



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

MALTRATO A INFANTES Y PADECIMIENTOS MENTALES

TRABAJO RECEPCIONAL
TALLER DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL
"INTERVENCIÓN SOCIAL EN FAMILIAS"
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A :
SARA MARTINEZ PICHARDO



DIRECTOR DEL TRABAJO RECEPCIONAL: LIC. ORALIA ACUÑA DAVILA

MEXICO, D.F.

2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A DIOS.

*LA PRIMERA RAZON DE LA VIDA ERES TÚ, DIOS
MIO; GRACIAS POR PERMITIRME LA EXISTENCIA
QUE ME DA LA OPORTUNIDAD DE VER EL
NACIMIENTO DE LAS FLORES, LA CAÍDA DE LAS
HOJAS, VIVIR HORA POR HORA EN LIBERTAD
FELIZ AL LADO DE MIS SERES QUERIDOS.*

*A LA SEGUNDA RAZON DE MI EXISTENCIA, AL
PRODUCTO DEL AMOR.*

A MIS PADRES

*JOSÉ PABLO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ Y
DULCE MA. SARA PICHARDO VELÁZQUEZ*

*POR SU ENTREGA ABSOLUTA Y SABIENDO QUE
JAMÁS EXISTIRA UNA FORMA DE AGRADECER
UNA VIDA DE LUCHA, SACRIFICIO Y ESFUERZO
CONSTANTE, SÓLO DESEO QUE COMPRENDAN QUE
EL LOGRO MIO ES SUYO Y MI ESFUERZO ES
INSPIRADO EN USTÉDES.*

*CON ADMIRACIÓN Y RESPETO ETERNAMENTE
GRACIAS.*

A RIVE MI AMOR ETERNO.

A LA VIDA ATRAVÉZ DE MI SER.

A MIS HIJOS

JHONATAN

y

SARA VALERIA

*PODRE DARLES MI AMOR, MÁS NO SU
PENSAMIENTO, PODRE ALBERGAR SUS CUERPOS
MÁS NO SUS ALMAS POR QUE ESTAS MORAN EN
LA CASA DEL MAÑANA, PODRE ESFORZARME
POR SER COMO USTÉDES, MÁS NO INTENTARE
HACERLOS COMO YO, POR QUE LA VIDA NO
RETROCEDE NI SE DETIENE EN EL AYER, POR QUE
SÓLO SOY; EL ARCO DEL CUAL SON DISPARADOS,
EL ARQUERO VE EN EL BLANCO SOBRE EL CAMINO
DEL INFINITO LO DOBLA CONSU PODER DE MODO
QUE LAS FLECHAS PUEDAN VOLAR VELOCES Y A
GRANDISTANCIA, ASÍ COMO LA FLECHA AMA, EL
ARQUERO A PESAR DE SU TENSIÓN LOS AMA
TAMBIÉN.*

*A MI SANGRE PABLO ANTONIO, SERGIO IVAN Y
OSCAR, POR TODO EL AMOR Y APOYO CONSTANTE.*

*A LOS RETOÑOS CRISTEL, MAYELI, PABLITO Y
TOÑITO LOS QUIERO MUCHÍSIMO.*

A NORMA Y A LIGIA POR COMPARTIR SUS VIDAS.

*A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO, QUE HA CULTIVADO EN MI VALORES
HUMANISTAS.*

*A LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
NUESTRA ALMA MATER, LA CUAL ME
TRANSFIRJO TODOS Y CADA UNO DE LOS
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS EN BUSCA DE
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA HUMANA.*

*A LA ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA "JOSÉ
VASCONCELOS" (5), QUE ME DIO LAS FACILIDADES
PARA LA CONCLUSIÓN DEL PRESENTE, EN
ESPECIAL AL DIRECTOR. LIC. DAVID TORRES
NAVA, AL COORDINADOR DEL ÁREA
EXPERIMENTAL. FISICO ALEJANDRO DOSAL LUCE,
Y AL LIC. ESTEBAN PEÑA HERRERA JEFE DE LA
UNIDAD ADMINISTRATIVA.*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Sara Martínez
Richard

