio y de no proporcionársele, vivirá por debajo de su nivel potencial.

La Ley para el Bienestar e Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal (1996, P. 6) considera que una persona con discapacidad...“Es todo ser humano que padece temporal o permanentemente una disminución de sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le impide realizar una actividad normal”... Cabe señalar que este concepto de discapacidad será el que se retomará a lo largo del trabajo.

La discapacidad engloba gran cantidad de discapacidades y minusvalías como son las siguientes:

Deficiencias Intelectuales.

Que afectan la inteligencia, la memoria y el pensamiento.

Deficiencias Psicológicas.

Incluyen las que afectan las funciones del “estado mental” y otras funciones mas complejas de carácter emocional y de contacto con la realidad.

Deficiencias del Lenguaje.

Afectan comprensión, utilización del lenguaje y funciones asociadas incluido el aprendizaje.

Deficiencias Auditivas.

Se refiere a problemas de hiperacusias, hipoacusias y sordera.

Deficiencias Visuales.

Se refieren regularmente a estrabismo, nistagmus, miopía, debilidad visual y ceguera.

Deficiencias Musculo-esqueleticas.

Afectan la cabeza, cuello, tronco y extremidades en forma de deficiencia mecánica o motrices y de defectos (carencia de partes).

Deficiencias Desfiguradoras.

Como defectos o carencias, deformidades, malformaciones, indiferenciaciones y orificios anormales, englobados bajo la denominación genérica de "desfiguramiento". Tiene que ver con una conformación anormal de la figura orgánica del sujeto.

La clasificación de deficiencias antes descrita, nos permite entender la amplia causalidad existente de una discapacidad, que es la parte externa o visible de una deficiencia (Valdés, 1988, citado en Fonseca, 1996).

La aparición de una discapacidad, es determinada por cuatro factores a saber: 1) los determinantes biológicos del pasado; 2) los determinantes biológicos del presente; 3) la historia previa de interacción del sujeto con el medio y 4) las condiciones ambientales actuales (Ribes, 1976 citado en Galindo, Bernal, Hinojosa, 1984).

Los factores biológicos delimitan el equipo de respuestas del individuo y dan lugar a un ambiente interno; en el discapacitado, el equipo de respuestas sufre limitaciones más o menos graves y el ambiente interno puede ser anormal. Independientemente de que exista un factor biológico, la discapacidad también puede ser causado por las condiciones físicas y sociales en las que se ha desarrollado el individuo, y a menudo únicamente por ellas. Las condiciones físicas se refieren al tipo de estimulación a la que ha sido sometido el sujeto por ejemplo: número y calidad de objetos que lo rodean, las condiciones generales de vida, etc. Las sociales abarcan el modo de crianza, la atención que ha recibido, el tipo de interacciones positivas o negativas que han mantenido sus familiares con él, o con la gente encargado de su educación, etc. Para no dejar a un lado los condicionantes biológicos, tomaremos ahora en consideración la etiología que más se ha aceptado.

Suele existir un consenso general en torno a la etiología y así tenemos como principales causas las siguientes:

Causas Endógenas.

Dentro de estas causas encontramos las hereditarias; que sólo se presentan en el caso de la microcefalia familiar; las cromosómicas, entre las cuales la que se considera más frecuente es el Síndrome de Down y las metabólicas, conocidas comúnmente como alteraciones innatas del metabolismo y que pueden deberse a problemas en el metabolismo de los carbohidratos, aminoácidos o lípidos, las enfermedades importantes de mencionar son la fenilcetonuria, que causa daño neurológico, la hipoglucemia y la enfermedad de Gaucher.

Causas Exógenas.

Dentro de estas causas es necesario considerar tres factores a saber: a) el microambiente, constituido por útero y anexos; b) el matroambiente, constituido por el conjunto de condiciones maternas como edad, estado nutricional, toxicomanías etc. y c) el macroambiente, constituido por las condiciones externas a la madre como son la situación económica, saneamiento ambiental etc. Estas causas se han clasificado en factores prenatales, perinatales y posnatales, de acuerdo al momento en que hayan afectado al sujeto (Durán y Rodríguez, 1993).

Factores prenatales:

Dentro de estos factores se encuentran las infecciones que sufre la madre durante el periodo de gestación. Así sabemos que el primer trimestre del embarazo es crucial para el desarrollo futuro del bebe ya que es la etapa llamada organogénesis, etapa considerada de formación de los diversos órganos y sistemas del nuevo ser.

Los recién nacidos que han cursado con alguna infección in útero suelen presentar en las primeras horas de nacido manifestaciones clínicas como; hepatomegalia (crecimiento del hígado), esplenomegalia (crecimiento del bazo), ictericia (coloración amarilla de la piel y

mucosas) alteraciones neurológicas, manifestadas por reflejos anormales, mala respuesta a estímulos externos, convulsiones, hipoactividad, rechazo a los alimentos, alteraciones en el peso, hipotermia o hipertermia, etc. Dentro de las infecciones más comunes tenemos a la sífilis, la toxoplasmosis, el síndrome de Torch, en el que actualmente se incluyen las infecciones de tipo viral como la rubéola, hepatitis y herpes. De todas ellas la más estudiada ha sido la rubéola que ha sustituido a la sífilis como la de mayor causa de malformaciones congénitas y retardo mental. Los niños de las madres afectadas pueden presentar anomalías físicas, enfermedades cardíacas congénitas, cataratas y sordera entre otras.

El uso de tabaquismo y alcoholismo pueden también influir negativamente en el producto, produciendo bajo peso al nacimiento y repercusiones en el sistema nervioso central.

Factores perinatales:

Dentro de estos factores encontramos la prematuridad, que no es una causa en sí pero sí un factor favorecedor de condiciones como la hipoglicemia, hipoxia, hemorragia intracraneana, problemas pulmonares y feticidador de infecciones del recién nacido. La prematuridad puede tener como resultado, una deficiencia intelectual, deterioros sensores y motores, dificultades de aprendizaje, esto debido principalmente a las maniobras y tratamientos médicos a que son sometidos como el uso de ventiladores mecánicos, uso de catéteres para venoclisis y alimentación y sobretodo por la falta de estímulos sensitivos y maternos .

Dentro de estos factores también encontramos el trauma obstétrico que puede ser ocasionado por maniobras obstétricas que se utilizan para acomodar al producto antes y durante el parto; la aplicación de fórceps, la producción de fracturas de hombro y cadera, la hipoxia neonatal producida por un trabajo de parto prolongado etc, se incluyen también el uso de anestésicos en la madre, los que pueden afectar al producto produciéndole alteraciones respiratorias e hipoxia (déficit de oxigenación que puede producir daño cerebral).

El sufrimiento fetal es otro factor perinatal muy frecuente. Las causas que suelen provocar sufrimiento fetal son: la desproporción cefalo-pélvica, la presencia de cordón umbilical corto o circular de cordón, el desprendimiento prematuro de placenta. Estos eventos conducen habitualmente a hipoxia neonatal.

Las infecciones en este periodo pueden ser transmitidas al bebé por contaminación del canal del parto por ejemplo en el caso de Virus del Papiloma Humano (conocidos como condilomas) o por alguna otra enfermedad de transmisión sexual o por infecciones nosocomiales adquiridas en el ambiente hospitalario. Otro evento puede ser la ruptura prematura de membranas que deja expuesto al bebé a las infecciones.

Otro factor perinatal es la incompatibilidad sanguínea a RH o incompatibilidad a grupo ABO.

Factores Posnatales:

Cuando un niño ha pasado las etapas prenatal y perinatal sin ninguna complicación y se encuentra sano, todavía tiene que enfrentar una amplia gama de posibles agresores de la etapa posnatal, durante la cual las infecciones siguen siendo la causa de daño cerebral, aunque en esta etapa cobran gran importancia los traumatismos craneoencefálicos como causa de discapacidad. Dentro de las infecciones tenemos la gastroenteritis complicada, meningoencefalitis, sarampión complicado, paperas y varicela. Las cuales si no son atendidas a tiempo producen complicaciones graves y aun la muerte sobretodo en niños desnutridos o anémicos (Durán y Rodríguez, 1993).

2.3. La Familia del Discapacitado.

En el transcurso de nuestra vida aprendemos que no sólo la escuela educa, sino que la educación empieza en el seno de la familia. La familia es el núcleo cultural, religioso, moral, social, jurídico y hasta político, en que un grupo más o menos extenso de personas, emparentadas por lazos de sangre, comparten un origen, un presente y un destino hacia dentro de sus individualidades y hacia fuera, en el ámbito social que los rodea, por ello es

importante que los hábitos, actitudes y valores que se fomentan diariamente en los niños y niñas sean lo más positivo posible para ayudarles a entender y enfrentar mejor el mundo en que viven. Los padres y madres de familia mediante su enseñanza y ejemplo, son los primeros responsables de la formación de sus hijos y es en éste núcleo en donde el discapacitado debe adquirir al igual que sus demás hermanos un trato igualitario de amor y confianza que le ayude a enfrentar el mundo de la mejor manera posible.

Actualmente existen cinco millones de personas con discapacidad mental en México, esto implica cinco millones de familias involucradas en su atención, educación y capacitación. Aunque la incidencia es significativa, nuestra sociedad evita tocar el tema por no delatar sus temores e ignorancia; sin embargo no es con esta actitud como se les da una oportunidad para vivir digna e independientemente. Tenemos que aprender mucho al respecto: aceptar y apoyar a las personas con discapacidad (Martínez, 2000). Lo que desconocemos es que con esa actitud silenciosa abrimos una brecha más grande que da cabida a un nuevo caso de deficiencia mental en la familia. No darle importancia a la información respecto a la discapacidad puede ocasionar nuevos problemas, si alguna vez nos toca vivir de cerca una situación así, es por ello importante hablar de frente del tema de la discapacidad.

Actitud de los padres .

Cuando se planea tener un hijo nunca se piensa en la posibilidad de tener un hijo discapacitado, los padres generalmente piensan en si será varón o niña, en que nombre le pondrán. Pensar en la posibilidad de tener un hijo enfermo esta casi prohibido, no se debe ni siquiera de imaginar.

Ser buenos padres es una labor ardua, que implica un compromiso y una comprensión, que no se alcanza a reconocer hasta que se enfrentan la realidad de tener a un niño recién nacido que presenta problemas en su desarrollo psicológico y que formará parte de su familia.

El nacimiento de un niño con alguna discapacidad produce con frecuencia una serie de crisis en la familia, los padres que esperaban un niño normal, se quedan sin saber que hacer, el

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

estrés es mayor y aumenta al tiempo que el niño va creciendo o que la discapacidad se va haciendo más evidente.

Al respecto, diversos autores como Ingall (1982, citado por Bejar, 1991) coinciden en describir una serie de estadios emocionales que se experimentan típicamente, no por etapas, sino como una secuencia general ante el nacimiento de un niño discapacitado; similar al que se experimenta ante la pérdida de un ser querido .

n) Fase de choque inicial y la crisis de lo inesperado.

Casi todos los padres tienen grandes planes y perspectivas para su hijo. A partir de esas expectativas, resulta un tanto fácil imaginar el choque y la desilusión que experimentan estos padres al darse cuenta que su hijo no será nunca lo que esperaban (Martínez, 1997).

La conmoción ,el aturdimiento son característicos en esta etapa, la cual se presenta, primero porque la noticia es inesperada y segundo por la discrepancia entre sus expectativas y la realidad. Este es el momento en que los padres empiezan a preguntarse a sí mismos ¿por qué a mí?, ¿qué he hecho para merecerlo? Etc. La duración de esta etapa depende de muchos factores, como son: la forma en que se les informa a los padres del problema que presenta su hijo, el aspecto físico del niño, la orientación que reciben del personal de salud acerca de la forma de ayudarlo y de los lugares en donde le pueden proporcionar atención especializada, apoyos familiares etc.

b) La crisis de los valores personales.

La crisis de lo inesperado dura poco tiempo, pero una vez que los padres se reponen del impacto inicial, empiezan a sentir otras tensiones. La crisis de valores sobreviene porque los padres se encuentran repentinamente en una situación de valores conflictivos, ya que aparecen al mismo tiempo sentimientos ambivalente de proteccionismo, repulsión odio o aceptación. Ante esta ambivalencia, las actitudes de los padres son:

Conmoción o aturdimiento.

Se presenta, primero porque la noticia es dada precipitadamente y en segundo lugar por la discrepancia entre las expectativas de los padres hacia su hijo y la realidad. Este es el

momento en que los padres empiezan a preguntarse a sí mismos "Porque me paso esto a mí" (Kew, 1978; citado por Bejar 1991).

Rechazo o negación.

Es la no aceptación de la realidad, esperan y buscan que alguien les diga que no es cierto o que el problema es mínimo; por lo que empiezan a buscar un diagnóstico más preciso o acuden a remedios mágicos (Ingalls, 1982; citado por Bejar, 1991). Además de rechazar a este niño porque es visto como el elemento que precipitara las dificultades familiares (Korn, Chess y Fernández, 1978; citados por Bejar, 1991).

Pena.

Muchos de los padres que tienen un hijo considerado como discapacitado, dicen vivir una pena constante, crónica, durante toda su vida, que permanece aunque el infante ya no exista físicamente. Esta tristeza es por la pérdida de la ilusión de tener un hijo sano

Ansiedad , Temor, Horror.

Se experimentan sentimientos de repugnancia, deseos de que el niño muera, lo cual, causa ansiedad en ellos. Es así que el deseo de muerte está presente aunque traten de reprimirlo y esto los lleve a otro sentimiento que es la culpa.

Culpa.

Esta reacción es casi inevitable en los padres. El sentimiento de culpa y sentimiento de vergüenza que los acompaña, es la sensación experimentada cuando se ha hecho algo "mal". Algunos padres ven al niño como un producto de un castigo de Dios a causa de una falta cometida en el pasado. Esta reacción de culpa suele ser especialmente intensa cuando no se deseaba al niño que, resulto ser discapacitado. Otros padres se sienten culpables no por tener a un hijo con tales características sino por las reacciones que sienten hacia el, como son el resentimiento y el enojo, reacciones expresadas en malos tratos y agresiones físicas, verbales, o psíquicas que hacen su culpabilidad aún más profunda (Martínez, 1997).

Vergüenza.

Este sentimiento acompaña comúnmente a la culpa. Muchos padres tratan de esconder a sus hijos deficientes, para que la gente no se de cuenta de que ha nacido con problemas. Surge en ellos la frustración de saber que su hijo no podrá ser comparado con los demás niños por ser diferente a ellos. Evidencian su vergüenza al hacer lo posible por no hablar de él entre ellos, pero sobretodo evitan hablar del tema con los demás.

Sobreprotección.

Otra reacción frecuente de algunos padres es la sobreprotección de su hijo, situación ejercida por uno o ambos miembros de la pareja, pero generalmente asumida por la madre, dedicando todo su tiempo al discapacitado, al grado de olvidarse de los demás miembros de la familia, tratando al niño como si estuviera más incapacitado de lo que realmente esta.

Aceptación.

La aceptación según Ingall (1982, citado por Bejar, 1991) es un proceso evolutivo que se cumple a través de los siguientes parámetros: a) Los padres son capaces de aceptar con toda precisión las aptitudes y potencialidades del niño, así mismo están conscientes de sus debilidades y recursos; b) Afrontan la discapacidad en forma realista siendo capaces de hablar de problema entre ellos, el paciente y los demás, sin sentir vergüenza.; c) Tratan de proporcionarle los diferentes servicios asistenciales sin buscar curas milagrosas y d) equilibran el trato entre su hijo discapacitado y los demás miembros de la familia

c) La crisis de la realidad.

En este sentido, los padres además de enfrentar una serie de constructos psíquicos, matizados por valores sociales, también se ven inmersos a requerimientos de carácter material o económico, porque el infante puede presentar problemas de salud y necesitar tratamientos especiales que provoquen gastos económicos muy fuertes desquiciando el presupuesto familiar. Aunado a lo anterior, existen otras preocupaciones en relación al futuro del niño como ¿qué sucederá con el cuando crezca?, ¿podrá trabajar?, ¿qué sucederá

con él cuando sus padres no puedan cuidarlo?, ¿qué pasará con él cuando mueran sus padres?, ¿llegará a cuidarse él mismo?, ¿podrá llevar una vida común y corriente? Y si es así...¿alguien lo amará? (Martínez, 1997)

Ingalls (1987) y Goldson (1989; citados por Ortega, 1994) señalan que la forma en como los padres responden a la crisis de tener un niño enfermo, está determinado por factores como: la manera en que fueron criados, su habilidad y experiencia para enfrentar problemas, el tamaño de la familia, el tipo de discapacidad, el lugar que ocupa el niño en la familia, el sexo del niño, su nivel socioeconómico, su nivel de estudios, la calidad y naturaleza de los sistemas de apoyo que tuvieron los padres al enterarse de esto, el modo como el médico comunicó la noticia y la estabilidad de las relaciones familiares. Sin embargo todos los padres reaccionan con una conmoción y tristeza profundas a la noticia de que su hijo presenta una discapacidad.

Actitud de los hermanos.

El impacto de saber que se tiene un hermano discapacitado, de acuerdo a lo expresado por los mismos hermanos varía de persona a persona, sin embargo hay algunos rasgos comunes que corren a través de sus historias; para muchos, la experiencia es positiva y enriquecedora ya que les enseña a aceptar a otras personas diferentes a ellos. Algunos se involucran profundamente en ayudar a sus padres a cuidar a su hermano con discapacidad, a menudo haciéndose cargo de responsabilidades mucho más allá de sus posibilidades en términos del cuidado y mantenimiento de la casa familiar (Powell y Gallagner, 1993; citado por Brown y Goodman, 1999). No es poco común para los hermanos llegar a ser protectores y defensores ardientes de su hermano o hermana o que experimenten un sentimiento de gran alegría al verlo alcanzar el más pequeño logro en su aprendizaje o en su desarrollo. Madurez aumentada, responsabilidad, altruismo, tolerancia, carreras profesionales humanitarias, sentido de unidad familiar, confianza en sí mismos e independencia se encuentran entre los efectos positivos detectados en los hermanos del niño discapacitado.

En contraste, muchos otros hermanos experimentan sentimientos de amargura y resentimiento hacia sus padres o el hermano o hermana con una discapacidad. Ellos se sienten celosos, abandonados o rechazados, al tiempo que ven la mayor parte de la energía,

atención, dinero y apoyo hacia su hermano con necesidades especiales. (Lobato, 1990; citado por Brown y Goodman, 1999). Si se permite que los celos se desarrollen, el hermano del sujeto con discapacidad puede comenzar a desarrollar hostilidad contra su hermano o bien desarrollar conductas inusuales para llamar la atención de sus padres. Es necesario darse cuenta que la relación entre hermanos es compleja, los niños ante todo son niños y las peleas entre hermanos no son diferentes en este caso particular, y se presentan de igual manera que en otro tipo de familia, sin embargo hay que estar atentos para que no se cometan abusos en contra del niño discapacitado.

La reacción y ajuste de los hermanos hacia su hermano o hermana con discapacidad puede también variar dependiendo de sus edades y niveles de desarrollo. Mientras más joven sea el hermano del discapacitado, más difícil se hará para él entender la situación e interpretar los eventos en forma realista (Ambler, 1988; citado por Brown y Goodman, 1999). Los niños más jóvenes pueden estar confundidos acerca de la naturaleza de la discapacidad, incluyendo la causa. Ellos pueden sentirse culpables o pueden preocuparse de poder "contraer" la discapacidad. A medida que los hermanos maduran, su entendimiento sobre la discapacidad madura igualmente, pero pueden emerger nuevas preocupaciones. Pueden preocuparse del futuro de su hermano o hermana, acerca de cómo pueden reaccionar sus compañeros, o acerca de si ellos heredarán o no la discapacidad a sus propios hijos.

Claramente es muy importante para los padres tomarse el tiempo necesario para hablar abiertamente acerca de la discapacidad de su hijo con sus otros hijos, explicándoles en la mejor forma posible de que se trata la discapacidad, en términos que el niño comprenda tal como expresa Callahan (1990; citado por Brown y Goodman, 1999, P.14) "Dar información, aunque concierna a un asunto doloroso, es preferible a la ignorancia distorsionada por la imaginación"

Al tiempo que los servicios para las familias aumentan, también se hace posible la formación de grupos de apoyo para hermanos con alguna discapacidad, el cual debe de ser una tribuna para que los hermanos compartan sus sentimientos con otros en una situación similar e intercambien información relativa a la discapacidad.

Los abuelos del discapacitado.

A menudo los abuelos son afectados grandemente por el nacimiento de un nieto con discapacidad ya que el dolor que ellos sienten puede ser doble, dolor por su nieto y dolor por su propio hijo o hija. Es importante recordar que ellos también necesitan apoyo e información y que la forma en que se relacionen con ellos pueden crear la forma de ayudar o no, o como ellos se conducirán con el niño. Algunos abuelos pueden tener dificultad en aceptar la situación de ese nieto lo cual es normal ya que ellos al igual que los padres pasan por la etapa de negación pero al final llegarán a la etapa de aceptación que lo hace fuente potencial de ayuda y apoyo a la familia del discapacitado (Brown y Goodman, 1999).

2.4. El Discapacitado y su Identidad.

La lucha de los discapacitados se inicia al identificarse diferente, cuando el discapacitado comprende que deberá esforzarse por encajar en la sociedad. Comienza entonces su largo peregrinar para determinar las causas de la discapacidad así como la posible rehabilitación para su condición especial, deberá someterse a innumerables chequeos, molestos exámenes y tratamientos que lo harán sentir como un conejillo de indias, como un sujeto raro, como un ser defectuoso, incompleto, o imperfecto. Así encontramos que el primer problema que tiene que enfrentar el discapacitado es el desarrollo de su identidad, entendiéndolo como identidad el proceso a través del cual una persona busca las respuestas para las preguntas ¿quién soy? y ¿a dónde pertenezco? (Schowe, 1979, citado por Shea y Bauer, 1999) Este es un intento de crear una imagen interna de sí mismos para comprender quién se es, para tomar decisiones acerca de cómo desea presentarse ante la sociedad y a su vez, como ésta lo percibe. Diversos individuos con discapacidad han compartido sus experiencias personales sobre la manera en que la sociedad los percibe. Athas (1956; citado en Shea y Bauer, 1999) escribe sobre la aceptación de sus deficiencias y enumera todas las cosas que puede hacer, sin lamentarse de sus limitaciones. También habla sobre lo poco que la sociedad entiende a los ciegos y de cómo ésta interpreta que una vida con problemas visuales es un vida de desesperanza. Tal falta de comprensión por parte de los mayores provoca que las personas con discapacidad se busquen entre sí. Leisman (1936; citado en

Shea y Bauer, 1999) comenta de la compasión que la gente siente por él debido a su pérdida auditiva, aunque él se siente orgulloso de tenerla. Grandin (1985; citado en Shea y Bauer, 1999) narra que su conducta autista, considerada como "perseverativa" y maladaptativa" acrecentó su capacidad para terminar un doctorado y llevar una vida profesional. Estas historias ponen en evidencia cómo la sociedad y los seres queridos pueden influenciar en el desarrollo de la identidad personal del discapacitado. Así podemos encontrar discapacitados que al ingresar a la escuela y tal vez a lo largo de su vida tengan un autoconcepto negativo de ellos. Los padres pueden enfrentarse a sentimientos de incompetencia personal y de desilusión y dependiendo de ellos y de la calidad de su relación, el niño puede recoger diferentes señales y mensajes que contribuyan a la formación de su autoconcepto. (Gurney, 1988, citado en Shea y Bauer, 1999). Generalmente los discapacitados no crecen con niños como ellos, ni en su casa, ni en la comunidad, y tienen pocas oportunidades de ver y comprender a otros niños parecidos a ellos. Cuando llegan a la escuela, puede ser que adquieran mucha más conciencia de sus diferencias, y luchan por su aceptación social con el desempeño académico. Muchas de estas experiencias influyen de formas negativa en su autoestima y provocan que con frecuencia consideren que el éxito está fuera de su alcance. Los adultos con alguna discapacidad recuerdan pocas experiencias positivas de su inserción al medio escolar, más bien relatan incidentes donde los molestaban, excluían o rechazaban. Los efectos de estas experiencias en el desarrollo de su autoconcepto pueden ser severos. Así podemos afirmar que el autoconcepto se aprende, es por ello que las escuelas deben de hacer todos los esfuerzos necesarios para promover el desarrollo positivo de la identidad propia de los discapacitados. El autoconcepto tiene una fuerte influencia en todos los aspectos del aprendizaje y de la vida del individuo (Gurney, 1988; citado en Shea y Bauer, 1999). El sentido de autonomía es vital para que tengan éxito y, ésta no puede desarrollarse sin un fuerte sentido de identidad y aceptación propia (Meadow-Orlans, 1987; citados en Shea y Bauer, 1999).

En realidad, la persona discapacitada encuentra a menudo dificultad para ejercer su derecho a compartir un espacio, trabajo y vivienda con los que no padecen discapacidad. Debemos de tomar en cuenta que toda persona, cualquiera que sea el límite de sus

facultades mentales, tiene posibilidades de autovalerse, al menos en alguna medida, e inclusive muchas veces de ayudar a los demás miembros de su familia y de la sociedad en las tareas más comunes. Así encontramos que algunas personas con discapacidad son capaces de atender sus necesidades fisiológicas o colaborar en su aseo ; otros son capaces de ejecutar algunas de las tareas domésticas, otros han aprendido a leer y escribir algunos más han realizado estudios de primaria, secundaria, preparatoria e incluso universidad un gran número viaja solo, algunos más trabajan en lugares protegidos o abiertos etc. Incluir al discapacitado en las tareas familiares y sociales, en la medida de sus posibilidades, es la forma más importante de respetar su dignidad humana y de ensanchar el limite de sus aptitudes. Además, constituye un modo concreto de aliviar a los demás miembros de la familia en la distribución de las tareas comunes que implica la convivencia y evita la sobrecarga de algunos de sus miembros, cuando la familia asume esta actitud todos sus miembros se benefician con el desempeño del discapacitado.

El proceso de integración de las personas con discapacidad ha sido difícil y tortuoso por las barreras morales y prejuicios que deben abatirse para lograr su inserción a la sociedad. Sin embargo, mucho se ha avanzado en el campo de la integración laboral de las personas con discapacidad. En algunos países del mundo esto se hace por la ley o políticas internas, y en otros por conciencia propia.

Estos avances también se pueden observar en México. Cada vez más empresas públicas y privadas abren sus puertas y contratan a personas con diferentes discapacidades. Sin embargo, el esfuerzo que muchos profesionales realizan por la integración laboral de las personas con necesidades especiales no debe de quedar en tan sólo hablar con empresarios, proponerlos para una ubicación y orientarlos para que se conserven un trabajo.

Si consideramos que la integración laboral es el fin último de una rehabilitación integral; con el que se logra la incorporación a la sociedad, hay que estar también en el hecho de que las personas que así lo deseen deben tener el derecho de poder desarrollarse y crecer también en este ámbito.

Es difícil pensar que toda persona que es diagnosticada con un estado de invalidez, que pasa muchas veces por dolorosos procesos quirúrgicos, largas temporadas de rehabilitación ,

incorporación al sistema educativo o capacitación y finalmente al ámbito laboral, desee quedarse por siempre en un solo lugar.

Algunas de ellas, como muchas personas sin discapacidad si se conforman con tan solo colocarse, pero otras no, desean seguir superándose profesional y económicamente; y si tienen la capacidad para ello, el hecho de tener una discapacidad no justifica que se le prive de nuevas oportunidades. Algunas empresas si conceden la oportunidad de trabajar y progresar a cualquier persona, con o sin capacidad, tan solo reconociendo sus capacidades, pero muchas otras, desafortunadamente no actúan de la misma manera.

Definitivamente no estamos de acuerdo con acciones bárbaras, crueles e inhumanas de otras culturas como la griega o espartana que mataban a sus discapacitados por no ser estéticamente perfectos, pero es increíble que aún en el siglo en que vivimos, en el que presumimos de enormes avances culturales realmente no se han erradicado muchas actitudes reprobables que aún hoy en día se siguen practicando, tales como el abandono, el ocultamiento, la segregación, la discriminación, la inequidad, la exclusión y la desigualdad de oportunidades.

Tenemos que aceptar que aún a pesar de la apertura que en la actualidad estamos experimentando prevalecen muchas conductas discriminatorias en lo referente a las posibilidades de participación de las personas con discapacidad en el terreno social, escolar, laboral y otros, pues estas conductas se vinculan con la concepción del sujeto discapacitado centrado en el déficit producido por causas orgánicas difícilmente modificables, innatas e incurables. Esta concepción del sujeto con discapacidad ha tenido consecuencias importantes en su desarrollo integral. Desde el momento que los padres reciben el diagnóstico temprano, con sus actitudes y acciones empiezan a tender un cerco que lo aísla de la integración social que todo sujeto necesita para construir las normas que aseguran su interacción a la sociedad.

Desafortunadamente se continúa aplicando el modelo tradicional, el cual se refiere a la actitud mantenida de manera tradicional por la sociedad que asigna un papel de marginación orgánico funcional y social a las personas con discapacidad ubicándolas en un sitio marcado, en un puesto asignado, con plaza permanente entre los atípicos y los pobres, con un denominador común de dependencia y el sometimiento (Ortega, 2000).

Para solucionar esto hay que trabajar contra el desconocimiento, los mitos y el miedo, incluso la diferencia de algunos sectores de la sociedad. Hay que tener en mente que la persona como tal, es un ser que necesita hacerse a sí mismo y operar en su propia realización. La persona con discapacidad no es la excepción. Dentro de este proceso las personas con discapacidad pueden desarrollar sus propias habilidades y capacidades. No se puede descartar que una persona con alguna disminución, una enfermedad crónica o alguna discapacidad desarrollo complejos de inferioridad con respecto a las personas sanas. Pero si se cuenta con una meta en la vida, con un proyecto, cualquier persona puede seguir adelante y si se le reconoce como un ser humano, más allá de cualquier etiqueta o categoría se le permitirá una considerable mejoría en su calidad de vida.

2.5. ¿Por qué el Maltrato Infantil en Sujetos con Discapacidad?

Sabemos que existen muchos tipos de familia pero en cualquiera de ellas se debe aspirar a tener un clima de amor lo cual es necesario para favorecer relaciones equitativas entre sus miembros, sin embargo no en todas las familias se da un clima de amor, sino que existen algunas en donde las relaciones no son cordiales ni respetuosas lo que las puede llevar a un clima de violencia. La incapacidad de algunas personas para enfrentar sus problemas cotidianos en ocasiones los lleva a desarrollar, poco a poco respuestas violentas. Como vimos el nacimiento de un niño discapacitado es un acontecimiento precipitado e inesperado que puede llegar a complicar aun más el ambiente familiar, más aún si en este se vive un clima de violencia, se ven mayormente afectados ante la noticia son aquellos cuyas relaciones maritales están deterioradas, cursan con problemas económicos graves, o concibieron al niño antes del matrimonio. La mayoría de las veces la relación se ve afectada permanentemente, aunque el nacimiento del niño suele causar tensión en el matrimonio, algunas parejas se adaptan a la situación y se apoyan mutuamente (Hutt, 1988).

Los padres tienen que afrontar los sueños fallidos con respecto a su hijo, así como temores y sentimientos de culpa relacionados con su vida. Se añade a esto, las tensiones creadas por el comportamiento del niño, por sus dificultades de alimentación, comunicación, educación, etc. así como los problemas de orden económico que una persona con una discapacidad representa.

Al respecto autores como Saetarmoe, Widaman y Bortwick (1991; citados por Corona, 1995) realizaron una investigación sobre los estilos de paternidad hacia sus hijos discapacitados; midieron percepciones, baja autoestima y asertividad. Encontrando que los niños con alguna deficiencia mental son regularmente rechazados o sobreprotegidos, y en consecuencia tienen

pocas habilidades para resolver problemas. Un estudio realizado por Mary (1990; citada por Corona, 1995) sobre las reacciones de las madres ante sus hijos discapacitados, encontró que las reacciones de las madres son de sentimientos ambivalentes: de amor y protección, cólera, confusión, negación, rechazo, depresión, decepción, dolor, culpa, alicción, e incluso impulsos suicidas ante casos de retraso profundo y/o crónico. La dolencia subsiste permanentemente y a medida que pasa el tiempo puede agudizarse al grado de llegar a abandonarlos o maltratarlos o bien llegar a la aceptación total del niño con discapacidad .

Lo anterior nos permite pensar que los niños con discapacidad son uno de los grupos más vulnerables para recibir maltrato, ya que como se mencionó en el capítulo I, el niño más predispuesto a recibir maltrato es el menor de tres años, con retraso psicomotor o con algún defecto congénito, o enfermedad crónica o recurrente, que lo hace menos apto para responder adecuadamente a los estímulos y cuidados maternos (Foncerrada, 1980). El niño que presenta alguna discapacidad tiene grandes dificultades para actuar y adaptarse al medio familiar, escolar y social, presentando comportamientos relacionados con: 1) inmadurez neurológica, tales como torpeza para los movimientos gruesos y finos (caminar, correr, saltar, tomar y manipular objetos pequeños, ensartar, ensamblar objetos, etc.); 2) inmadurez emocional como sería una fuerte dependencia hacia la madre, llantos sin motivo, cambios de humor, etc.); 3) una hiperactividad constante, agitación, dificultades de lecto-escritura, 4) problemas de lenguaje y articulación, 5) conducta anormal psicossocial que se puede manifestar en conductas antisociales como indisciplina robo, etc. entre otras por tales particularidades, los sujetos con discapacidad son uno de los grupos que pueden recibir maltrato, ya que difícilmente cubren las expectativas de sus padres, por tal motivo es más fácil llegar al maltrato que buscar otras alternativas, tal vez porque intervienen mecanismos

psicológicos de rechazo, de sentimientos de culpa y de impotencia que se proyectan en el niño.

Coronado (1981, P. 107) hablando de la misma cuestión expresa... "En los hospitales infantiles de la CD. de México el 13% de los niños que se atienden en la consulta externa como en hospitalización corresponden al Síndrome del niño maltratado y a este propósito, es muy común que una gran mayoría de nuestros pacientes "retrasados mentales" sean víctimas de la crueldad de sus padres, pues so pretexto de ayudarles a recuperar sus carencias psicomentales les propinan golpes irracionales y castigos inhumanos"...

Bricker (1991) asegura que la falta de un razonamiento mutuo entre padres e hijo puede llevar a la frustración, al descuido e inclusive al maltrato. Es por esto que mientras más pronto se de atención a éstas familias y a sus hijos con discapacidad, más pronto los padres tomarán conciencia de la importancia de dar apoyo a su hijo, y a su vez más pronto se someterá a una intervención adecuada. Jonhson y Morse (1968 citados por Wolfe, 1991) señalan al respecto que un porcentaje relativamente alto de niños con retraso psicomotor son víctimas de maltrato lo que nos hace pensar que el retardo esta correlacionado ciertamente con el abuso al niño. Autores como Reydy (1977 citado por Wolfe, 1991) han especulado sobre la contribución del niño a la agresión.

Aunque la discapacidad del niño podría ser considerada como provocadora de ira al igual que los casos del niño que cursa con el Síndrome de Turner e Hidrocefalia en donde su aspecto físico la más de las veces parece despertar la ira del agresor (Aguilar, 1970) es muy dudoso que esta sea la única razón que impulse al agresor a agredir al niño de características tan especiales, más bien lo que sucede es que el padre ha depositado en él, expectativas poco realistas sobre su hijo discapacitado y este reacciona a esa presión con una conducta que no hace más que reforzar la desilusión, hostilidad y rechazo creciente hacia él, en un trágico círculo vicioso que desemboca en la violencia.

La violencia en la familia no es igual a la que se presenta en la calle ni entre personas desconocidas. Ocurre en donde debería ser el lugar más seguro: su propia casa. Estu

violencia se ha convertido en un problema social y se manifiesta en diferentes grados que pueden ir desde coscorriones, pellizcos, gritos, golpes, humillaciones, burlas, castigos y silencios, hasta abusos sexuales, violaciones, privación de la libertad y, en los casos mas extremos lesiones que llevan a la muerte.

La violencia mas común es contra las mujeres, los ancianos, los menores y las personas con alguna discapacidad (SEP, 2000).

Los tipos de violencia que generalmente se han encontrado en los niños discapacitados son:

Maltrato Físico.

Los grados de violencia que se han encontrado en estos niños van desde las cachetadas y golpes con diversos objetos hasta la muerte causada por armas de fuego, objetos punzo cortantes, ahorcamiento, etcétera.

Abandono Físico.

Que como ya se mencionó antes consiste en la serie de abstenciones y omisiones hacia el cuidado del niño. Así se ha encontrado abandono alimenticio, falta de cuidados médicos y atención especializada y ausencia de cuidados contra riesgos físicos. Este abandono o descuido, no necesariamente implica abuso en el sentido físico, pero constituye una forma de maltrato que en el niño con discapacidad tiene grandes repercusiones ya que si no se atiende debidamente al niño este no progresará y si se hundirá cada vez más en sus propias deficiencias. Es común encontrar a estos niños con algún grado de desnutrición o con un retraso mayor del que debían de tener si se le hubiese atendido a tiempo.

Maltrato Emocional.

Kempe (1985) lo asocia con la gran gama de agresiones verbales que recibe el niño discapacitado, que lo hace ser el "chivo expiatorio" en la familia, esto es, que es considerado como la causa de todos y cada uno de los conflictos familiares.

Abuso Sexual.

Como vemos los niños con discapacidad pueden ser víctimas de cualquier tipo de maltrato y aun más de abuso sexual, dado que sus necesidades de afecto la manifiestan a todas las personas sin distinguir las intenciones que tengan estas para con ellos y entregan su confianza sin diferenciar si es adecuado o no lo que les proponen hacer. Al igual que los niños "normales", los menores discapacitados en su desarrollo comienzan a aceptar relacionarse con los agresores sin saber lo que realmente esta sucediendo, ya que confunden el acercamiento con lazos afectivos; dicho acercamiento se manifiesta con besos, caricias y buen trato, los menores lo aceptan porque no se dan cuenta de que están siendo utilizados. Aunado a esto, los niños no poseen las habilidades para evadir o negarse a las peticiones del agresor. Debido a sus propias limitaciones, los niños no pueden decir lo que esta sucediendo, además de que los padres no les creen, agregando a esto las características culturales, educativas, culturales y familiares que son factores que impiden que muchos casos sean denunciados a las autoridades.

Maltrato social.

El niño discapacitado es un persona que constantemente sufre de maltrato social ya que desde el hogar, muchas veces es segregado y no se le permite interactuar como cualquier otro miembro de su familia. Generalmente es el ultimo en opinar, el ultimo al que se le compra ropa, aquel que siempre es dependiente de los demás, siendo como ya se vio antes sujeto de maltrato, lo cual lo convierte en una persona desconfiada y resentida, todo esto generalmente se traduce en manifestaciones de carácter agresivo y violento. Existe también la posibilidad de que por el contrario, se le sobreproteja y se le otorguen demasiados privilegios y que mas tarde, aunque sin ser culpable, se convertirá en un ser inútil y demandante, con poca iniciativa, excesiva dependencia, escasa responsabilidad y nula autonomía.

La persona discapacitada deberá trabajar diariamente en un ambiente social hostil, en circunstancias adversas, generalmente basadas en la indiferencia y el menosprecio, se sentirá injustamente marginada y ofendida cuando la sociedad no se interese en conocerla e intentar

un acercamiento, cuando se empeñen en manipularla y resolver el problema de la integración unilateralmente, cuando productivamente se le trate de dar matices de inferioridad.