FECHA: 1 - Marzo - 2004

FIRMA: [Firma]

*EXPRESO MI MÁS AMPLIO AGRADECIMIENTO A
AQUELLAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON DE
ALGUNA FORMA A LA REALIZACIÓN DEL
PRESENTÉ, PRINCIPALMENTE A LA LIC. ORALIA
ACUÑA DÁVILA, POR SU VALIOSA COLABORACIÓN
COMO ASESOR DEL TRABAJO EN SÍ; A LA LIC. ELIA
LÁZARO Y ESTHER ZÚÑIGA, POR HABER
PARTICIPADO CON SUS ACERTADAS SUGERENCIAS
Y CORRECCIONES EN EL PRESENTÉ; Y AL JURADO
PARTICIPANTE EN LA SUSTENTACIÓN DE LA
RÉPLICA ORAL.*

¡A TODOS MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS!

“MALTRATO A INFANTES Y PADECIMIENTOS MENTALES”

Página.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
--------------	---

CAPÍTULO PRIMERO

1. MALTRATO A INFANTES.

1.1 Antecedentes Históricos.....	7
1.2 Maltrato Psicológico o Emocional.....	14
1.3 Maltrato Físico.....	21
1.4 Abandono o Negligencia.....	25
1.5 Abuso y Explotación Sexual.....	29
1.6 Explotación Laboral.....	32
1.7 Corrupción.....	35
1.8 Derechos de los Niños.....	36

CAPÍTULO SEGUNDO

2. DESCRIPCIÓN DE PADECIMIENTOS MENTALES QUE ATIENDE EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL Dr. “JUAN N. NAVARRO”.

2.1 Definiciones.....	38
2.2 Tipos de Padecimientos	
A. Trastornos de la Conducta.....	39

2.2.1	Hiperactividad.....	40
2.2.2	Hiperquinesia y Daño Cerebral Mínimo (DCM).....	41
2.2.3	Inferioridad Física	42
B.	Trastornos de la Comunicación	
2.2.4	Trastorno Específico del Desarrollo del Habla..... y del Lenguaje.	43
2.2.5	Trastorno Específico de la Pronunciación.....	44
2.2.6	Trastorno de la Expresión del Lenguaje.....	45
2.2.7	Trastorno de la Comprensión del Lenguaje.....	45
2.2.8	Tartamudeo.....	47
2.2.9	Mutismo.....	47
2.2.10	Autismo.....	48
C.	Tipos de Psiconeurosis	
2.2.11	Psicosis.....	49
2.2.12	Psiconeurosis.....	50
2.2.13	Esquizofrenia.....	52
2.2.14	Reacciones Fóbicas.....	56
2.2.15	Reacciones de Ansiedad.....	59
2.2.16	Reacciones Disociativas.....	61
2.2.17	Reacciones Maníaco-Depresivas.....	61
2.2.18	Reacciones Obsesivo-Compulsivas.....	62

CAPÍTULO TERCERO

3. MALTRATO Y PADECIMIENTOS MENTALES CON MAYOR AFLUENCIA QUE ATIENDE EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL Dr. "JUAN N. NAVARRO".

3.1 Hospital Psiquiátrico Infantil.....	64
Dr. "Juan N. Navarro".	
3.2 Interpretación de los Datos Obtenidos y Enfocados a los Principales Maltratos y Principales Padecimientos Mentales que Atiende el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro".....	66
Conclusión.....	91
Bibliografía.....	94
Anexos	97

INTRODUCCIÓN

El espíritu más noble de la carrera de Trabajo Social, aspira a ser un coadyuvante en el distensionamiento de los problemas de carácter social y que en si misma reintegre y sane al cuerpo social de los vicios y pandemias de que se ve impregnada, y en consecuencia, logre una mejora en la calidad de vida de los individuos que la integran, por ello, el propósito fundamental del presente trabajo, es tratar de dar a conocer un breve recuento de las concepciones del Maltrato a Infantes y de algunos Padecimientos Mentales bajo la óptica teórica y del comportamiento social a partir de lo documentado por una institución en materia de salud, ya que de estos tópicos se sabe mucho pero poco se hace al respecto; luego entonces, se presenta de manera ilustrativa la parte teórica a estos dos problemas que aquejan a la sociedad y cómo se ve registrado en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro".

Así, se expone el comportamiento de algunas conductas inherentes a estos dos ejemplos en lo fundamental, explicando algunas variantes o modalidades de estos dos grandes apartados, es decir, algunas formas de maltrato a menores y algunas variantes de maltrato a los niños con relación directa e indirecta con los padecimientos mentales en los mismos; circunscribiéndolos a un estudio de caso relativo a un análisis de estos dos tipos de problemas sociales que afectan al menor y tratados por una institución de carácter federal en materia de salud, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr."Juan N. Navarro". El análisis abarca un sustento teórico de estas modalidades con relación a los datos documentados por esta institución especializada en el tratamiento de menores con algún tipo de enfermedad que pudiera relacionarse con alguna afectación mental y en consecuencia de la detección de algún tipo de maltrato al niño ya sea, Físico, Psicológico, Sexual, Negligencia o Abandono entre otros; producto de la asistencia en el tratamiento del mismo.

Así, el estudio aborda las concepciones de estos fenómenos sociales pretendiendo explicar las mismas y el comportamiento en cifras experimentado en la institución de salud, confirmándose que el maltrato a infantes y los padecimientos mentales que algunos menores presentan al momento de prestarles la atención, existen y que como constante, se vislumbra que es una pandemia, con escasa posibilidad de que se

erradique de manera total, en virtud de existir innumerables factores que lo imposibilitan como lo son la negligencia, abuso, explotación sexual, laboral, corrupción; que a su vez conduce al maltrato físico, psicológico y deteriorándose más este maltrato al momento de sumarse algún tipo de enfermedad mental, producto de esta práctica humana con consecuencias que pueden llegar a ser irreversibles para el niño.

El trabajo se expone en tres capítulos con su apartado de propuesta a manera de conclusión; el contenido del Primer Capítulo intitulado, "Maltrato a Infantes", aborda los sub-temas de Antecedentes Históricos al maltrato a infantes, el Maltrato Psicológico o Emocional, el Maltrato Físico, el Abandono o Negligencia, Abuso y Explotación Sexual, Explotación Laboral, Corrupción y los Derechos de los Niños, como una forma de ejemplificar los derechos y obligaciones que existen en esta materia en la cual se aborda la problemática contenida en los apartados, y que confrontado con los preceptos legales, se infiere que se transgreden flagrantemente los Derechos de los infantes, por lo que no existe congruencia entre la reglamentación y la realidad que viven estos niños, ya que se queda este apartado en el deber ser de la conducta de los transgresores frente al desamparo del infante en la realidad.

En el Segundo Capítulo, denominado, "Padecimientos Mentales que atiende el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro", se desarrollan temas concretos, ya que al hablar de enfermedades mentales, nos encontramos con una innumerable cantidad de tipos que sería imposible citar y escaparía a los fines y propósitos de este trabajo, por lo que únicamente se remite al análisis de una parte de los mismos, los cuales fueron divididos en tres grupos, por haber tenido la facilidad en el acceso a estos datos por parte de la institución en comento. Este capítulo contiene los siguientes apartados: Definiciones, Tipos de Padecimientos, A.-Trastornos de la Conducta, 1.- Hiperactividad, Hiperquinesia y Daño Cerebral Mínimo (DCM), Inferioridad Física, B.- Trastornos de la Comunicación, Trastorno Específico del Desarrollo del Habla y del Lenguaje, Trastorno Específico de la Pronunciación, Trastorno de la Expresión del Lenguaje, Trastorno de la Comprensión del Lenguaje, Tartamudeo, Mutismo, Autismo, C.- Tipos de Psiconeurosis, Psicosis, Psiconeurosis, Esquizofrenia, Reacciones Fóbicas, Reacciones de Ansiedad, Reacciones Disociativas, Reacciones Maniaco-Depresivas, Reacciones Obsesivo-

Compulsivas, que pretende explicar el fenómeno a partir de un acercamiento a las definiciones de los tópicos citados y estar en posibilidad de entender en su conjunto el fenómeno acotado.