En el aspecto laboral la situación es decepcionante como ya se vio en el capítulo anterior en donde se tocó este tema, pues aun cuando existen algunos discapacitados preparados para ocupar puestos directivos, se deben conformar con realizar actividades muy por debajo de sus capacidades reales, generalmente se les limita el acceso a mejores oportunidades en el sector productivo, en cambio se admite a personas con menor rendimiento, por el hecho de ser "normales", así tenemos que pocas empresas les dan empleo u si se los dan solo es para contar cerillos y meterlos a una cajita, aunque sean capaces de hacer trabajos mas finos. En cambio en países desarrollados como Alemania, Japón y Francia, los contratan para realizar trabajos delicados como armar aparatos electrónicos, ya que ponen mucho cuidado e interés en lo que hacen, las aspiraciones profesionales de los discapacitados también se ven frustradas al no contar con facilidades de acceso para acudir a las universidades y centros de estudios superiores.

Por desgracia en México, seguimos con el problema de la discriminación. Parece que existe un patrón establecido de belleza, cuerpo perfecto, cara bonita para un empleo. Para confirmar esto basta ver algunos anuncios clasificados en donde se pide que el aspirante al puesto tenga determinada estatura y tenga excelente presentación algo realmente difícil de cubrir por parte de los discapacitados.

Hasta aquí podemos concluir que un factor predisponente hacia el maltrato, es ciertamente el hecho de que exista un niño "especial" en la familia, que para los fines de este trabajo se considera al niño discapacitado que por sus características físicas y psicológicas es susceptible de maltrato.



CAPITULO III

**LA PROTECCIÓN A NIÑOS
DISCAPACITADOS Y NIÑOS
MALTRATADOS
EN MEXICO**

CAPITULO III.

LA PROTECCIÓN A NIÑOS DISCAPACITADOS Y NIÑOS MALTRATADOS EN MEXICO.

3.1. Antecedentes de la Protección a la Infancia en Nuestro País.

En lo que respecta a los esfuerzos que se han hecho para defender a los menores en este siglo; en 1923 Eglantine Gebb (Tomado de Villanueva, 1984) redactó la Declaración de los Derechos del Niño en Ginebra, y no fue sino hasta el 20 de Noviembre de 1959 en que la Organización de las Naciones unidas formuló y modificó estas declaraciones denominada El Decálogo de los Derechos del Niño y que ha continuación se presenta:

Principio No. 1

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración, sin distinción de raza, color, sexo, idioma o religión, opiniones políticas o de otra índole.

Principio No. 2

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, necesarios para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente de forma saludable y normal.

Principio No. 3

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

Principio No. 4

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud, por ello debe de proporcionársele a él y a su madre atención médica y cuidados especiales aún antes del nacimiento. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Principio No. 5

El niño física y mentalmente impedido o que sufre algún impedimento social, debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiere su caso particular.

Principio No. 6

El niño para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso en un ambiente de afectos y de seguridad moral y material, salvo en circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia.

Principio No. 7

El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación.

Principio No. 8

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciben protección y socorro.

Principio No. 9

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación, o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Principio No. 10

El niño debe de ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

Tal como se han enunciado los derechos del niño, el cumplimiento de ellos nos aseguraría la prevención del maltrato a los mismos; sin embargo sabemos que en la mayoría de los países incluyendo al nuestro estos postulados no se cumplen, sino que como muchas leyes sólo se encuentran escritas.

En lo que respecta a nuestro país en 1929 nace "La Asociación Nacional de Protección a la Infancia" de la que se menciona era una asociación civil encargada de atender específicamente a la niñez en cuanto a sus necesidades primarias en 1961; se publica en el Diario Oficial de la Federación un decreto creando el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (I. N. P. I) teniendo como objetivo principal cuidar de la niñez en 1968; durante el gobierno del Lic. Gustavo Díaz Ordaz se crea un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (I. M. A. N.) a fin de contribuir a resolver los problemas originados por el abandono y explotación de los menores en 1974; se efectuó la 1ª. Reunión Nacional de Procuradores de la Defensa del Menor, donde se declaró oficialmente la creación de la Procuraduría de la Defensa del Menor; poco tiempo después, mediante el decreto presidencial del 10. de enero de 1977, se crea el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F), cuyo objetivo se centra básicamente en promover el bienestar social del país (Villanueva, 1984).

En 1978 se celebra en México, D.F. el Primer Simposium Nacional del Síndrome del Niño Maltratado en forma conjunta con el D.I.F y la Asociación Pro Derechos de la Niñez, A. C. presidida por el Dr. Jaime Marcovich Kuba, médico pediatra pionero en nuestro país de la prevención del maltrato a la niñez.

En mayo de 1979, con motivo de la celebración del "Año Internacional del Niño" se destacó la existencia del maltrato y abandono a menores, fue en esta época cuando se consolidaron diferentes asociaciones tanto privadas como públicas para la protección de los menores, como son: La asociación Pro-derechos de la niñez (APRODENI), Centro de Prevención del Maltrato a la Niñez (PREMAN), inaugurada a principios de 1980, como anexo al Hospital Infantil de México de la Secretaría de Salud (S.S.) pasando a ser en 1982 un programa del D.I.F. también aparecen las asociaciones de Padres Anónimos y la Asociación Internacional para la Defensa del Niño Maltratado (FILIUM). en 1987 se realiza en México el tercer Congreso Latinoamericano sobre Maltrato al menor, auspiciado por el Instituto de Salud Mental, en 1991, se llevó a cabo también en la CD. de México el Primer Simposio Interdisciplinario e Internacional "El Maltrato a los Niños y sus Repercusiones Educativas"

bajo la responsabilidad de la Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil (FICOMI).

Dentro de la participación del sector salud para prevenir el maltrato tenemos la alternativa adoptada por el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), al programar en el año de 1985, una emisión de televisión educativa con el tema "niño maltratado", cuyo objetivo fundamental era que el televidente identificara y valorara las consecuencias del maltrato y abuso al menor (Escobar, 1997).

En mayo de 1996, la Comisión Nacional de Derechos Humanos convocó a todos los mexicanos a participar en la campaña Unidad Nacional contra la Violencia en donde participaron diferentes medios de comunicación.

Televisión:

Dentro de la campaña denominada "Piensa con los pies en la tierra", el Consejo Nacional de la Publicidad produjo un mensaje de 30 segundos, que se transmitió con cobertura nacional.

El Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación produjo dos mensajes para la televisión, con una duración de 30 segundos. Ambos mensajes fueron transmitidos por todos los canales de televisión.

Radio.

Dentro de la campaña "Piensa con los pies en la Tierra", el Consejo Nacional de la Publicidad produjo la versión radiofónica de su mensaje contra la violencia.

El Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación produjo dos mensajes de radio, con duración de 20 y 30 segundos cada uno. Ambos fueron transmitidos por todas las radiodifusoras del país.

Dentro de los espacios de Radio Universidad y Radio Educación, la Comisión Nacional de Derechos Humanos produjo 18 programas de radio en las que se abordaron distintas perspectivas del tema de la violencia.

Carteles.

La Confederación Nacional Campesina editó un cartel alusivo al tema que se promovió en toda la República.

El Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación imprimió dos carteles de gran tiraje para ser distribuidos por medio de todos sus agremiados.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) difundió el mensaje en seis carteles en los que hacía un llamado a la Unidad Nacional Contra la Violencia, dirigido a los niños y jóvenes en nuestro país. Las Comisiones Estatales de Derechos Humanos y las instituciones educativas se encargaron de colocarlos en lugares públicos de gran afluencia (terminales de autobuses, estaciones del metro, aeropuertos etc.)

Publicaciones.

Desde que dio inicio la campaña, la CNDH insertó en todas sus publicaciones un cintillo alusivo a la campaña.

Los restaurantes Vips y Portón, en sus manteles individuales de papel incluyeron, un llamado contra la violencia.

La CNDH del Estado de México elaboró y distribuyó una calcomanía alusiva a la campaña. (Gaceta de la CNDH, 1996)

Otras Acciones.

La Asamblea de Representantes del Distrito Federal decretó la "Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar" en donde ya se define jurídicamente qué es la violencia intrafamiliar, qué se considera maltrato físico, maltrato psicoemocional, maltrato sexual, quienes son los que darán asistencia y atención a los generadores y receptores de la violencia intrafamiliar. Dicha ley salió publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de julio de 1996.

La Secretaría de Educación Pública ha incluido en los libros de texto gratuito información acerca de los derechos de los niños en donde como ya sabemos se encuentran artículos que protegen al niño contra el maltrato.

El Instituto Federal Electoral (IFE) en coordinación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) organizó una campaña televisiva y radiofónica para la divulgación de los Derechos de los Niños e invitó a todos los niños mexicanos a participar en una campaña electoral para votar por cada uno de estos derechos el 6 de julio de 1997, los resultados que arrojaron las elecciones infantiles fue que la mayoría voto por el derecho a la educación y por el derecho a que nadie lastime su cuerpo y sus sentimientos.

El gobierno del Distrito Federal ha instituido un sistema telefónico denominado Niñotel en donde el niño que es maltratado habla al 3581111 expone su caso, y su llamado de auxilio es atendido inmediatamente por el DIF a través de su programa PREMAN.

3.2. Instituciones que Abordan Actualmente el Maltrato Infantil.

Con el fin de atender y resolver los problemas de la niñez mexicana sometida a maltrato se han creado diversas instituciones tanto públicas como privadas, encontrándose dentro de las primeras el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto de Salud Mental, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y el Centro de Atención contra la Violencia Intrafamiliar (CAVI), dentro de las privadas tenemos a Padres Afectivos.

3.2.1. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Por lo que toca a la problemática del maltrato a menores, el DIF brinda atención en la forma siguiente:

La Dirección de Asistencia Jurídica, por conducto del Departamento de Servicios Sociales, presta, organizada y permanentemente, servicios de asistencia social a los menores y sus familias, a través del Programa de Prevención al Maltrato del Menor (PREMAN) Brinda atención las 24 horas de todos los días del año, sin excepción y recibe las denuncias en forma telefónica, escrita o directa.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Una vez recibida la denuncia, se procede a su registro, designándose a una trabajadora social, quién realizará la verificación, sin descuidar los parámetros de definición, consistentes en la intencionalidad, habitualidad u omisión y el origen del maltrato: padres, tutores, custodios o personas responsables del menor agredido.

La forma de verificar la denuncia es asistiendo a lugar donde vive la víctima hecho que de por sí da información del lugar que es, del tipo de vivienda, de las condiciones económicas e higiénicas del lugar etc. Se busca indicios del maltrato a través del dialogo con los padres, en el cuerpo del niño así como con los vecinos y familiares cercanos a la víctima.

Una vez corroborada la existencia del maltrato al menor, la trabajadora social procede a elaborar la cédula de estudio socioeconómico, documento que tiene el objetivo de registrar el caso, abriendo expediente.

De la búsqueda de esta información se derivan estrategias que permiten al profesional en trabajo social alcanzar el objetivo del programa, determinado esquemas básicos operativos, que abarcan la investigación, el diagnóstico, la planeación, el tratamiento y la evaluación.

La investigación y el planteamiento de un diagnóstico es la parte de mayor importancia, debido a que con esto se precisa que es lo que se va a realizar y hasta donde se pretende llegar respecto al problema. Por lo tanto, se propone la asistencia integral a la familia, donde regularmente intervienen las áreas social, jurídica y médica, en forma conjunta o separada, de la siguiente manera:

Tratamiento Social.

Se realiza mediante el auxilio y orientación, y tiene por objeto resolver las carencias que padezcan el menor y su familia, propiciando la solución respectiva mediante la vigilancia, trabajo de grupo y canalizaciones a otras áreas de apoyo.

Tratamiento Jurídico.

Se realiza mediante la coordinación con la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia o la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, según el caso y las necesidades del mismo.

Tratamiento Médico.

Se proporciona mediante coordinación con el Instituto Nacional de Salud Mental del propio DIF, con el ISSSTE, el IMSS, la Secretaría de Salud y los hospitales infantiles ya sea en el área de salud física o mental.

La organización para el trabajo diario se controla mediante la calendarización de las visitas domiciliarias. Se lleva a cabo una programación de las actividades a realizar. Respetando este calendario, la trabajadora social informa sobre las acciones llevadas a cabo y sus resultados. El seguimiento del caso termina cuando la problemática ha sido solucionada satisfactoriamente. Para cerrar el caso, la trabajadora social elabora un último resumen, donde expone las razones que justifican la conclusión del tratamiento (Gamboa, 1991)

Cabe mencionar que el personal que labora en esta institución esta conformado por trabajadoras sociales que son las que hacen el diagnóstico, evaluación y tratamiento del problema, los profesionales de la psicología que colaboran con ellas son pasantes que están haciendo su servicio social.

3.2.2. Instituto de Salud Mental.

En este instituto existe un grupo multidisciplinario, que bajo la técnica del estudio, enseñanza y asistencia denominada clínica, se aboca a revisar el Síndrome del Niño Maltratado en forma conjunta con la Dirección de Asistencia Jurídica del DIF, con el objeto de encontrar las características que presentan los menores maltratados y su familia y con ello orientar un estudio sistematizado que fundamente su prevención.

Entre los objetivos que se traza la mencionada clínica se encuentran.

General.

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

Específicos.

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

Dar atención al menor maltratado y a su familia.

Investigar las características del niño maltratado, su familia y su entorno social.

Estructurar normas diagnósticas, preventivas y asistenciales del menor, su familia y su medio.

Difundir los problemas referentes al síndrome para la creación de áreas multidisciplinarias que se aboquen al estudio y diagnóstico de casos y

Crear un centro de información para elaborar la estadística del problema y poder hacer programas de prevención adecuadas.

La Clínica del Síndrome del Niño Maltratado se encuentra trabajando en las áreas de Asistencia, Enseñanza, Investigación y Prevención.

En este lugar sí se cuenta con diversos profesionales de la salud, entre ellos se cuenta con psicólogos que participan en el diagnóstico, tratamiento y prevención del problema. Cabe mencionar que el tratamiento es dado a través de psicoterapia individual y grupal. Todos los profesionales que participan en cada caso, asisten a juntas periódicas de evaluación según la gravedad del caso. La duración promedio del tratamiento es de tres a seis meses dependiendo de la magnitud y gravedad del caso que se atiende.

En general para que la clínica logre sus fines cuenta con el apoyo de diversas instituciones como la Procuraduría del la Defensa del menor y la Familia, Servicios Médicos Forenses, SS, ISSSTE, IMSS, Cruz Roja, Cruz Verde, Cruz Blanca y sobretodo del apoyo de la organización Padres Afectivos (Escobar y Farfán, 1997).

3.2.3. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).

La CNDH surge el 6 de junio de 1990. Es un organismo público, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de la protección, observancia, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos establecidos en la Constitución Mexicana, así como en los Tratados y Convenciones internacionales firmados y ratificados por México.

Las funciones que atañen a la CNDH como defensora de los derechos del menor las realiza como parte de su tarea de defensa de los derechos fundamentales de los mexicanos y extranjeros que se encuentran en el territorio nacional, incluyendo obviamente a los niños.

Durante todo el procedimiento el menor ve tutelado sus derechos por parte de esta comisión ya que cualquier persona, inclusive un menor de edad puede interponer una queja, cuando tenga conocimiento de violaciones a sus derechos humanos, resulte o no perjudicado directamente por ellas. Si el menor no sabe escribir se le brindará el apoyo indispensable para documentar su queja, se le proporcionarán servicios de traducción si es necesario, y toda gestión será gratuita. Una vez admitida la queja ante la CNDH, se iniciará la investigación exhaustiva de los hechos, a través de un procedimiento ágil y directo con las autoridades señaladas como responsables, el cual podrá ser reducido a un plazo de ocho horas en caso de urgencia.

En los casos en que después de un análisis exhaustivo se llegue a la conclusión de que una autoridad ha cometido violación a sus derechos, se formulará una recomendación pública, autónoma, no vinculatoria, y en su caso denuncia o queja ante la autoridad respectiva, para lograr la reparación de las violaciones a los derechos humanos.

De esta forma cuando el sujeto de la violación es un menor de edad, la CNDH le brinda una protección directa, en contra de quién viole sus derechos, y asume así un papel de orientación, apoyo y tutoría en este aspecto, protegiéndolo contra futuras agresiones.

Las quejas que se han recibido en la CNDH que tratan sobre menores las podemos clasificar en dos rubros:

- Casos de violación de Derechos Humanos en los cuales una autoridad no es la responsable directa de los mismos.
- Casos en que la violación de Derechos Humanos a menores son presunta responsabilidad de una autoridad.

En el primero están las desapariciones de menores en los que no hay indicios de participación de alguna autoridad, presentándose desde lesiones y maltratos hasta homicidios cometidos por particulares en agravio de menores; o bien secuestro de menores o tráfico de

los mismos. En estos casos puede existir responsabilidad de las autoridades en el caso en que se presenten vicios en el procedimiento, por ejemplo: si se retrasa por negligencia la integración de una averiguación previa, si existe dilación en el procedimiento, denegación de justicia, etc.

En el segundo caso, están las detenciones arbitrarias, intimidación, abuso de autoridad, lesiones, torturas y vicios en el procedimiento, cometidos por algún servidor público, funcionario o autoridad.

La CNDH también participa activamente en acciones encaminadas a la prevención y defensa de los derechos humanos a través del apoyo dado a los Anteproyectos de ley para Prevenir y Sancionar la Tortura, a las Reformas de Ley para Menores Infractores. Asimismo, ha promovido la divulgación y la cultura de los derechos humanos en el nivel primaria, coordinando esfuerzos con la Secretaría de Educación Pública, mediante el estudio e inclusión de éstos en los libros de texto gratuitos y participó ampliamente en la Campaña Nacional contra la Violencia, convocada por esta misma comisión en 1996 (Aguilar, 1992).

3.2.4. Centro de Atención para la Violencia Intrafamiliar (CAVI).

El Centro de Atención para la Violencia Intrafamiliar (CAVI), dependiente de la Procuraduría General de la República (PGR) fue creado en el año de 1990, como respuesta a una necesidad social, con el objetivo de identificar, analizar, combatir, prevenir y ofrecer soluciones a cualquier forma de violencia intrafamiliar.

En dicho centro se proporciona orientación y asesoría médica, legal y psicológica, enfatizando la terapia breve como alternativa psicológica, sin importar en algunos casos la formación o escuela de donde provenga el terapeuta. Dentro de este centro laboran aproximadamente 50 personas en donde se encuentra abogados, médicos y psicólogos.

El servicio psicológico que presta el CAVI, se centra principalmente en la atención de mujeres víctimas de agresión física, psicológica o sexual por parte de sus cónyuges. Aunado

a ello también proporciona atención a las familias en donde impera el maltrato hacia los menores siendo éste fenómeno poco frecuente en relación a los casos de agresión contra las mujeres.

La terapia que proporciona CAVI, es de tres tipos, individual, familiar y de grupo.

La terapia individual consiste básicamente en el análisis de las causas individuales que limitan el resolver y enfrentar los problemas.

La terapia familiar busca encontrar relaciones familiares más funcionales y la terapia grupal que busca encontrar la solución a los conflictos en programas específicos para hombres, mujeres y niños. A este tipo de terapia es a la que se le da más importancia, por la alta demanda del centro y porque es la que más resultados favorables les ha dado (Dominguez, 1993).

3.2.5. Padres Afectivos.

Padres Afectivos es una organización no lucrativa que trabaja en México a través de grupos de autoayuda; los cuales se encuentran distribuidos en las diferentes áreas del Distrito Federal; así como en algunos Estados de la República., a través de estos grupos de autoayuda, pretende mejorar la comunicación entre los miembros de la familia, prevenir el distanciamiento y el maltrato, y ofrecer alternativas y soluciones positivas a los problemas que se presentan.

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

Los objetivos a cumplir en esta institución son los siguientes:

- 1.- Prevenir problemas que entorpezcan el desarrollo armónico de la familia.
- 2.- Mejorar la comunicación verbal entre los miembros de la familia.
- 3.- Ofrecer alternativas y soluciones positivas a los problemas que se presentan a la familia.

- 4.- Entrenar a personas interesadas en ingresar a la asociación como coordinadoras de grupo.
- 5.- Ofrecer cursos de comunicación familiar.

En lo que respecta a su funcionamiento, una vez que se han constituido los grupos el plan de trabajo a seguir es el siguiente.