El "Maltrato y Padecimientos Mentales con mayor afluencia que atiende el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro", configura la estructura del Tercer Capítulo, el cual, responde a un trabajo de recopilación y sistematización de información recabada en el nosocomio en estas materias, y esta información condensa el registro de casos reportados por el hospital, por un lapso de registro de casos que comprenden los años de 1998 al 2001, en concordancia a lo planteado en el capítulo I; y los casos reportados y correlativos al segundo apartado, van del año 1998 al 2001; sin faltar datos de la Institución. El contenido de este capítulo trata la Interpretación de los Datos Obtenidos y Enfocados a estos dos grandes apartados en análisis que atiende el Hospital Psiquiátrico multicitado, remitiéndonos a los datos proporcionados por esta Institución.

A partir de los resultados obtenidos en el último Capítulo, se desarrolla en la parte de conclusiones, una exposición de algunos elementos de análisis derivados de la corroboración contundente de la conducta antisocial de los individuos para con el menor, es reiterativa y concurrente; observando además, un comportamiento en cifras, que permiten señalar que el fenómeno de las Enfermedades Mentales va en aumento, por lo que es necesario que el Estado Mexicano por conducto de las diversas instituciones que lo integran, incorporen en sus diseños institucionales políticas públicas que permitan el abatimiento de este tipo de fenómenos sociales.

1. MALTRATO A INFANTES.

1.1 Antecedentes Históricos

El presente trabajo responde a uno de los temas y problemáticas torales de la humanidad y que se convierte en si misma en un flagelo que no permite la armonía colectiva, ya que cuántas veces no hemos visto o escuchado del brutal maltrato que sufre la niñez., por lo que a continuación se aborda el tema del maltrato a infantes en un contexto histórico universal, cuya finalidad es mostrar un esbozo de lo que en sí mismo representa este apartado. La Historia documenta infinidad de casos concretos en los que se ejemplifica el maltrato a la niñez. A continuación se citan algunos ejemplos, en donde "los niños, a lo largo de los siglos precedentes, han sido considerados como propiedad privada de sus progenitores y, en algunas épocas, propiedad de la sociedad en que vivían. Durante la Edad Media no hubo un lugar específico para la infancia; no se tenía conciencia de las particularidades del niño, ni lo que suponía su proceso de crecimiento y maduración. No había vocabulario diferenciado, participaba en los mismos lugares que el adulto, tanto en el juego como en el trabajo. No se le distinguía en la vida común y llegaba a ser manipulado como mercancía.

El maltrato a la infancia era aplicado también dentro de las casas reales, en el siglo XIII, el Rey Federico II experimentaba con los niños acerca del lenguaje; les dejaba solos, sin que nadie les hablara, y sólo eran atendidos en sus necesidades físicas. El Rey Iván IV de Rusia, en el siglo XIV, mató a su hijo de un golpe de bastón durante un ataque de ira. A lo largo de la historia, la infancia ha sido considerada como un grupo social de segunda categoría, ya que los niños no podían entrar en la vida afectiva de los padres; todavía era considerado un recipiente que debía ser moldeado para evitar proyecciones peligrosas. Hay que destacar que en la clase social media o alta era frecuente que la lactancia y la educación de los hijos corriera a cargo de las personas ajenas a la familia durante los primeros años de vida. Cuando regresaban al domicilio, eran criados por los encargados de la formación; y hacia los siete años eran llevados a la escuela o a aprender oficios. Por tanto, el contacto directo padres-hijos era mínimo.