- 1.- Bienvenida.
- 2.- Presentación de la plática.
- 3.- Comentarios.
- 4.- Dinámica de grupo.
- 5.- Exposición de problemas personales.
- 6.- Comentarios del coordinador.
- 7.- Despedida.

Es preciso indicar que los coordinadores son los encargados de establecer el orden dentro de las juntas o sesiones y de facilitar la comunicación entre sus miembros. Su papel no es la de resolver los problemas de las personas que asisten, sino la de proporcionar el ambiente, el tiempo y el espacio para que las ideas, los problemas y las soluciones surjan del mismo grupo en un ambiente de armonía y libertad.

Finalmente es importante mencionar que Padres Afectivos es una organización cuya función se encuentra fundamentalmente a un nivel de prevención secundaria, es decir que ante un hecho de maltrato infantil se busque por medio del diálogo que el padre o custodio del niño no reincida en el maltrato (Dominguez, 1993).

Las instituciones que actualmente laboran en la atención del niño maltratado además de las ya mencionadas son las siguientes:

SECTOR SALUD.

Instituto Nacional de Pediatría.

Instituto de Salud Mental. (DIF).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Hospital Infantil Psiquiátrico "Juan N. Navarro.

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"

SECTOR GUBERNAMENTAL.

Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) PGJDF.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Prevención del Maltrato al Menor (PREMAN) DIF.

Programa Interdisciplinario a personas Violadas (PIAV) PGJDF.

ASOCIACIONES CIVILES.

Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual A.C. (AVISE).

Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil (FICOMI).

Centro Mexicano para la Atención de los derechos de la Infancia (CEMEDIN).

Centro de Terapia de Apoyo en Delitos Sexuales.

Fundación para la Protección de la Niñez, A. C.

Padres Afectivos A. C.

Fundación Mexicana de Reintegración Social, A. C.

Como hemos visto, se ha empezado a tomar conciencia del problema del maltrato por parte de las autoridades y se han iniciado acciones más concretas encaminadas a proteger a la niñez mexicana. Sin embargo, es de suma importancia que en la práctica cotidiana, haya una participación activa de parte de todos los profesionales, los funcionarios y encargados de Instituciones Públicas y privadas que tengan que ver con niños, conjuntamente con las entidades gubernamentales para apoyar los proyectos que surjan para atender o prevenir los casos de maltrato.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3. Desarrollo de Servicios para Discapacitados.

3.3.1. En la Educación.

México tiene una larga historia de búsqueda en cuanto a la forma de atender a sus ciudadanos menos afortunados. Esta historia de atención a las personas con discapacidad en México empezó con el presidente liberal Benito Juárez, quien fundó dos escuelas: La Escuela Nacional para sordos (1867) y la Escuela Nacional para Ciegos (1870)(Vigente hasta nuestros días).

De entonces a la fecha, ha habido una cronología de avances significativos de la educación especial, a la par con el desarrollo del Sistema Educativo Nacional. Aunque el presidente Juárez había comenzado a ayudar a las personas con necesidades especiales, sólo hasta después de la Revolución Mexicana, en 1918, se intentó hacer algo para que los niños con discapacidad pudieran encontrar empleo al llegar a adultos. Con este fin se fundó la Escuela de Orientación para Varones y Niñas. En 1932, se estableció la Escuela Especial para Niños Anormales y, en 1935, el Instituto Médico Pedagógico (Shea y Bauer, 1999) .

En 1935, se detectó también la necesidad de crear más servicios para los niños que no podían acudir a la escuela regular. Tratando de satisfacer esta necesidad, la Secretaría de educación Pública (SEP) creó una división para la Educación Especial y, en 1936, una Clínica de la Conducta que todavía existe, además de la Normal de Especialización para los maestros que tenían interés en trabajar con niños con dificultades.

La Escuela Normal de especialización fue la primera que se dedicó exclusivamente a preparar maestros en el área de la educación Especial. Las Licenciaturas que en ella se ofrecen se especializan en: mentores infractores, problemas de aprendizaje, deficiencia mental, Lisiados del aparato locomotor, audición y lenguaje, e Invidentes.

En 1952 se fundó el Instituto Nacional de audición y foniatria, como reconocimiento de la necesidad de atender a las personas con dificultades para oír. Enseguida se estableció el Instituto Nacional de Comunicación Humana que hasta la fecha atiende a un gran número de niños y adultos con problemas de aprendizaje, audición y lenguaje.

Por otro lado, se formaron las Escuelas de Educación Especial que comenzaron a dar servicio a niños considerados con necesidades educativas especiales. Estas escuelas incluyeron servicios para niños con deficiencia mental, o con trastornos de audición y de

lenguaje, con impedimentos motores o trastornos visuales. Estos niños no cursaron un currículo regular y fueron aislados de sus compañeros que no tenían estos problemas.

Recientemente, se comenzó a colocar a los niños con problemas de aprendizaje o conducta en el programa de Grupos Integrados. Estos grupos hipotéticamente, existían para los niños que habían reprobado primero y segundo grados. Después de adquirir la lengua escrita en estos grupos, regresaban a estudiar el tercer grado a los salones de educación general. Estos grupos recibían atención de un equipo formado por un director de equipo, cinco maestros especialistas, un psicólogo encargado de evaluar a los niños, un terapeuta y un trabajador social los cuales funcionaron en cinco escuelas de cada zona escolar. Aunque el programa se denominó "Grupos Integrados" y los niños físicamente se ubicaron dentro de las escuelas públicas, el servicio existió como una parte de la Educación Especial, estos grupos funcionaron de 1970 a 1994 (Andrade, 1999; citado por Klingler, 1999).

En 1993, se reformó el artículo 3º. De la Constitución Mexicana y entró en vigor la Nueva Ley General de Educación. Ésta fue la primera vez que en México se aprobó una ley que comprometía al Estado a proveer de educación equitativa para todos los niños. El artículo 41 de la nueva ley afirma que la educación especial está obligada a atender a las personas que sufren de desórdenes permanentes, es decir, deficiencia mental, parálisis cerebral, discapacidad visual y auditiva, etc., o problemas temporales, como serían los trastornos de lenguaje o de aprendizaje, o coeficiente intelectual y sobresaliente .

Aunque , como ya se mencionó, el artículo 3º. Se reformó hasta 1993 , en México se había empezado a formular una política sobre la integración educativa desde 1980, cuando la Dirección General de Educación Especial (DGEE) difundió sus líneas en el documento "Bases para una Política de Educación Especial", indicando la normalización e integración como principios que dirigirían la política Educativa (Colli Peón, 1999; citado por Klingler, 1999). Sin embargo, sólo hasta la creación del Programa de Modernización Educativa 1989-1994 y la Declaración de Salamanca, se vio un fuerte esfuerzo para implementar la integración educativa. Con la Declaración de Salamanca, en 1994, México también se encontró en vísperas de cambio. La conferencia mundial sobre "Necesidades Educativas Especiales (NEE): Acceso y Calidad", celebrada en Salamanca , España, reafirmó el principio de la educación para todos y examinó la práctica para asegurar la atención a los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

niños y jóvenes con necesidades educativas especiales. Las políticas de la UNESCO condujeron a una nueva política de educación equitativa. Esto implica que todos los niños tienen derecho a acudir a los salones de la escuela regular o a una educación adecuada. Tomando en cuenta lo anterior y la Declaración de Salamanca de 1994, del derecho de Educación para Todos, la Educación Especial inició el proceso de integración educativa de los aprendices con necesidades especiales a la escuela regular, considerando que se beneficiarían de la convivencia con sus compañeros.

La medida más necesaria para conseguir cambios radicales fue cambiar la mentalidad de los especialistas encargados de administrar el programa. El resultado es que ahora se conceptualiza al niño con discapacidad como una persona que necesita un ajuste en el currículum regular, pero no con individuos con problemas que le impiden acceder a las oportunidades disponibles para los otros ciudadanos del país. Los especialistas de Educación Especial han tenido que revisar las acciones educativas y eliminar la clasificación de las personas como "normales" y "especiales", así como el modelo médico con su concepto implícito de deficiencia, para poner más énfasis en que el sistema educativo debe ocuparse de los niños con necesidades especiales en lugar de segregarlos, eliminar la educación paralela, y entender las dificultades que experimentan (S.E.P., 1994)

¿Cómo ha cambiado la administración de servicios? Las Escuelas de Educación Especial se han convertido en Centros de Atención Múltiple (CAM). Actualmente en ellos se atiende a los niños que no se han integrado debido a que sus trastornos son más severos y, en consecuencia, sus necesidades especiales son mayores. En estos centros se ubica tanto a niños preescolares como a los de primaria y secundaria. Sin embargo, se espera que algunos de estos niños se puedan integrar a salones de clases regulares.

Los equipos que funcionaron antes para los Grupos Integrados se reorientaron y ahora se llaman Unidades de Servicio de Atención a la Educación Regular (USAER). Por consiguiente, no sólo atienden a los alumnos que no adquieren la lengua escrita en primero de primaria, sino a todos los alumnos de la escuela primaria que presentan dificultades en el aprendizaje escolar. Orientan, además, a los maestros regulares en cuanto a la enseñanza a

niños sobresalientes, quienes también forman parte del grupo de estudiantes con necesidades especiales.

Por otra parte, los especialistas que atendieron a los niños preescolares en los Centros Psicopedagógicos (CAPEP) siguen funcionando como tales, pero ahora entran al salón de clases y trabajan con la maestra regular, ayudándole con los niños que necesitan de algún ajuste en el curriculum.

Las dificultades más graves que han impedido la instauración plena de la integración educativa consisten en lo siguiente: La estructura de las escuelas que impide el acceso a los niños que por sus características físicas, por ejemplo, no pueden subir y bajar escaleras, lo cual muestra la necesidad de instalar rampas. En conclusión, es necesario modificar muchas características arquitectónicas de las escuelas existentes para que todos puedan tener acceso a ellas. Otro obstáculo, más importante aún, es que los maestros no han recibido la capacitación suficiente para tener éxito en la integración educativa.

Los retos educativos futuros para México son muchos si la meta es lograr que todos los ciudadanos tengan las mismas oportunidades para la educación plena, hasta donde sea posible, sin obstáculos y prejuicios que impidan el progreso. Para el siglo XXI, esto implica "crear ambientes de aprendizaje óptimos para todos los niños, independientemente de su origen étnico o signo de discapacidad o necesidad educativa especial" (Morales, 1999; citado por Klingler, 1999).

3.3.2. A nivel social.

A diferencia de otros países, donde las consecuencias de las guerras o la efectividad de sus políticas públicas han sido factor para un mejor desarrollo de la población con discapacidad, México ha sido testigo de un interesante proceso social. Desde los años cuarentas personas con discapacidad, familiares, profesionales y filántropos, al no encontrar respuestas y solución a sus problemas, empezaron a formar organizaciones sociales para todas las discapacidades con una amplia diversidad de objetivos. Actualmente existen en el país cerca de 700 organizaciones sociales de y para las personas con discapacidad.

Con varios intentos fallidos en los años ochentas, por unir a las personas y sus organizaciones, en 1990 se formó el Consejo Nacional Ciudadano de Personas con

Discapacidad, donde confluyen hoy en día una mayoría de las organizaciones sociales. El éxito de este proceso social, motivo un alto sentido de unidad, y la oportunidad para establecer objetivos comunes en beneficio de la población con discapacidad.

Hasta principios de esta década, la atención a las personas con discapacidad, solo se regía por lo establecido en la Ley General de Salud, la Ley General de Educación y la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, dirigida a los aspectos de salud, rehabilitación y asistencia social. Sin embargo quedaban al margen situaciones como la equidad de oportunidades, el empleo, la capacitación, la eliminación de barreras arquitectónicas, el desarrollo social, la obtención de servicios, la recreación, cultura, deporte y el libre tránsito y desplazamiento entre otros.

Podemos afirmar que de 1990 a la fecha, las reformas jurídicas de carácter federal o estatal, se deben en gran medida, a la constante exigencia y participación de las personas con discapacidad a lo largo y a lo ancho del país, haciéndose escuchar con propuestas muy concretas, sobre las materias que la Legislación debe incorporar y actualizar.

El desarrollo de las reformas o promulgación de disposiciones legales, que tienen como finalidad consagrar los derechos de las personas con discapacidad, se han fundamentado en el orden jurídico positivo mexicano, considerando lo establecido por:

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos.

La Convención de los Derechos del Niño.

El Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad y

las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, entre otros.

Estos instrumentos y acciones, reconocen que las personas con discapacidad no solo tienen derecho a ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos y sociales, consagrados en los diversos instrumentos internacionales, sino que además establecen los derechos específicos y las medidas que el Estado debe tomar para que las personas con discapacidad puedan gozar en un plano de igualdad del conjunto de los derechos Humanos que goza la población general.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Si bien, la Constitución Política de México consagra por igual los derechos de todos los mexicanos, los derechos anteriormente referidos, hoy se plasman en una amplia gama de ordenamientos que comprenden diversas problemáticas de la población con discapacidad y sus familiares. En el año 1995, por primera vez en la historia contemporánea de México, la problemática de la población con discapacidad es elevada al Plan Nacional de desarrollo 1995-2000, con la puesta en marcha del "Programa Nacional para el Bienestar e Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad" como eje rector de las políticas públicas.

Lo anterior, ha permitido conocer a fondo los problemas, definir mejores programas o acciones y sensibilizarnos de que el marco jurídico nacional o local, necesita constantemente actualizarse a las realidades de la sociedad. Así, se han promulgado en todas las entidades de la República Leyes de Integración Social que comprenden los derechos de las personas con discapacidad, cuyo sentido es articular las responsabilidades del gobierno y el conjunto de las Instituciones en cada entidad.

Como podemos ver el proceso de integración de las personas con discapacidad ha sido difícil y tortuoso por las barreras morales y prejuicios que deben abatirse para lograr su inserción en la sociedad. Sin embargo, mucho se ha avanzado en el campo de la integración laboral de las personas con discapacidad. En algunos países del mundo esto se hace por ley o políticas internas y, en otros por conciencia propia (Ortega, 2000).

3.4. Papel del Psicólogo en la Problemática del Niño Discapacitado y del Niño Maltratado.

En este apartado iniciaremos haciéndose énfasis en el papel del psicólogo en la atención del niño discapacitado.

Todo ser humano debe considerarse siempre como un ser integral , inmerso dentro de una perspectiva bio-psico-social, en las que se toman en cuenta sus diferentes ejes de desarrollo. Al enfatizar en este punto de vista, el ser humano debe de evaluarse y manejarse en un contexto integral, caracterizado por la participación activa de diferentes disciplinas que trabajan hacia el logro de un fin común: el máximo bienestar biológico, orgánico,

psicológico y social del individuo. La psicología como disciplina cuyo objeto principal es el estudio del comportamiento humano forma parte de este grupo interdisciplinario que trabaja en pro del bienestar del individuo, por esta razón sus diferentes campos de aplicación se deben de ir modificando continuamente según las necesidades de un grupo particular. En cuanto al campo de acción referente a la discapacidad la psicología con sus diferentes modelos teóricos y metodológicos presenta alternativas de respuesta para la rehabilitación del sujeto con discapacidad, enfocando su interés tanto al proceso de evaluación como a la intervención terapéutica. A nivel del proceso de evaluación, el rol del psicólogo está orientado a identificar: el nivel de desarrollo general y de funcionamiento específico de cada una de las siguientes áreas a) habilidades motoras, gruesas y finas; b) lenguaje expresivo y comprensivo; c) conductas de autocuidado, y d) desarrollo personal social. Esta evaluación permite obtener información clínica del niño, evaluar aspectos ambientales que pueden contribuir a su desarrollo y generar estrategias de intervención apropiadas. El funcionamiento integral general del individuo, es decir evaluar el aspecto cognitivo, repertorios básicos para el aprendizaje: atención, seguimiento instruccional, imitación, motivación; procesos superiores: memoria, abstracción, percepción, comprensión, conceptualización, lógica matemática, habilidad de planeación y solución de problemas. El funcionamiento socio-emocional, para detectar el concepto de sí mismo, del mundo, de lo que le rodea, el comportamiento adaptativo, la capacidad de interacción con el medio y el nivel de adaptación a situaciones nuevas, la respuesta al fracaso y la tolerancia a la frustración. El ambiente familiar. Para conocer el proceso de ajuste emocional de la familia a la problemática de un hijo y hermano con discapacidad, el manejo de la pérdida de un hijo normal y los patrones de crianza. Con este proceso de evaluación, se efectúa el diagnóstico diferencial que permite hacer una predicción sobre la evolución y límites de los posibles tratamientos y concentrar los esfuerzos terapéuticos sobre los comportamientos típicos que caracterizan el cuadro clínico en cuestión. En cuanto a la intervención, el psicólogo debe considerar la organización de los servicios necesarios para capacitar al individuo con discapacidad con el fin de lograr un integración de este a la comunidad. En el logro de estas metas terapéuticas se debe involucrar de manera activa a la familia. De hecho es apropiado pensar en el individuo con discapacidad como un problema tanto familiar como individual.

Es la familia del discapacitado quien debe empezar y encargarse directamente de integrarlo a la comunidad. El psicólogo puede intervenir en diferentes niveles, siempre teniendo en cuenta la integridad del ser humano y su naturaleza biopsicosocial. Estos niveles son: Informativo: con énfasis en dar a conocer a la familia el tipo de discapacidad que tiene el niño, sus causas, factores predisponentes etc. Educativo Formativo: entrenar a los padres y cuidadores en habilidades específicas orientadas al desarrollo y manejo del discapacitado. Intervención terapéutica: orientada a brindar apoyo emocional y a entrenar a los padres en habilidades para el manejo de su hijo discapacitado. En la etapa inicial de desarrollo del niño, la atención del psicólogo se dirige fundamentalmente a brindar apoyo emocional a la familia, disminuir la culpabilidad y llevarlos a entender el diagnóstico y sus implicaciones. En este momento es prioritario trabajar hacia el proceso de adaptación y ajuste emocional ante la situación que enfrentan entendida como un impacto negativo para los padres. En dicha etapa el psicólogo debe entrenar a los padres específicamente en estrategias de afrontamiento que les permitan manejar los diferentes tipos de estrés que genera la llegada de un hijo con discapacidad a la familia, tales como el generado por la confusión, la ignorancia de los términos médicos, de instancias hospitalarias, la falta de claridad en el diagnóstico, las presiones financieras, el desorden y caos familiar y el estrés propiamente emocional que da origen a sentimientos de derrota, rabia, miedo y culpa. Esto se logra a través de la atención individual, de pareja o de grupos con problemas similares. Durante la niñez y la adolescencia del discapacitado, los objetivos de la intervención están encaminados a optimizar el ambiente físico y social, proveer experiencias de aprendizaje ajustadas al nivel de funcionamiento y al desarrollo y mantenimiento de un contexto afectivo favorable. En este periodo los padres enfrentan a la crisis del ingreso del hijo discapacitado al proceso educativo, la decisión del tipo de educación adecuada para su desarrollo, el ubicarlo o no en la escuela regular y posteriormente, la crisis emocional por el estancamiento de sus aprendizajes académicos y los cambios propios de la adolescencia lo que implica unos rasgos físicos más acentuados. Durante la adolescencia y la adultez se perciben de manera más significativa las limitaciones del sujeto lo cual choca nuevamente con las expectativas de los padres, respecto al logro de habilidades y aprendizajes. En el segundo periodo del desarrollo. Los padres por lo general temen morir y dejar solos a sus hijos, situaciones que les generan altos niveles de ansiedad y

comportamientos depresivos por lo que deben de contar con apoyo psicológico . Conforme a lo anterior se puede concluir que los psicólogos están en la capacidad de orientar sus actividades a la prevención, consejería, entrenamiento, educación, supervisión, administración e investigación del sujeto con discapacidad, no obstante ,la mayoría de estos profesionales no son entrenados para desempeñar este rol, sin embargo, la sociedad exige la participación de equipos interdisciplinarios para la atención del sujeto discapacitado y el psicólogo es un profesionista clave para su atención.

Lo anterior nos remite a la importancia que tiene el que los padres de un sujeto con discapacidad cuente con la ayuda de profesionales para educar a su hijo y si se le provee de las herramientas necesarias para su educación estamos evitando que llegue a hacer uso del maltrato como técnica de crianza. A continuación hablaremos del papel que desempeña el psicólogo en la atención del niño maltratado sea este discapacitado o no.

Recordemos que el maltrato infantil también suele presentarse con niños discapacitados, y que no es sólo daño físico, sino que también puede ser de tipo emocional de ahí la importancia del trabajo del psicólogo en la atención del problema.

Sabemos que uno de los problemas centrales de prevenir el maltrato al menor radica en observar los rasgos conductuales en las personas que van a tener hijos o que ya los tienen, antes de que desencadenen la agresión. La psicología aplica sus métodos de estudio para investigar los diversos elementos que intervienen en el episodio del maltrato; elaborando perfiles psicológicos de los agresores y de los agredidos, enumerando las características de los familiares; así como de los factores de tipo socioeconómico y sus efectos en las conductas de las personas (Castañeda, 1993; citado por Ferreira, 1997).

Los métodos psicológicos en la evaluación del niño maltratado, se fundamentan en el establecimiento de un diagnóstico diferencial, con la implementación de técnicas y acciones terapéuticas adecuadas a cada caso en particular. Para estudiar al niño maltratado se utilizan una batería de pruebas que abarcan aspectos de inteligencia, afectividad, psicopedagógicas y de adaptación social. Cabe mencionar que, la prevención del maltrato a los niños es difícil y casi imposible desde el punto de vista de la evaluación psicológica, sin embargo cuando existen casos en los que se detectan patologías mentales emocionales y sociales graves,

como la de los enfermos psicóticos, neuróticos, deficientes mentales o con daño cerebral, se puede predecir que de alguna manera es más factible que se presente el maltrato.

A través de la interpretación de los resultados obtenidos por el psicólogo en las pruebas psicométricas, proyectivas y de personalidad se ha observado que las características más frecuentes de los niños maltratados son: sentimientos de abandono, soledad, desprotección, percepción de un medio hostil y agresivo, minusvalía, desconfianza, temor, tristeza, depresión, baja productividad y creatividad, impotencia e incapacidad para defenderse. Es por ello que estos sujetos deben de recibir terapia individual o terapia de grupo que los ayuden a liberarse de todos estos sentimientos negativos que generalmente acompañan la vida del sujeto maltratado. En los sujetos maltratadores sometidos a pruebas similares se ha encontrado que tienen reacciones instintivas y pobre control de impulsividad, mecanismos de sobrecompensación por medio de agresiones y tendencias criminales, destructividad, rechazo, odio y deshumanización (Marcovich, 1981).

Se puede concluir que el trabajo del psicólogo a nivel preventivo puede llevarse a tres niveles: primario, secundario y terciario.

La prevención primaria se refiere a los esfuerzos que se hacen por influenciar a los padres antes de que ocurra el abuso y se encamina a la reestructuración social y familiar; mediante la reeducación desde los primeros años de vida, capacitando a los jóvenes en como conformar una familia y como llevarla a desarrollar buena salud, física y mental; como planificarla, evitando tener hijos no deseados, detectar a los padres potencialmente maltratadores, brindando apoyo a madres solteras y a padres de hijos discapacitados para que no incurran en maltrato a sus hijos.

Mientras que la prevención a nivel secundario se refiere a los servicios de apoyo que se ofrecen a los padres que se consideran como de "alto riesgo" y sienta sus bases en la forma de abordar el problema y a sus miembros involucrados, destacándose una actitud de amistad y ayuda, más que de juez y de amenaza a la familia, contando con equipo multidisciplinario especializado e instituciones, tratando de intervenir para evitar que las víctimas salgan más dañadas.

El tercer nivel de atención se refiere a los servicios ofrecidos después de que se ha detectado el maltrato. En este sentido se alude directamente al tratamiento, sin embargo, se considera

preventivo ya que al estar sometido a tratamiento el maltratador, se evita la repetición de la conducta de abuso en la siguiente generación. Aquí es donde más trabajo tiene el psicólogo ya que en esta etapa es cuando el maltratador es obligado por las autoridades a recibir terapia y el tiene que proporcionársela aunque el paciente muchas veces no este dispuesto a recibirla y esto dificulta muchas veces el éxito de la intervención psicológica, ya que no es lo mismo trabajar con un paciente que acude voluntariamente a la consulta y que se presupone va a cooperar y hacer lo que le sugiera el psicólogo a la situación del sujeto que es obligado a asistir y que muchas de las veces ni siquiera se da cuenta de la gravedad de sus actos y de que son en perjuicio de su víctima.

Como podemos observar el trabajo del psicólogo en ambos grupos es bastante valioso e importante ya que es necesario dar orientación a los padres de hijos discapacitados o no para que cuenten con herramientas en la difícil tarea de educarlos ya que para ello la psicología es de gran valor dado que estudia las interacciones entre los individuos y su medio ambiente; interacciones que son determinadas por: las características del medio ambiente, las características biológicas del individuo y la historia individual. Como toda conducta psicológica es adquirida el interés de la psicología radica en los procesos de modificación de esta (Hinojosa y Galindo, 1984). Para ello el psicólogo cubre áreas como la rehabilitación, desarrollo, detección, investigación, planeación y es dentro de estas áreas que el psicólogo tiene compromiso con el problema del maltrato más aun si este se da en sujetos con discapacidad, el cual para su atención requiere de la participación activa de médicos, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, etc.

La importancia de realizar este trabajo de investigación dentro de la psicología radica en la trascendencia que tienen las experiencias que vive el niño durante las primeras etapas de su desarrollo, ya que toda la estimulación que éste recibe desde su nacimiento, de una u otra forma influye en su desarrollo físico, psíquico y social, más aún cuando hablamos de la presencia constante de estímulos aversivos como sucede en los niños maltratados. Además en los lugares en donde se desenvuelve el profesional de la psicología como son la escuela, el consultorio, el hospital, tiene la posibilidad de encontrarse ante un caso de maltrato infantil y es donde debe de participar de manera activa en el diagnóstico y tratamiento oportuno ya que para ello cuenta con las herramientas necesarias para intervenir en los casos

de maltrato. No obstante la mayoría de estos profesionales no son entrenados y/o capacitados para atender ambas problemáticas sin embargo, la sociedad exige su participación en equipos interdisciplinarios ya que es el profesional encargado de mantener las metas de la habilitación dentro de la perspectiva de integralidad y unidad del ser humano.

Por ello a los psicólogos nos es necesario capacitarnos más al respecto, ser sinceros en aceptar nuestra falta de conocimientos y canalizar adecuadamente aquellos casos a colegas que puedan abordarlo más eficientemente y preferentemente adquirir el conocimiento que nos permita posteriormente enfrentarlo y solucionarlo. Nosotros somos en quienes las víctimas confían y por lo tanto no las debemos defraudar.

CAPITULO IV

PROPUESTA DE TRABAJO

CAPITULO IV

PROPUESTA DE TRABAJO.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente trabajo fue explorar en los padres de familia de niños con discapacidad que asisten a un Centro de Atención Múltiple (C.A.M.); si se utiliza el castigo dentro de su sistema de crianza.

Para cubrir plenamente el objetivo anteriormente planteado, a lo largo del trabajo se implementaron las siguientes tareas:

- a) Hacer una revisión teórica acerca del maltrato infantil.
- b) Revisión teórica del término discapacidad.
- c) Analizar la presencia del maltrato en las personas con discapacidad y.
- d) Proponer algunas alternativas para prevenir el maltrato en niños con discapacidad.

4.1 Metodología.

Escenario: El estudio se llevó a cabo en un Centro de Atención Múltiple (C.A.M.), pertenecientes a la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.)

Sujetos: La muestra consistió en 30 sujetos, todos del sexo femenino, todas ellas madres de familia de menores con algún tipo de discapacidad que asisten al Centro de Atención Múltiple (C.A.M.) y que nos aportan los datos del cuestionario.

Materiales: El instrumento que se utilizó fue un cuestionario de 47 preguntas, 44 de ellas cerradas y 3 abiertas. Las 14 últimas exploraron el uso del castigo como medida disciplinaria y la última la opinión de los sujetos estudiados respecto del castigo (ver anexo 1)

Diseño: El tipo de investigación que se utilizó fue el *ex post facto sobre hechos cumplidos*, ya que este tipo de investigación es apropiado para establecer posibles relaciones de causa-efecto observando que ciertos hechos han ocurrido y buscando en el pasado los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

factores que los hayan podido ocasionar. Se diferencia del verdadero experimento en que en éste la causa se introduce en un momento determinado y el efecto se viene a observar algún tiempo después, además este tipo de diseño cuenta con las siguientes características que nos fueron útiles para nuestro estudio como son: ...“a) El investigador escoge uno o más efectos que le es dable observar y se retrotrae en el tiempo en busca de posibles causas, relaciones y su significado; b) Es apropiado cuando por razones prácticas, económicas y éticas no es posible realizar experimentos; c) Proporciona información útil sobre la naturaleza del problema: qué factores están asociados, bajo qué circunstancias, en qué secuencia aparecen etc. aunque es importante señalar que la principal debilidad de éste tipo de investigación consiste en que por falta de control sobre los factores supuestamente causales, no es posible establecer con un margen de seguridad aceptable cual es la causa o causas que originan el evento”... (Tamayo y Tamayo, 2001; P. 77) . El tipo de diseño que se utilizó es el de N=1 en donde cada sujeto es objeto de investigación.

Procedimiento: La aplicación del instrumento se llevó a cabo en un salón de las instalaciones del citado C.A.M. La duración de la aplicación tuvo un rango de tiempo que osciló entre 20 y 30 minutos. Antes de la entrevista, se les explicó a los entrevistados los propósitos del estudio y su confidencialidad, es importante agregar que una de las entrevistadoras formaba parte del personal docente de esta escuela y era conocida por la mayoría de los encuestados; esto mejoró la relación inicial que se entablo con ellos, es necesario mencionar que la mayoría de los entrevistados sabía leer y escribir y contestaron el cuestionario solos, pero una minoría no sabía hacerlo y requirió que la entrevista le fuera hecha de manera personal. La finalidad del presente cuestionario fue identificar los factores de riesgo que hacen que se presente el maltrato infantil en niños discapacitados.

Por factor de riesgo nos referimos a lo que Cosin (1994, citado en Pérez 1996, Pág. 22), señala como “Las características del individuo que están relacionadas con la posible aparición futura de una determinada problemática. Estas características pueden ser todas aquellas series de condiciones desfavorables en las cuales se encuentra un determinado grupo de población, y que propician más fácilmente la ocurrencia de ciertas enfermedades e incluso la muerte”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2. Resultados Obtenidos.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación, destacando los que se refieren a los antecedentes prenatales y postnatales del niño con discapacidad y el uso del castigo como método de crianza. Es importante mencionar que todos los resultados se presentan en forma de tablas con su respectiva gráfica para una mejor apreciación y comprensión de ellos.

4.2.1. Antecedentes Prenatales, Postnatales del Niño que Acude al CAM.

ENFERMEDADES QUE PADECIO LA MADRE EN EL EMBARAZO.

ENFERMEDADES	MADRE
DEPRESION	4
AMENAZA DE ABORTO	8
TRAUMATISMO	1
ALCHOLISMO	0
MALOS TRATOS	4
EXPOSICION A RAYOS X	2
INECCIONES GRAVES	2
HIPERTENCION ARTERIAL	5
GOLPES X ESPOSO	4

Tabla No. 1 .

Respecto a las enfermedades que padeció la madre durante el embarazo , se observan entre las más frecuentes, amenaza de aborto e hipertensión arterial, seguidas de malos tratos, golpes y depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respecto a la pregunta de si fue un embarazo planeado el 60% contestó que sí y el 40% que no; relacionada a la pregunta anterior se le cuestionó si fue un embarazo deseado a lo que el 73.3% contestó que sí y el 26.7% contestó que no.

En cuanto a la pregunta de donde se atendió el parto el 100% de las encuestas contestó que en un centro hospitalario, siendo el 80% en el IMSS y el restante en hospitales de la Secretaría de Salud. En cuanto a la pregunta de si fue parto prematuro o de término la respuesta fue que sólo el 5 del total fue prematuro y los otros 25 fueron de término. Asimismo el 63.3% fue parto natural y el 36.7% fue obtenido por cesárea.

PESO DEL NIÑO DISCAPACITADO AL NACER

PESO AL NACER	NUMERO
MENOS DE 2 KG.	2
ENTRE 2 Y 2.5 KG.	8
ENTRE 2.6 Y 3 KG.	11
MAS DE 3.5 KG.	9
TOTAL	30

Tabla 2.

Por lo que toca a la pregunta del peso del niño, al momento de nacer, la mayoría tuvo un promedio de entre 2.6 y 3 kg. Lo que habla de un peso considerado dentro de la percentila normal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVENTOS AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

EVENTOS	NUMERO
LLORO	13
RESPIRO BIEN	6
RESPIRO MAL	10
ESTUVO EN LA INCUBADORA	9
ESTABA ENFERMO	5
ESTUVO A PUNTO DE MORIR	2

Tabla No. 3.

Respecto a los eventos presentes durante el parto, se encontró que la mayoría de ellos lloraron al momento de nacer, pero a decir por las madres respiraron mal y 9 de ellos estuvieron en incubadora.

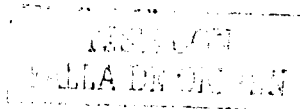
En cuanto a la pregunta de si se decepciono al saber el sexo del bebe el 30% de las encuestadas dijo que si y el 70% de ellas dijo que no; en cuanto a si fue amamantado el 46.7% si lo hizo y el 53.3% no lo amamanto.

PERSONA QUE DETECTO AL NIÑO DISCAPACITADO

PERSONA QUE SE DIO CUENTA	NUMERO
LA MAMA DEL NIÑO	7
EL PAPA DEL NIÑO	2
UN PARIENTE	1
SU MAESTRO (A)	12
EL MEDICO	13
TOTAL	30

Tabla No. 4

En lo que toca a la detección del niño discapacitado, se observa claramente tanto en la tabla anterior como en la gráfica que fueron el médico y el maestro respectivamente los primeros en detectarlo.



PERSONA QUE IDENTIFICO AL NIÑO DISCAPACITADO

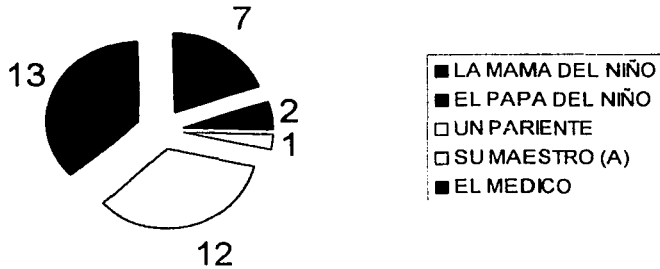


Figura No.1

PERSONA A QUIEN SE LE SOLICITO INFORMACION

TIPO DE PERSONA	NUMERO
MEDICO QUE ATENDIO AL BEBE	17
ENFERMERA	1
PSICOLOGO	6
PSIQUIATRA	2
NEUROLOGO	5
OTROS	5
NADIE	3

Tabla No.5

En cuanto a la pregunta de a que persona recurren para pedir información, es nuevamente el médico a quién se acude, como lo muestra también la figura siguiente.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

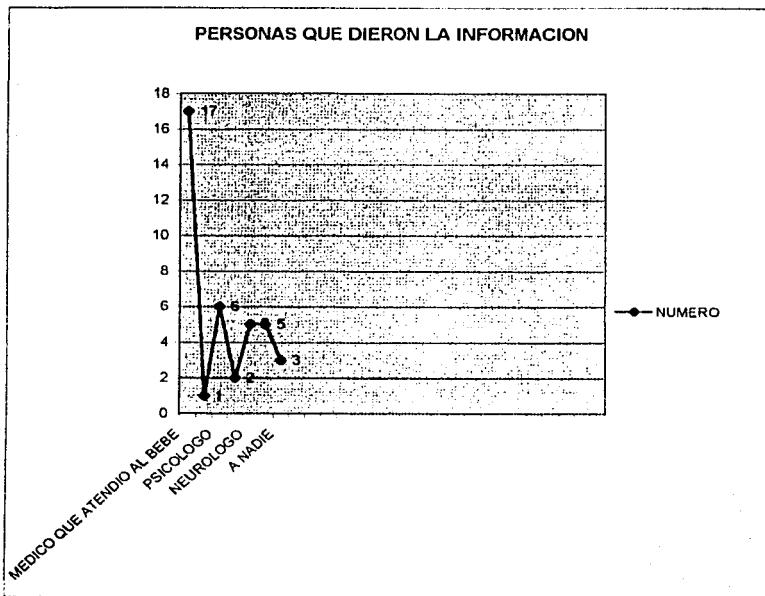


Figura 2.

En la figura 2; se observa claramente que las personas que dieron la información del problema del bebe a los padres fueron en primer lugar el médico que atendió al bebé, seguido del psicólogo , neurólogo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SERVICIO DE SALUD A DONDE LLEVO AL NIÑO (A)

SERVICIO DE SALUD	NUMERO
IMSS	10
ISSSTE	0
ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL	10
HOSPITAL INFANTIL	5
PSICOLOGO DEL DIF	2
SECRETARIA DE SALUD.	3
CAM	3
NINGUN LADO	1

Tabla 6.

Respecto a la pregunta sobre los servicios de salud a los que se acude, la mayoría reportó asistir al IMSS y a las escuelas de Educación Especial, como se observa también en la gráfica siguiente.

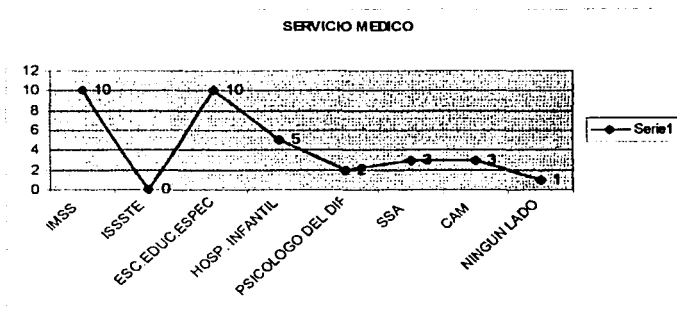


Figura No. 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE INFORMACION RECIBIDA

INFORMACION	NUMERO
VAGA	7
CIERTA	8
CONFUSA	5
DESALENTADORA	10
ALENTADORA	3

Tabla No.7

La presente tabla nos muestra que la información que reciben los padres respecto de su hijo es sobretodo desalentadora e cierta en la mayoría de los casos, como también lo muestran la gráfica que ha continuación se muestra.

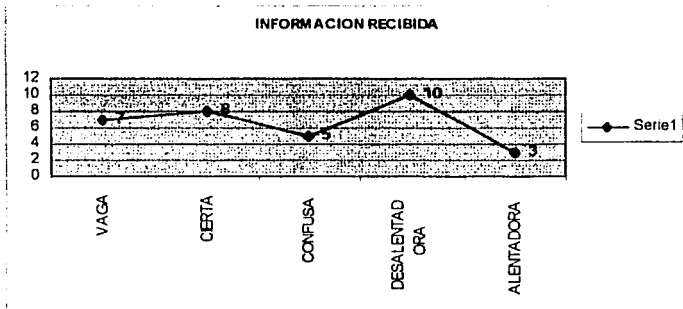


Figura No. 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDAD EN QUE SE INICIA LA ATENCION

EDAD	NUMERO
ANTES DE 2 AÑOS	8
DESPUES DE 2 AÑOS	5
DESPUES DE 4 AÑOS	5
DESPUES DE 6 AÑOS	9
DESPUES DE 8 AÑOS	1
DESPUES DE 10 AÑOS	2

Tabla No.8

Esta tabla junto con la figura 5 nos muestra que la edad en que se inicia la atención del niño discapacitado es después de los 9 años por lo que no hay una atención inmediata.

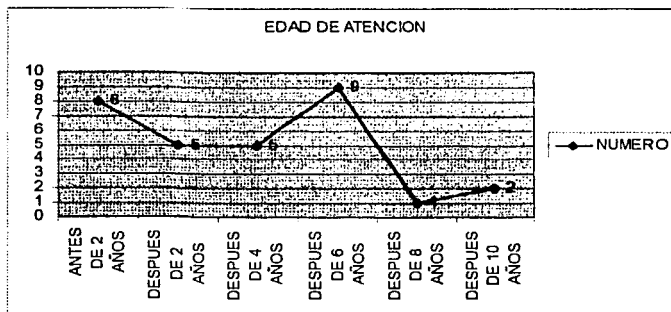


Figura No.5

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

PROBLEMA QUE PRESENTA EL NIÑO DISCAPACITADO

TIPO DE PROBLEMA	NUMERO
DEFICIENCIA MENTAL	8
DEFICIENCIA DE LENGUAJE	9
DEFICIENCIA AUDITIVA	0
IMPEDIMENTOS MOTORES	5
DIFICULTADES DE APRENDIZAJE	13
AUTISMO	1
EPILEPSIA	1

Tabla No. 9

Respecto a que tipo de problemas presenta , hay una mayoría de dificultades de aprendizaje, seguidas de deficiencia del lenguaje y deficiencias mentales, como lo muestra también la figura 6.

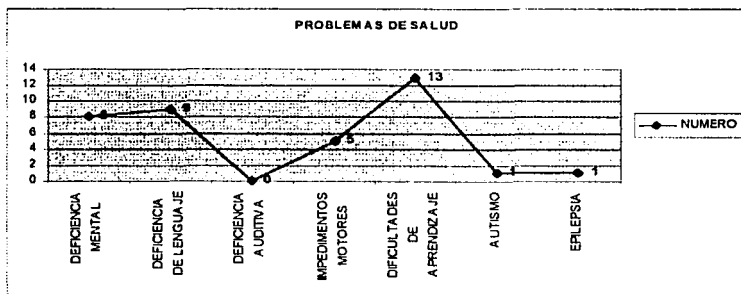


Figura No.6

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NOTA: Cabe hacer mención que algunos datos se duplican, ya que las personas manifestaron que en el caso de quien les dio la información, algunas recibieron información de una o mas personas de la clasificación, así también en cuanto al servicio al que asistieron sucedió lo mismo, ya que algunos que tenían posibilidades económicas los llevaron con varios especialistas, en cuanto a la información que recibieron, esta fue en algunos casos confusa y a la vez desalentadora. Asimismo los niños discapacitados presentan más de una deficiencia a la vez.

En cuanto a las preguntas que hacen referencia al comportamiento del niño encontramos lo siguiente: la mayoría siente satisfacción al ver como actúa su hijos (73.3%); la mayoría contesto que el niño si compensa sus esfuerzos (93.3%) el 86.7% no se siente decepcionada y el 80% de las entrevistadas considera que no es la causa de sus problemas familiares el 20% considera que si lo es, un 50% considera que es un niño difcil el otro 50% considera que no lo es.

Un dato importante de mencionar es que de pesar de que como vimos con anterioridad el 100% de los niños nació en un centro hospitalario; el 60% de los padres no supo a donde llevarlos para su atención y sólo el 40% si supo con oportunidad a donde llevarlo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SITUACIONES MAS FRECUENTES EN EL NIÑO DISCAPACITADO

SITUACIONES	NUMERO
LLORA CON FRECUENCIA	5
NO OBEDECE	15
NO CONTROLA ESFINTERES	8
ES AGRESIVO	6
NO HACE TAREAS	1
ES VAGO	4
ES TRAVIESO	10
SE MASTURBA	1
ES LENTO	1
ES MUY ENFERMIZO	8

Tabla No. 10

Respecto a las situaciones difíciles que presenta el niño discapacitado se reporta que la mayoría de ellos no obedece y son muy traviesos, conductas que se observan de manera gráfica en la figura no.7.

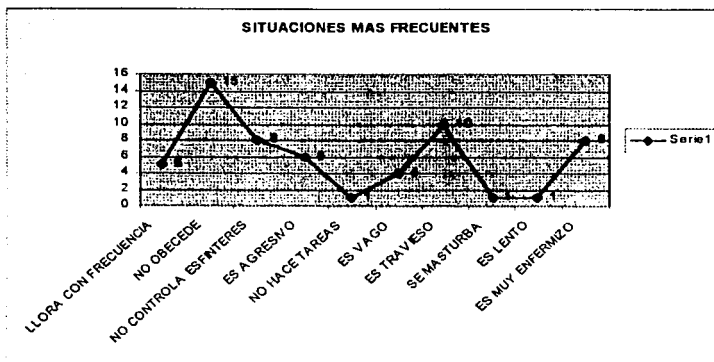


Figura No. 7

TESIS CON
FALLA DE OCLIN

A la pregunta de si utilizaban los castigos la mayoría contestó que sí (66.7%) y la minoría contestó que no (33.3%).

CASTIGO A LOS QUE ES SENSIBLE EL NIÑO

CASTIGO	NUMERO
REGAÑOS	17
NALGADAS	5
A IGNORARLO	5
A NO ATENDERLO	2
ENCERRARLO	4
NO VER LA TELEVISION	2
A LOS GOLPES	4

Tabla No. 11

En cuanto al tipo de castigo a que es más sensible el niño discapacitado la mayoría de las madres refirió, que es al regaño ante lo que responden más sensiblemente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONDUCTA DEL NIÑO AL SER CASTIGADO

CONDUCTA	NUMERO
LLORA	13
SUPLICA	6
SE ENOJA	11
SE DEFIENDE	4
NO LE IMPORTE	3

Tabla 12.

En lo que se refiere a la conducta que asume el niño cuando es castigado, la mayoría de las mamás manifestó que al niño llora y/o se enoja al ser castigado.

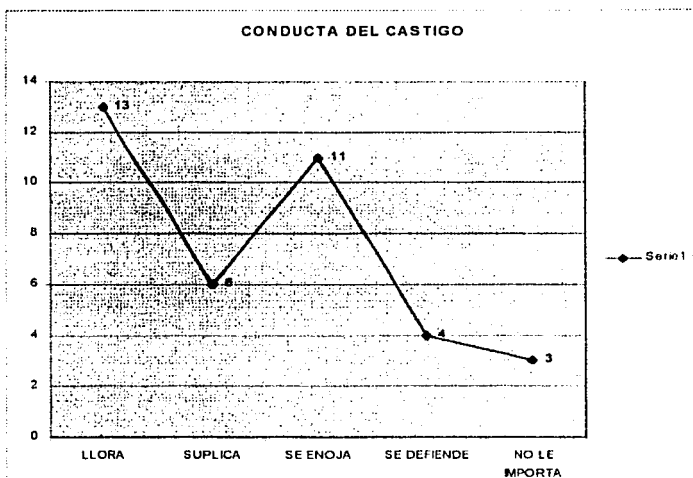


Figura No. 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SENTIMIENTOS DEL NIÑO DESPUES DE SER CASTIGADO

SENTIMIENTOS DEL NIÑO	NUMERO
SE SIENTE CULPABLE	3
ES SUMISO	8
SE ASUSTA	7
ES INDIFFERENTE	2
OBEDECE MAS	15
SE DEPRIME	2
SE ENOJA MAS	5
SE ESCONDE	2

Tabla 13.

En lo que respecta a los sentimientos que experimenta el niño discapacitado después de ser castigado las madres encuestadas contestaron que sus hijos obedecen más después del castigo, lo que también se observa en la figura 9.

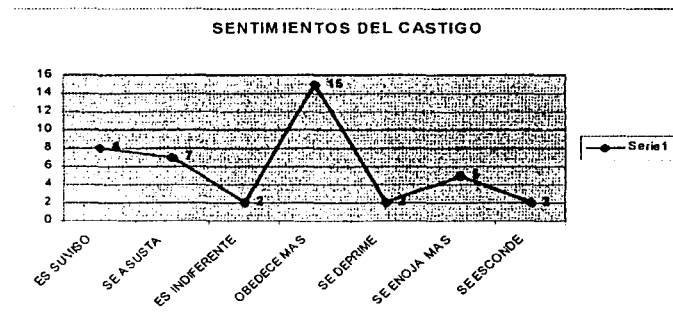
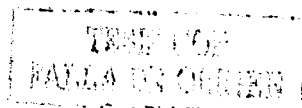


Figura No.9



SENTIMIENTOS DE USTED ANTE LAS CONDUCTAS INADECUADAS DEL NIÑO.

SENTIMIENTOS	NUMERO
ENOJO	10
TRISTEZA	16
CULPABILIDAD	5
DECEPCION DE ÉL	4
DECEPCION DE USTED MISMA	5

Tabla no. 14

En cuanto a los sentimientos que experimenta la madre de familia ante la conducta inadecuada de su hijo la mayoría dijo sentir tristeza y enojo como sus principales sentimientos , lo cual también se observa en la figura siguiente.

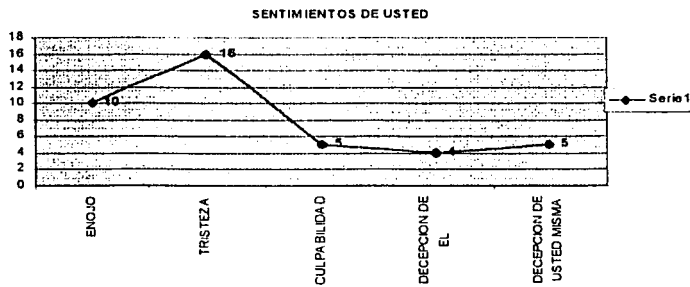


Figura No. 10

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SENTIMIENTOS DE USTED EN EL MOMENTO QUE LO CASTIGA

SENTIMIENTO	NUMERO
IRRITADA	4
ENOJADA	20
ALTERADA	10

Tabla 15.

Por lo que toca a los sentimientos de la madre en el momento de castigar a su hijo casi la totalidad respondió estar enojada y alterada en el momento en que propina el castigo. Lo que también podemos observar de manera más gráfica en la figura 11.

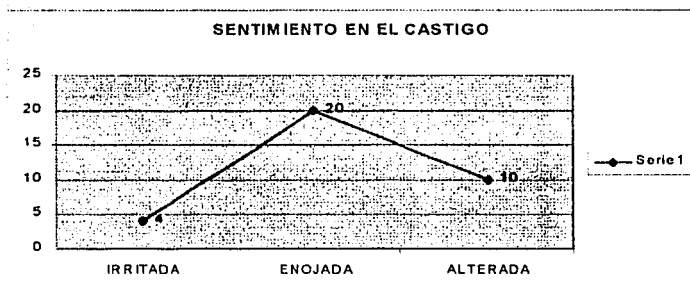


Figura 11.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SENTIMIENTOS DE USTED DESPUES DE QUE LO GOLPEA

SENTIMIENTO	NUMERO
LIBERADA	4
DEPRIMIDA	2
ARREPENTIDA	19
CULPABLE	5

Tabla 16.

Respecto a los sentimientos que tienen las madres, después de castigar a su hijo discapacitado, casi todas dijeron estar arrepentidas de haber golpeado a su hijo. Mismos datos que se observan en la figura 12.

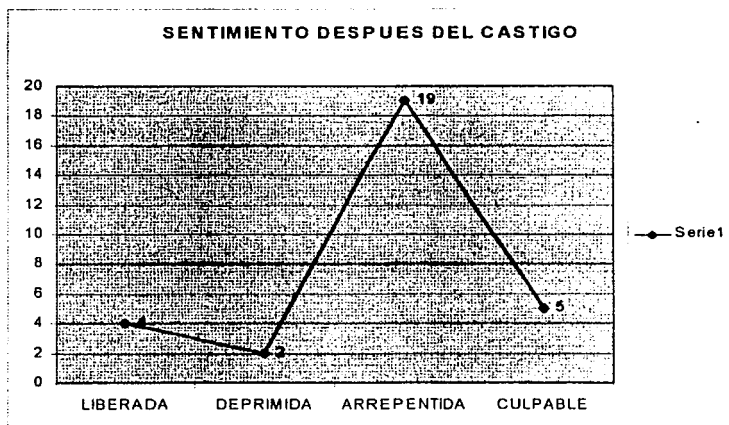


Figura No. 12

TRABAJE CON
MADRES POR ORIGIN

RAZONAMIENTO DE USTED ACERCA DEL CASTIGO

RAZONAMIENTO	NUMERO
LO MERECA	6
NO LO MERECA	2
NO DEBERIA PEGARLE	6
ERA NECESARIO	13
ESPERA NO VOLVER HACERLO	3
TOTAL	30

Tabla 17.

En cuanto al razonamiento que se hace las entrevistadas acerca del castigo utilizado, la mayoría piensa que era necesario, lo cual se nota claramente en la figura siguiente.

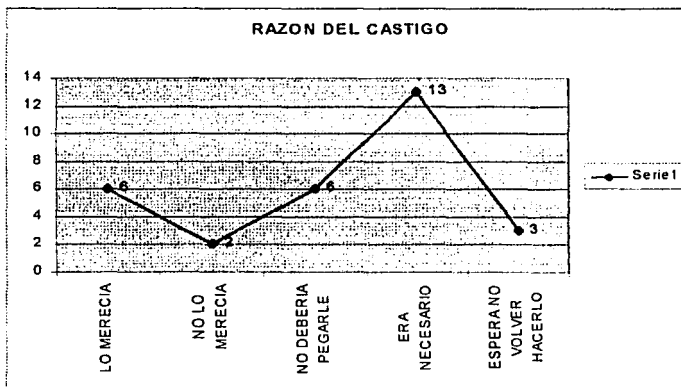


Figura 13.

En cuanto a la pregunta de si castiga igual a todos sus hijos la mayoría contesto que si (70%), y la minoría que no (30%).

A QUE HIJO SE LE CASTIGA MAS

HIJO CASTIGADO	NUMERO
AL MAYOR	13
AL NIÑO SIN DISCAPACIDAD	15
AL NIÑO CON DISCAPACIDAD	15

Tabla 18.

Respecto a la pregunta de que a que hijo se le castiga más, se encontró una coincidencia con la pregunta anterior, ya que en ambas se detecta que si se utiliza el castigo, tanto en el niño discapacitado como en el que no lo es. Lo que también es observable en la figura 14.

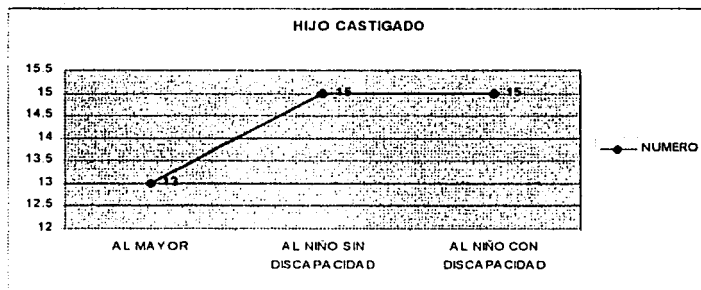


Figura No. 14

OTRAS OPCIONES PARA DISCIPLINAR QUE NO SEAN GOLPES

OPCIONES	NUMERO
HABLA CON EL NIÑO	22
IGNORA LA SITUACION MOLESTA	1
AMENAZA	7
NIEGA PRIVILEGIOS	6
LO ENCIERRA	2
LO IGNORA	1

Tabla No. 19

En cuanto a tener otras opciones para disciplinar al discapacitado, la mayoría opta por hablar con su hijo como otra alternativa hecho igualmente observable en la figura 15.

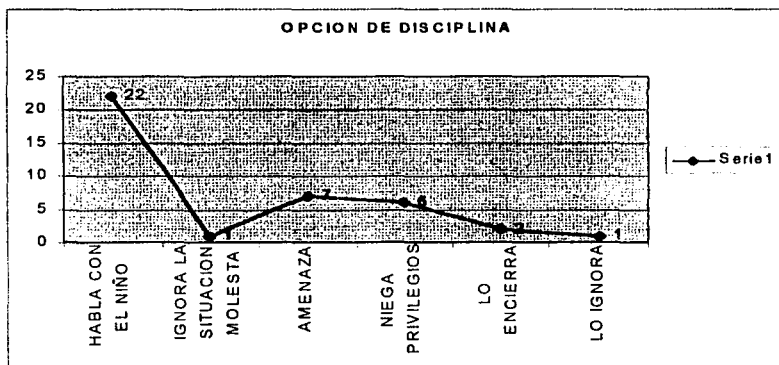


Figura No. 15

QUIEN APOYA PARA NO LLEGAR AL CASTIGO

PERSONA QUE APOYA	NUMERO
LOS PAPAS DE USTED	9
SU MARIDO	11
SUS PARIENTES	6
ALGUN PROFESIONAL	2
NADIE	7

Tabla No. 20

Al cuestionarles sobre quienes son los apoyos a los que recurren para no castigar a sus hijos la mayoría refiere, que quien más las apoya son sus esposos y sus padres.

En cuanto a la pregunta de si le gustaría tener un apoyo para la educación y corrección de conductas inadecuadas de su hijo, la mayoría contesto que sí (99%), y sólo un (1%) contesto que no.

DE PARTE DE QUIEN LE GUSTARIA TENER APOYO

PERSONA QUE LE GUSTARIA QUE LE AYUDARA	NUMERO
MAESTROS	14
PSICOLOGOS	26
ESPOSO	1
DE OTROS PADRES CON NIÑOS CON DISCAPACIDAD	3

Tabla No. 21

Respecto a la pregunta de quién le gustaría recibir ayuda, la gran mayoría de encuestadas solicito que fuera el psicólogo el profesional con quien le gustaría contar, lo que nos habla de la importancia que tiene esta profesión.

Finalmente a la pregunta si esta de acuerdo en utilizar el castigo como medida disciplinaria, el 93.3% dijo que sí y el 6.7% dijo que no. Datos que se muestran en la tabla No. 21 y en la figura 16.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA UD. DE ACUERDO CON EL USO DEL CASTIGO COMO MEDIDA DISCIPLINARIA.

CASTIGO	%
SI	93.3
NO	6.7

Tabla No. 22.

En esta tabla y en la figura 16 se observa claramente la aceptación al uso del castigo como medida disciplinaria.

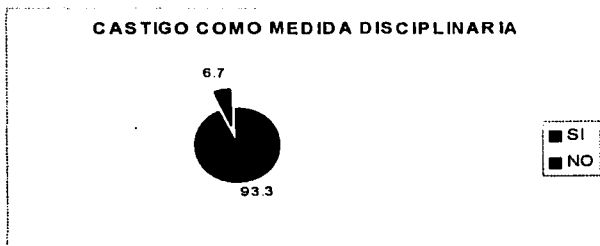


Figura 16.

En la figura 16 se observa que el 93.3 % de las madres encuestadas están de acuerdo en la utilización del castigo como medida disciplinaria y tan sólo el 6.7% no esta de acuerdo con el uso de éste como medida disciplinaria, lo que nos habla de la tolerancia cultural que se tiene hacia el castigo y esta situación aumenta la posibilidad de que el castigo se siga utilizando como método de crianza en niños discapacitados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3. Análisis de Resultados

Los resultados se analizarán de acuerdo a las respuestas que los entrevistados dieron al cuestionario, y se agruparán de acuerdo a los siguientes indicadores:

- Datos demográficos y Socioeconómicos de los padres
- Antecedentes personales de los padres
- Antecedentes prenatales y posnatales del niño con discapacidad.
- Problemas familiares.

En cuanto al primer rubro se encontró que los participantes son de condición socioeconómica baja, cuya edad es más de 30 años, con escolaridad de educación primaria en su mayoría y una minoría con estudios universitarios por lo que en consecuencia la mayoría trabaja de obrero, percibiendo el salario mínimo o menos, lo que hace cada vez más difícil el cubrir sus necesidades básicas, según lo expresado por algunas de las entrevistadas, aunado a lo anterior viven con más de 5 personas en su dormitorio, afortunadamente casi todos cuentan con vivienda propia con los servicios básicos de agua, luz, drenaje y a decir de los entrevistados la mayoría consume leche, huevo, fruta y verduras, datos que no son muy creíbles dadas las condiciones socioeconómicas de dichas familias. Asimismo se encontró que como la mayoría son obreros cuentan con servicio médico del IMSS, aunque a veces acuden a otros centros asistenciales como son Secretaría de Salud, ISSSTE, DIF, ISSEMYN o médico particular.

En cuanto al segundo indicador que corresponde a los antecedentes personales de los padres; encontramos en el padre que 26% de ellos habían sufrido golpes en la infancia; el 23% tenía antecedentes de carencia de afecto y el resto no tenían estos antecedentes. En madres también se encontró que 20% de ellas tuvieron carencia de afecto en su niñez y que el 16% las golpearon en su infancia el 64% restante negó haber tenido estos antecedentes en su infancia.

Dentro de los antecedentes prenatales y posnatales del niño con discapacidad encontramos algunos datos interesantes como el que 26% de las madres tuvieron amenaza de aborto, el

16% de ellas sufrieron hipertensión arterial y el 13% las golpeo su esposo, situaciones que pueden condicionar algunas anomalías en el recién nacido. Sin embargo la mayoría de ellos tuvo un peso adecuado de 2600 a 3 kg. según los datos que aportaron las entrevistadas el 43% lloró al nacer y el 33% respiro mal, lo que nos hablará en estos últimos de una probable hipoxia neonatal que pudo ser el origen de la discapacidad. Otro dato que llama la atención es que el 53% no amamanto a su bebé lo que nos hablaría probablemente de una falta de apego materno; en la pregunta de quien detecto la discapacidad encontramos que el 40% de ellas fue detectado por un maestro y el 43% por el médico; la información que recibió la madre fue en su mayoría desalentadora y que la mayoría de los niños con discapacidad inició su atención después de los seis años lo que nos lleva a confirmar la parte teórica de este trabajo en donde se anotó que generalmente al niño con discapacidad se le detecta tardíamente y la información que reciben los padres es muy vaga y desalentadora a pesar de que como se vio el 100% de los niños nació en una unidad hospitalaria en donde tuvieron que haberles informado más acerca de la problemática de su hijo; para que ellos aceptarán la situación del niño y sin embargo no sucedió así ya que según lo que arrojan los resultados el 60% de los padres no supo donde llevarlo y sólo el 40% si fue informado con oportunidad de los centros educativos y hospitalarios en donde le podían proporcionar atención.

En cuanto a los problemas familiares, se le denominó así en las encuestas como una estrategia para obtener información acerca del uso del castigo como método de crianza en la educación; encontrando que el 66% de los encuestados utiliza el castigo y el 33% no dentro de los castigos que utilizan en su mayoría corresponden a regaños, nalgadas, encierros y golpes; en cuanto a las conductas que asume el niño después del castigo encontramos que ha decir de las entrevistadas el niño obedece más, seguida de una actitud de sumisión; los sentimientos que las madres manifestaron tener ante las actitudes inadecuadas de su niño fueran en su mayoría de enojo y tristeza. Cuando es utilizado el castigo las madres manifestaron tener sentimientos de enojo antes de propinarlo y después de utilizarlo, la mayoría se sintió arrepentida, asimismo la mayoría coincidió que era necesario hacerlo (43%), que castigan igual a todos sus hijo y que antes de castigarlo hablan con él. Un hecho interesante que se encontró en este rubro fue que se castiga por igual al niño discapacitado del que no lo es, y que la mayoría de las personas se sienten con la necesidad de recibir

apoyo de alguien ya sea este un psicólogo, maestro y de otros padres ya que como manifestaron verbalmente algunos de ellos es muy difícil la tarea de educar a un niño discapacitado.

Como podemos observar en los resultados obtenidos encontramos factores de riesgo para que se presente el maltrato infantil en la población estudiada ya que hay factores tales como: nivel socioeconómico bajo, vivienda inadecuada, hacinamiento, bajos ingresos económicos en particular pobreza además de que se encontró que existe una tolerancia cultural del castigo como método de crianza estos factores aunados a factores psicológicos como el déficit de habilidades y desconocimiento sobre métodos adecuados de crianza, sumado al hecho de que en estas familias se encuentra presente un niño con discapacidad nos hace pensar en una alta posibilidad de que el castigo se siga utilizando como método de crianza.



CAPITULO V

CONCLUSIONES

CAPITULO V

CONCLUSIONES

La investigación y elaboración del presente trabajo nos ha permitido conocer de una forma más real y profunda la problemática del maltrato infantil en niños discapacitados y darnos cuenta de la importancia de su prevención , sabemos que cada día se aprende algo nuevo y que esto puede darnos nuevas experiencias e ideas respecto al maltrato infantil y la discapacidad, sin embargo es preciso finalizar esta investigación anotando las conclusiones a las que llegamos y comentar algunas alternativas que ha nuestro juicio podrían servir para prevenir el maltrato en estos niños.

Al abordar el tema del maltrato infantil se presentan diversos problemas, uno de ellos es el desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática, ya que en México, actualmente, se desconocen las cifras reales del maltrato; otro es la diversidad de opiniones en cuanto a su definición , ya que dependiendo el autor que se consulte y la profesión que éste tenga es la definición que se da, lo que genera dificultades en la investigación. Por ello es primordial establecer una definición adecuada para elaborar un diagnóstico y un tratamiento apropiados. La definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han abocado al tema, desde la primera emitida por Kempe en 1962, pasando por Wolfe en 1991, hasta llegar a la dada por Manterola en 1992 y que se tomó para este estudio ya que consideramos esta última más completa ya deja a un lado la connotación médica e incluye elementos como uso de violencia, habitualidad e intencionalidad . Otro no menos importante es la tolerancia cultural hacia el maltrato ya que durante siglos la agresión al menor ha sido justificado de diversas formas, se les ha sacrificado para agradar a los dioses, para mejorar la especie o bien como una forma de imponer disciplina, existen miles de mitos, leyendas, historias y descripciones literarias referentes a ello.

Ante lo anterior consideramos que en nuestro país se requiere de una mayor interacción de los organismos encargados de la protección del menor maltratado , así como destinar más recursos financieros y humanos (equipo multidisciplinario capacitado) para abordar el

problema en forma integral y proporcionar alternativas de solución cada vez de mayor calidad.

Es vital que los centros de atención a víctimas canalicen también esfuerzos equivalentes a la prevención del problema, mediante cursos, talleres y conferencias frecuentes dirigidas al público en general empleando para ello a personal especializado propio o de otras instituciones de apoyo.

Es necesario la creación de un sistema nacional de registro de los casos de maltrato para poder acceder a información real sobre el problema.

También es conveniente que los niños y adultos puedan contar con mayor información preventiva mediante el uso de los medios masivos de comunicación radio, prensa televisión etc. Existen diversas formas de expresión de la violencia social (económica, política, moral, etc.) pero lo que aquí conviene puntualizar es la violencia ejercida por un individuo contra otros de su propio grupo familiar y es a este tipo de acto agresivo al que nos referimos en esta parte del trabajo, específicamente al castigo físico y/o psicológico de que son objeto los niños por parte de sus progenitores, quien se supone son los que deben brindar apoyo cuidado y amor. Aun actualmente encontramos que aunque esto es cada vez mas sabido y conocido, todavía se sigue respaldando la agresión al menor con la intención de "corregirlo y educarlo". Esto último serviría para entender a los padres en cuanto a la forma de educación que los mismos tienen en relación con sus hijos si se considera que la mayoría de las personas encuestadas afirmó estar a favor del castigo como medida disciplinaria entendiéndolo como castigo desde el punto de vista coloquial y no desde el punto de vista psicológico como técnica de modificación de conducta. Estas fallas para asimilar las nuevas actitudes a cerca de la crianza de los niños y de la disciplina, puede ser por lo menos una explicación parcial de los aspectos transgeneracionales del abuso, ya que como vimos anteriormente, algunos de los padres que abusan de sus hijos, fueron abusados en su infancia.

Aquí también es necesario señalar si se daña más a un niño por someterlo a un solo acto agresivo físico brutal, o bien se le lastima más exponiéndolo persistentemente al ridículo, a constantes humillaciones o incluso a la amenaza de abandono o separación. Creemos que las dos situaciones son negativas y funestas y no se debería dar ninguna de las dos, sin embargo no podemos cerrar los ojos ante la evidencia de la investigación en donde encontramos que

si se presenta el maltrato en niños discapacitados, sabíamos que el maltrato se presenta en los niños pero nos negábamos a creer que puede ocurrirse en niños discapacitados cuando en realidad estos pequeños son blancos perfectos del abuso. El descubrimiento más importante en esta área es la creencia en el valor correctivo del maltrato, ya que los padres utilizan el castigo indistintamente por ser la única pauta de crianza que conocen. Sin embargo cabe aclarar que no es lo mismo maltratar que disciplinar, ya que la acción de maltratar lleva una intención de dolo es decir de producir daño y la acción de disciplinar evita todo intento de intimidar al niño y repudia el empleo del castigo físico como desahogo de la agresión parental; con el uso de la disciplina se busca estimular la participación del niño en cuanto a la búsqueda de metas y normas asimismo busca dar alternativas y así obtener la conducta deseada.

Las víctimas de maltrato y sus familias saben mejor que nadie la importancia que habría tenido la prevención en su momento. Es tiempo de que todos tomemos en cuenta sus experiencias, no simplemente para sumar y calcular estadísticas, sino para llevar a cabo soluciones concretas. Todos debemos hacer sentir y comprender a las niñas y los niños que ellos no tienen porque responsabilizarse de los malos actos de nosotros los adultos. Ellos no tienen la culpa de lo ocurrido y es el momento en el que más amigos necesitan tener. Debemos prevenirlos enseñándoles cuáles son sus derechos y sobre todo debemos tratar a cada niño como lo que es: Un ser humano único e irrepetible que merece protección y respeto por parte de todos. La prevención es vital, es fundamental, es necesario, es la manera de tener las mayores probabilidades de sobrevivir o defenderse ante un ataque, en un accidente o una experiencia negativa. En ella podemos participar y beneficiar a todos. Lo fundamental es empezar hoy y no dejarlo para mañana.

Ahora bien en cuanto al tema de la discapacidad nos permitiremos hacer los siguientes comentarios. Que el nacimiento de un niño con discapacidad siempre provocará una crisis familiar de mayor o menor grado lo cual dependerá de tres factores a saber: a) Quién y como les informa sobre la discapacidad de su hijo; b) El momento de desarrollo en que se detecta la discapacidad del niño y c) El tipo de relaciones parentales que se han formado alrededor del niño. Por ello es indispensable prepararse para hacer una detección a tiempo ya que aun

actualmente comprobamos que no se informa debidamente a los padres, es más, en ocasiones ni siquiera se les dice nada. Ante esto el médico tiene un papel importante que cumplir en esta situación. El debe ayudar a los padres a aceptarla sin miedo, sin angustia. A asumir la "diferencia" de su hijo. A quererlo. A ser felices con él y sus progresos. Es el primero que debe abrir las puertas de la esperanza de los padres, para que puedan ir superando la situación. Entre más pronto se diagnostique la discapacidad, habrá mayores expectativas de desarrollo de las capacidades del niño. Si tal y como se ha demostrado, los primeros años constituyen un período de vital importancia para el desarrollo posterior, los programas de atención temprana deben resaltar y trabajar, todavía más esta faceta de apoyo familiar, ya que con demasiada frecuencia se detectan las necesidades especiales muy tarde, cuando el niño ya está en el primer ciclo de la educación primaria, o alrededor de los 5 ó 6 años en los que ya se han desperdiciado unos años valiosos, por la ignorancia o el desconocimiento del problema. Esta tardanza dificulta de forma especial la adaptación familiar, provocando la instauración de conductas erróneas: evitación, falsas expectativas, sobreprotección y maltrato. No se trata solamente, de detectar los problemas que puede presentar un niño en sus primeros años y tratar de remediarlo, sino sobretodo de ayudar a su familia a enfocar correctamente la cuestión para influir positivamente en el desarrollo integral de su hijo y al mismo tiempo prevenir el maltrato hacia él.

Ante las interrogantes que se plantean los padres sobre ¿Qué hacer con un hijo discapacitado?, nos gustaría hacer algunas propuestas que les ayudasen a responder efectivamente ante esta situación.

No culpabilizarse, ni culpabilizar a la pareja.

Solicitar información sobre la discapacidad de su hijo y sus posibilidades de desarrollo.

Pedir información sobre los centros públicos más próximos, especializados en estimulación precoz, educación especial, terapia del lenguaje, terapia física etc. de acuerdo a la discapacidad que presente su hijo (a). Los grupos de autoayuda, formados por personas que viven la misma situación, pueden proporcionar orientaciones prácticas y apoyo moral.

Adaptar la casa lo más posible a las necesidades de su hijo, según la discapacidad que tenga.

Informarse de las ayudas económicas, o de otro tipo, a que tiene derecho y solicitarlas oportunamente.

Estar consciente de que la llegada al hogar de un nuevo hijo genera tensiones y ocasiona cambios en la organización de la familia y que estas tensiones se incrementan si el hijo necesita que se le dedique más tiempo y atención de lo normal. Si hay otros hijos en casa, la situación puede complicarse porque al estar más pendientes de uno, pueden quedar un poco desatendidos los demás, o presentarse algún problema entre los hermanos.

Tener presente que los niños que crecen junto a hermanos con discapacidad tienen, generalmente, problemas y dificultades especiales. No es fácil crecer en una familia en la que uno de los miembros necesita de la atención de los padres y de los recursos familiares en una medida especial, pese a ello, la mayoría desarrollan fuertes sentimientos positivos hacia sus hermanos y padres y juegan un papel muy importante en el desarrollo del hermano discapacitado precisamente como consecuencia de esa relación, suelen tener una gran capacidad de comprensión y ayuda hacia los demás.

Es importante que los padres y toda la familia puedan contar con profesionales capacitados y comprensivos que les informen, les apoyen y les orienten, la ayuda profesional es un elemento de capital importancia para lograr una buena aceptación y adaptación. Los profesionales muchas veces se preocupan demasiado por ayudar a los niños discapacitados a adquirir habilidades y conocimientos y se olvidan de aspectos tan importantes como los procesos adaptativos que afectan a la raíz de todos los comportamientos: habilidades de competencia social, adquisición de hábitos de autonomía e independencia personal, habilidades que beneficiarían a su familia en su proceso de aproximación y adaptación al niño, resultan vitales para el buen funcionamiento de ésta y del propio niño. Por tanto hemos de insistir más en esta faceta sea cual sea la edad del niño que tengamos entre manos, de manera que padres y profesionales, vayamos de verdad, en la misma dirección.

Respecto a la identidad del discapacitado, éste lucha por ser reconocido y respetado como todo ser humano. Lo que desea es que la comunidad lo acepte y mire sin lástima ni miedo, ya que ha demostrado que como cualquier otro tiene sueños, inteligencia, deseos, ganas de hacer las cosas, convivir con otros en la escuela, la casa y la calle y posteriormente capacitarse y trabajar como todo ser humano. Tenemos que aprender mucho al respecto: aceptar y admirar a las personas con discapacidad. Todos estamos expuestos a sufrir algo así, sin importar clase social, nacionalidad o religión. Sin embargo, por desgracia en México, seguimos con el problema de discriminación en todos los ámbitos se sigue discriminando a las mujeres a los niños a los discapacitados a los homosexuales. Para solucionar esto hay que trabajar contra el desconocimiento, los mitos y el miedo, incluso la indiferencia de algunos sectores de la sociedad. Las personas con discapacidad tienen la dignidad inalienable de toda persona, son esencialmente sociales, su dignidad como la de cualquiera exige que no se les limite en el ejercicio de sus potenciales, pues son capaces de desarrollarse, social, escolar y laboralmente.

También los educadores institucionalizados tienen una responsabilidad especial con sus educandos. Esta claro que sin una actitud positiva por parte de los directores y maestros, la integración escolar del niño está condenada al fracaso. También es necesario que la Secretaría de Educación Pública y otras instituciones educativas tengan una mayor apertura de trabajo a profesionistas especializados en diversas áreas de conocimiento como lo es la detección y prevención del maltrato infantil con niños discapacitados. Es tiempo que los profesores tomen sus lugares respectivos y permitan la interrelación, comunicación y colaboración con otras profesiones que aumenten la calidad de la enseñanza. El trabajo con niños discapacitados y maltratados plantea retos profesionales que requieren un cambio de actitud. No basta con querer mucho a estos niños, es necesario además, estar suficientemente formados para hacer el trabajo con verdadero sentido profesional; conocer con detalle el material humano con que se trabaja; saber aprovechar los recursos que se tengan, siendo conscientes de las limitaciones propias y del entorno; y tener un espíritu investigador y creativo que nos lleve a formular nuevas estrategias de intervención en beneficio de todos. Creemos también esencial la prioridad de que los psicólogos como

TESIS CON
ALLA DE ORIGEN

profesionistas, nos preocupemos por los problemas que aquejan a nuestra comunidad y nos acerquemos a ellos poniendo toda nuestra capacidad en beneficio de aquellos que sabemos puedan ser víctimas futuras de cualquier situación de: maltrato infantil, discapacidad o ambas. No podemos olvidar que el individuo con maltrato y/o con discapacidad es susceptible a cambios emocionales, por lo tanto esta área del desarrollo es la que esta relacionada con sus metas de ajuste afectivo y su adaptación a un proceso de habilitación integral.

El psicólogo puede intervenir en diferentes niveles, siempre teniendo en cuenta la integridad del ser humano y su naturaleza biopsicosocial. Estos niveles son: Informativo: con énfasis en dar a conocer a la familia lo que es el maltrato, la discapacidad y cuando hay combinación de ambos, sus causas, factores predisponentes y de mantenimiento. Educativo formativo: Entrenar a padres y cuidadores en habilidades específicas orientadas al desarrollo y manejo del discapacitado. Intervención terapéutica, orientada a brindar apoyo emocional y a entrenar a los padres en control personal, habilidades educativas para asumir la crianza de un hijo con discapacidad. En cuanto al trabajo con la víctima se debe tener la capacidad de orientar las actividades a la prevención, consejería, entrenamiento, educación, aceptación y superación del conflicto. No obstante la mayoría de las veces no estamos preparados para desempeñar todos estos roles, por lo que la sociedad exige su participación en equipos interdisciplinarios para mantener las metas de la habilitación dentro de la perspectiva de integralidad y unidad del ser humano. Es por ello necesario que dentro de la curricula de la carrera de psicología se incluyan materias optativas, seminarios, diplomados etc. que aborden el tema del maltrato infantil para que se eficiente el trabajo del psicólogo y se mejore su participación en el campo laboral.

Muchos son los estudios o investigaciones que se han hecho respecto al maltrato y a la discapacidad, pero por separado. Hasta el momento no existe información ni resultados de otros autores que hayan llevado a cabo estudios semejantes con la correlación que existe entre el maltrato y la discapacidad motivo por el cual nuestros comentarios al respecto son mínimos. No obstante queremos señalar que el problema existe y que ojalá otros compañeros que nos sucedan puedan abrir más camino de investigación al respecto. El

campo de la educación preventiva del maltrato es árido aún, la población tiene miedo a palabras tales como "maltrato", "discapacidad", "abuso" y su conjunción con el término "Infantil" resulta una combinación poco aceptable para la mayoría es insultante, aberrante, desviado, sucio, pero que de alguna u otra manera debe ser abordado. Muchos desean ayudar y detener la violencia pero no abren sus conciencias para hacerlo. Todavía en la gente prevalece la idea: "como no lo veo, no existe" y piensan que el psicólogo es "para locos". Si, la población no esta lista para aceptar estas cosas, jamás lo estará si la información no empieza a llegar a ella. El trabajo es arduo y difícil, pero alguien tiene que hacerlo sabemos que el presente trabajo es sólo el primer paso y estamos conscientes de que el futuro es difícil pero prometedor.

Finalmente, es necesario señalar que, se cumplió el objetivo de nuestro trabajo ya que por lo menos queda clara la relación que si se da (aunque no se acepta) entre el niño discapacitado y el maltrato infantil, esperando que sirva para futuros proyectos de información e investigación dentro de la psicología. Sabemos que brindar información útil a la sociedad no es tarea fácil pero ya es tiempo de iniciarla. La seguridad de nuestros niños lo requiere y reclama, no basta con implementar un taller, un ciclo de conferencias o distribuir trípticos informativos en forma aislada, debe de ser un trabajo que requiera de constancia, compromiso, participación activa y actualización por lo que seria de mucha ayuda crear seminarios y/o talleres obligatorios a parejas con planes de casamiento con un requisito más del registro civil para poder llevar a cabo la ceremonia, es decir dar auge, pero bien reglamentado, a las escuelas para padres en donde se les expongan de forma clara y oportuna temas como la discapacidad y el maltrato, preparar a las futuras generaciones a saber que pueden ser padres de un discapacitado, a saber hacia donde dirigirse o canalizar a su hijo (a), a buscar apoyos reales, tener claros sus métodos de crianza tanto como sociedad mexicana como familia en particular, para no fomentar el uso del castigo ni del maltrato como parte de su sistema educativo y de crianza.

REFERENCIAS.

- Aguilar S.A. (1970) "Síndrome del Niño Maltratado: Aspectos Psiquiátricos y Sociales ",
Revista Mexicana de Pediatría. 39 (6), 621 – 627.
- Aguilar, A..M. (1992) "Maltrato a Menores" En: El Maltrato a los Niños y sus Repercusiones Educativas. México. FICOMI.
- Baeza H. C. ; Franco V. R. (1986) "Síndrome del Niño Maltratado, Espectro de un Problema". Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1 (43), 71-76
- Bandura, A. ; Ribes, I.E. (1978) Modificación De Conducta. México, Editorial Trillas.
- Bejar N.C. ; Mora C.A. (1991) "Una Alternativa para el Tratamiento del Niño con Retardo: El Entrenamiento a Padres". Tesis de Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.
- Bricker, D. (1991) " Educación Temprana de Niños en Riesgo Y Disminuidos " Cap. 7, En Los Padres y La Familia. México, Editorial Trillas.
- Brown C. Y Goodman S. (1999). El Viaje No Planeado Cuando Usted se Entera que su Niño Tiene una Discapacidad. México, CONFE.
- Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, 1991, " Investigación Violencia Intrafamiliar y Niño Maltratado ", México, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Corona, S. (1995) "Atención a Padres: Una Alternativa de Trabajo del Psicólogo, En Escuelas para Deficientes Mentales". Reporte de Trabajo Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.

Coronado, G. (1981) La Educación del Deficiente Mental, México; CECSA.

Cherry, B.J. (1971) " Del Niño Abandonado al Niño Mártir", Fascículo 114. México, Anales Nestlé.

DIF-PREMAN (1985). "Análisis Sistemático de los Datos Registrados de Menores Maltratados en el Programa". México.

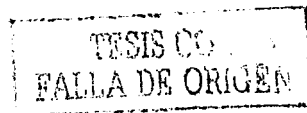
Domínguez R. (1993) "La Situación Institucional en México del Niño Maltratado y algunas Consideraciones de Tratamiento". Tesina de Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.

Duarte, R.B. (1994) " Taller de Prevención y Tratamiento de la Violencia Intrafamiliar : El Trabajo con Adolescentes". Tesis de Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.

Duran M. Rodríguez O. (1993) "Integración de los Padres al Proceso Terapéutico en Educación Especial" Reporte de Trabajo Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.

Escobar, C.S. ; Farfán B.L. (1997) " El Equipo Multidisciplinario que Labora en la Atención del Niño Maltratado ". Tesis de Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.

Escobedo, Loeza, Gómez y Díaz (1995) " Abuso Sexual En Pediatría ", Boletín Médico del Hospital Infantil De México, 9 (52), 528 – 532.



Ferreira L. (1997) "Taller para Madres Solteras: Una Propuesta de Prevención y Tratamiento para el Maltrato Infantil". Tesis de Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.

Finkelhor, D. (1985) Abuso al Menor. Causas, Consecuencias y Tratamiento Psicosexual. México, Editorial Pax.

Foncerrada M..M. (1980) " El Niño Maltratado" Revista de la Facultad de Medicina México, 3 (33), 6 -17.

Foncerrada, M. (1982) " El Niño Víctima del Maltrato Físico " Revista Médica Del IMSS (5), 457 - 469.

Fonseca C. (1996) "La Función del Psicólogo en la Atención a Personas con Parálisis Cerebral y Retardo Generalizado, Propuesta de Intervención en el Programa de Motivación de APAC". Reporte de Trabajo Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.

Fontana J. (1985) En Defensa del Niño Maltratado ,México, Editorial Pax.

Gaceta de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1996, No. 73, Agosto. Cd. De México, D.F.

Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena y Padilla (1984) Modificación de Conducta en la Educación Especial (Diagnostico y Programas. México, Trillas.

Gamboa C. (1991) "Aspectos de Trabajo Social en el Manejo del Menor Maltratado" Conferencia en México, DIF-PREMAN.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Gonzales , A.;Toriz P. (1985) "La Terapia Conductual en el Tratamiento de Padres Agresores" Tesis de Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.
- Guzmán, G. (1994) " Algunas Formas de Maltrato Social en México ". En: A. Loredó (Ed) Maltrato Al Menor, México, Editorial Interamericana Mc. Graw Hill.
- Hinojosa R. G.; Galindo C. (1984) La Enseñanza de los Niños Impedidos , México, Trillas.
- Hutt M. (1988) Los Niños con Retardo Mental y Educación, México. Fondo de Cultura Económica.
- Kadushin, A. (1985) El Niño Maltratado: Una Interacción. México, Editorial Extempóranco.
- Kempe R.S. (1985) Niños Maltratados , Madrid, Editorial Morata.
- Kingler, K. (1999) " Educación Especial en México" En: Shea y Bauer (Ed) Educación Especial: Un Enfoque Ecológico, México, Editorial Mc. Gran Hill.
- Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (1996), Asamblea de Representantes del Distrito Federal, México.
- Ley para el Bienestar e Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal (1996).
- López, F.; Meléndez, A. (1997) " Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar: Estudio Realizado con Padres de Niños Preescolares" , Revista Psicología y Salud, Jalapa, Veracruz. 1 - 14.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Loredo, A. (1984) " El Niño Maltratado : Una Realidad Actual en México", Acta Pediátrica, (5), 28-37.
- Loredo A. (1986) " El Maltrato Al Menor : Una Realidad Creciente en México". Boletín Médico del Hospital Infantil, 7 (43), 425 – 432.
- Loredo A.A. (1994a) " Los Niños de la Calle y en la Calle" En: A. Loredo (Ed) El Maltrato al Menor. México, Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill.
- Loredo A.A. (1994b) " Ritualismo: Una Forma Compleja de Maltrato ". En A. Loredo (Ed) Maltrato al Menor. México, Editorial Interamericana.
- M.C. Donald, A., Reece, R. (1979) "Síndrome del Niño Maltratado: Problemas de Información" En: Clinicas Pediátricas de Norteamérica, Urgencias Pediátricas. México, Editorial Interamericana (4), 785 – 791.
- Manterola A. (1982) " Problemática Jurídica del Menor Maltratado" . En: Revista del Menor y la Familia, DIF. Órgano Informativo, Año 2 (2), 59 – 64.
- Manterola, M. A. (1992) " La Prevención del Maltrato a los Menores en México ". En: El Maltrato a los Niños y sus Repercusiones Educativas, México, FICOMI.
- Marcovich, J. (1978) El Maltrato a los Hijos. México, Editorial Edicol.
- Marcovich, J. (1981) Tengo Derecho a la Vida, Prevención e Identificación del Niño Maltratado . México, Editorial.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Martínez G.G. (2000) "Vida Productiva del Deficiente Mental" Confe. (Confederación Mexicana de Organizaciones a Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual, A.C.).
- Martínez L. R. (1997) "Familia y Destino: La Construcción de la Condición Psicológica del Niño Retardado". Tesis de Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.
- Martínez M.E., Reyes R.R. (1993) " Maltrato Infantil: Un Problema Inquietante". Boletín Médico del Hospital Infantil, (50), 557 – 563.
- Ortega, S. (1994) "La Naturaleza de los Vinculos Adulto Niño Con Retardo En: El Desarrollo desde una Aproximación Interaccional". Tesis de Maestría Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.
- Ortega V. J. (2000) "Discapacitados" Memorias del Tercer Congreso Internacional "La Discapacidad en el Año 2000" México.
- Osorio, N. (1983) El Niño Maltratado , México, Editorial Trillas.
- Pérez M.E. (1992) " La Escuela Promueve un Cambio de Relaciones" En: El Maltrato a los Niños y sus Repercusiones Educativas, Mexico, FICOMI (Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil).
- Primero, R. E. (1992) " La Importancia de una Definición Completa del Maltrato a los menores" . En : El Abuso Contra los Niños, Una Perspectiva Multidisciplinaria, México, FICOMI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Romano U.P. (1992) " Maltrato Infantil: Síndrome de Munchausen: Un Esbozo Psicodinámico; En: El Maltrato Infantil y sus Repercusiones Educativas, Mexico, FICOMI.
- Salas C. (1988) " La Crisis Económica Agudiza el Maltrato a La Niñez ", Revista Jueves, Excélsior, México D.F.
- Salas, C. (1997) " Abuso Sexual de Menores: Alarmante Realidad en México" Selecciones de Reader's Digest, Año, 57.
- Santana, T.; Sánchez, R.; Herrera, M. (1998) " El Maltrato Infantil un Problema Mundial", Revista Salud Pública, México, (40), 58-65.
- SEP (1994) "Proyecto para la Educación Especial en México" en: Cuadernos de Integración Educativa; México D.G.E.E.
- SEP (2000) " Violencia en la Familia "Los Libros de Mama y Papa.. Agosto 2000. México, D.F.
- Shea M.T. ; Bauer M.A. (1999) Educación Especial. un Enfoque Ecológico. Editorial Mc. Graw Hill, México.
- Sierra G.J.; Loredo A.A. (1994) " Abuso Fetal " En: A. Loredo (Ed) Maltrato al Menor. México, Editorial Interamericana, Mc. Graw Hill.
- Silver H. K. (1985), " Problemas Especiales de Paternidad", Manual de Pediatría. México , Editorial Manual Moderno.
- Simposium Regional de la Asociación de Psiquiatría, 1994. Carteles 99 – 100.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tamayo y Tamayo (2001) El Proceso de la Investigación Científica. México. Editorial Limusa.

Valladares, C. (1993) " Estudio Epistemológico de la Violencia Sexual ". Tesis Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. México.

Villalobos C. (1981) Accidentes y Violencia en Pediatría Editorial Salvat Mexicana, p.p 441 - 457.

Villanueva (1984) El Maltrato Infantil, México, Edit. Gaytán.

Wolfe, D. (1991) Programa de Conducción de Niños Maltratados, México, Editorial Trillas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ANEXOS.

CUESTIONARIO PARA PADRES

ESTE CUESTIONARIO TIENE COMO INTENCIÓN CONOCER ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS QUE AQUEJAN A LAS FAMILIAS MEXICANAS, Y QUE PUEDEN ESTAR PRESENTES EN SU HOGAR, ES POR ESTO QUE SE LE SOLICITA (EN FORMA CONFIDENCIAL) DE SU VALIOSA COLABORACIÓN Y SE LE AGRADECERÁ LA HONESTIDAD DE SUS RESPUESTAS.

A CONTINUACIÓN SE LE EXPONEN A LAS PREGUNTAS QUE SE REQUIERE CONTESTE. MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

I.- DATOS DEMOGRAFICOS.

1.- EDAD.

MADRE	PADRE.
Menos de 20 ()	Menos de 20 ()
De 21 a 30 ()	De 21 a 30 ()
De 31 a 40 ()	De 31 a 40 ()
Más de 40 ()	Más de 40 ()

2.- OCUPACION.

Hogar ()	Obrero. ()
Empleada ()	Empleado ()
Profesionista ()	profesionista ()
Trabajo por su cuenta ()	Trabajo por su cuenta ()

3.- ESCOLARIDAD.

Ninguna ()	Ninguna ()
Primaria ()	Primaria ()
Secundaria ()	Secundaria ()
Preparatoria ()	Preparatoria ()
Esc. Técnica ()	Esc. Técnica. ()

4.- TIPO DE UNION.

Soltera ()	Soltero ()
Casada ()	Casado ()
Unión libre ()	Unión libre ()
Separada ()	Separado ()
Divorciada ()	Divorciado ()

II.- DATOS SOCIOECONOMICOS.

5.- INGRESO SEMANAL.

Menos de \$200 ()	Menos de \$200 ()
De 200 a 400 ()	De 200 a 400 ()
De 400 a 600 ()	De 200 a 400 ()
De 600 a 800 ()	De 600 a 800 ()
Más de 800 ()	Más de 800 ()

6.- NUMERO DE CUARTOS DE LA CASA QUE HABITA.

Uno () Dos () Tres () cuatro () Más de cuatro ()

7.- TOTAL DE PERSONAS QUE HABITAN EN LA CASA.

Dos () De tres a cinco () De cinco a siete () más de siete ()

8.- LA CASA QUE HABITA ES :

Rentada () Prestada () Propia ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

9.- LA CASA Y EL LUGAR QUE HABITA CUENTA CON LOS SERVICIOS DE:

Agua () Drenaje () Luz () Pavingentación () Alumbrado Público ()
Teléfono () Vigilancia () Mercados () Servicio de limpia () Deportivo ()

10.- ¿QUÉ ALIMENTOS DE LOS SIGUIENTES CONSUME MAS DE TRES VECES A LA SEMANA?

Leche () Huevo () Carne () Pescado () Fruta () Verdura () Pan ()

11.- ¿QUÉ MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA MAS COMUNMENTE?

Automóvil () Camión () Pesero () Taxi () Metro ()

12.- ¿A QUÉ SERVICIO DE SALUD ACUDE EN CASO DE ENFERMEDAD?

IMSS () ISSSTE () SSA () DIF () Médico Particular ()

II.- ANTECEDENTES PERSONALES DE LOS PADRES.

MADRE

Tabaquismo ()
Alcoholismo ()
Drogadicción ()
Alteraciones mentales ()
Carencia de afecto en la niñez ()
Golpes en la infancia ()

PADRE.

Tabaquismo ()
Alcoholismo ()
Drogadicción ()
Alteraciones mentales ()
Carencia de afecto en la niñez ()
Golpes en la infancia ()

IV.- ANTECEDENTES PRENATALES DEL NIÑO QUE ACUDE A ESTE CENTRO.

13.- PADECIO DURANTE EL EMBARAZO DE SU HIJO (A) DE :

Depresión () Exposición a Rx. () Amenaza de aborto () Infecciones graves ()
Traumatismos () Hipertensión arterial () Alcoholismo () Tabaquismo ()
Malos tratos () Golpes ()

14.- FUE UN EMBARAZO

Placado Si () No ()
Descado Si () No ()

15.- EL PARTO FUE.

Prematuro () Término () Natural () Por cesárea ()

16.- EL BEBE NACIO EN:

Hospital () Consultorio () Casa () En el coche () En la calle ()

17.- AL NACER SU PESO FUE DE:

Menos de 2 kg. () Entre 2 y 2.5 Kg. Entre 2.6 y 3 Kg. () Más de 3 Kg.

18.- AL NACER EL BEBE:

Lloro () Respiró bien () Respiró mal () Estuvo en incubadora ()
Estaba enfermo () Estuvo a punto a morir ()

19.- SE DECEPCIONO AL SABER EL SEXO DEL BEBE.

Si () No ()

20.- ¿FUE AMAMANTADO DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES?

Si () No ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

21.- ¿QUIÉN DETECTO QUE SU HIJO (A) TENIA PROBLEMAS?

Mamá del niño () Papá del niño () Un pariente () Su maestro ()
 Amigos de la familia () El doctor que lo atendió ()

22.- ¿ A QUIEN ACUDIO PARA SOLICITAR INFORMACION DEL PADECIMIENTO?

Médico () Enfermera () Psicólogo ()
 Psiquiatra () Neurólogo () Otros () A Nadie ()

23.- ¿A QUE LUGAR ACUDIO?

IMSS () ISSSTE () Escuela de Educación Especial () DIF ()
 Hospital Infantil () SSA () Centros de Atención Múltiple ()

24.- LA INFORMACION QUE SE LE PROPORCIONO FUE.

Vaga () Cierta () Absurda () Confusa () Desalentadora () Alentadora ()

25.- ¿ A QUE EDAD COMENZO A LLEVARLO A ATENCION ESPECIALIZADA?

Antes de los 2 años () Después de los 2 años () Después de los 4 años ()
 Después de los 6 años () Después de los 8 años () Después de los 10 años ()

26.- ¿QUÉ PROBLEMAS PRESENTA SU HIJO (A)?

Deficiencia mental () Deficiencia del lenguaje () Deficiencia auditiva ()
 Impedimentos motores () Dificultades de aprendizaje () Autismo ()

27.- ¿SUPO CON OPORTUNIDAD A DONDE LLEVAR A SU HIJO (A)?

Sí () No ()

28.- SIENTE SATISFACCION AL VER COMO ACTUA SU HIJO (A)

Sí () No ()

29.- SU HIJO (A) LE COMPENSA DE ALGUNA FORMA SUS ESFUERZOS.

Sí () No ()

30.- SE SIENDE DECEPCIONADA DE SU HIJO (A).

Sí () No ()

31.- ¿ES UN NIÑO DIFICIL?

Sí () No ()

32.- EL NIÑO (A) ES CAUSA DE PROBLEMAS FAMILIARES

Sí () No ()

33.- ¿ CUAL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES PRESENTA CON FRECUENCIA EN SU HIJO?

Llora con frecuencia () no obedece () No controla esfinteres () Es agresivo ()
 No hace la tarea () Es vago () Es travieso () No come () Se masturba ()
 Es tonto () Es muy enfermizo () Moja la cama ()

34.- ¿LE AFECTAN A SU HIJO LOS CASTIGOS?

Sí () No ()

TESIS CON
 FALLA DE ORGANO

35.- ¿A QUE CASTIGOS ES MAS SENSIBLE?

Regaños () Nalgadas () Ignorarlo () No atenderlo () Encerrarlo ()
 No dejarlo ver la T.V. () A los golpes ()

36.- CONDUCTA QUE ASUME EL NIÑO CUANDO POR ALGUNA RAZON LO CASTIGA.

Llora () Suplica () Se enoja () Se defiende () No le importa ()

37.- SENTIMIENTOS DEL NIÑO DESPUES DE QUE LO CASTIGA.

Se siente culpable () Es sumiso () Se asusta () Es indiferente ()
 Obedece más () Se deprime () Se enoja más () Se esconde ()

38.- SENTIMIENTOS DE UD. ANTE LAS CONDUCTAS INADECUADAS DE SU HIJO (A)

Enojo () Tristeza () Culpabilidad ()
 Agobio y pena () Decepción de él () Decepción de Ud. Misma ()

39.- SENTIMIENTOS DE UD. EN EL MOMENTO EN QUE LO CASTIGA.

Se siente irritada () Enojada () Altrada ()

40.- SENTIMIENTOS DE UD. DESPUES DE HABERLO CASTIGADO.

Se siente liberada () Reprimida () Arrepentida () Culpable ()

41.- RAZONAMIENTOS ACERCA DEL CASTIGO.

Lo merecía () No lo merecía () No debería hacerlo ()
 Era necesario () Espera no volver hacerlo ()

42.- ¿CASTIGA O REGAÑA IGUAL A TODOS SUS HIJOS?

Si () No ()

43.- TIENE UD. OTRAS OPCIONES PARA DISCIPLINAR A SU HIJO (A)

Habla con el niño () Ignota la situación que le molesta () Amenaza ()
 Niega privilegios () Lo encierra () Lo ignora ()

44.- ¿QUIEN LA APOYA PARA NO LLEGAR A CASTIGAR AL NIÑO(A)?

Los papás de Ud. () Su marido () Sus parientes () Algún profesional ()

45.- LE GUSTARIA CONTAR CON APOYO PARA LA EDUCACION Y CORRECCION DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA DE SU HIJO (A)

Si () No ()

46.-¿ DE PARTE DE QUIEN?

Maestros () Psicólogos () Sacerdote () Amigos ()
 De su esposo () Otros padres de familia con la misma problemática ()

POR SU COLABORACION, MUCHAS GRACIAS.