En el siglo XVII nacen las bases para apoyar el bienestar infantil. Al mirar la historia, se podría justificar algún tipo de maltrato, pero no por ello debe ser aceptado. La atenuante que podría suponer algún aspecto cultural bélico, social, religioso o laboral determinarían unas conductas o costumbres, pero no puede llegar a ser admitido. Estas costumbres hacían que el niño fuera utilizado en provecho del adulto y la sociedad, sin que les importara el precio que el propio niño pagara por ello, el niño era un equivalente a un mal, J. L. Vives lo define al niño como un vicio natural; y Berullé lo veía como el estado más vil y abyecto. Por todos estos motivos, y con el fin de conseguir su corrección, se le aplicaban castigos y humillaciones como sistema educativo.

Pero no sólo ha sido la sociedad la que ha actuado como agente maltratador, las familias también lo han sido, bien por un afán educativo, o bien con un claro ejemplo de menosprecio".¹ Como se observa, el niño no tenía un lugar específico en la sociedad, sin tener oportunidad de quejarse de dichas acciones que afectaban su integridad física así como de humillaciones constantes realizadas por el adulto, el trato que le daban al menor era una forma normal de educarlo, así mismo confirmar el poder y propiedad que tenían para con el niño, es conveniente resaltar que el cuidado del niño principalmente era por personas ajenas a los padres los cuales no le procuraban afecto por lo que se deja entrever que la parte emocional no era importante para el adulto.

Como se expone, en el tiempo y en las diversas formas de gobierno así como en la pluridiversidad de posturas y creencias religiosas, ninguna se escapa a la práctica humana del maltrato a los niños, encontrando por ejemplo que "las creencias religiosas en la India, Egipto o la China hacían que los recién nacidos pudieran ser ofrecidos como sacrificio purificador de las distintas divinidades. Según las creencias religiosas de la época, los padres gozaban del poder de disponer de la vida de sus hijos. En Babilonia, tampoco los políticos dictaban medidas favorecedoras de la infancia. Nemrod, Rey de Babilonia, hizo exterminar setenta mil niños para eliminar a uno que podía hacerle perder el trono; así mismo, en este país, los niños eran vendidos o utilizados como

¹ Barudy Labrin, Jorge. El dolor invisible de la infancia. Ed. Paidós. Barcelona, España, 1998. p. 14

rehenes políticos. En Canaán, las exploraciones arqueológicas en viviendas de esta época han revelado la existencia de vasijas llenas de huesos de recién nacidos en los cimientos de los edificios y obras públicas, hecho que ha sido una constante a lo largo de las diferentes culturas, e incluso siglos. El infanticidio era una práctica habitual que se practicaba tanto a los hijos legítimos como a los ilegítimos, podía tener motivaciones familiares, personales o institucionales. Sólo el primogénito solía escapar del mismo, pero en cambio los que fueran muy llorones, podían seguir camino al infanticidio.

Aristóteles decía que un hijo y un esclavo son propiedad de los padres y nada de lo que se haga con lo que es propio es injusto, no puede haber injusticia con la propiedad de uno”,² como se evidencia el daño al menor no ha sido exclusivo de una cultura o país y dejan mirar que el maltrato al niño no es una práctica nueva sino que data de mucho tiempo atrás y el infante no tiene posibilidad de defenderse en esta situación social. Referirse a este notable filósofo de la Grecia Antigua, se debe a que el concepto de propiedad privada, aglutina tanto a los esclavos como a los hijos de manera poderosa, circunstancia nada descabellada para la época de ese momento debido a que Aristóteles describe que el esclavo “es propiedad del amo, - es-, una parte animada de sus bienes; es una herramienta viva y una herramienta es un esclavo sin alma. El papel del esclavo es igual al del buey; el pobre reemplaza al esclavo por el buey. El esclavo es una cosa, aunque tenga cuerpo y alma de persona humana”.³, situación que no se diferenciaba en el niño, por virtud que el paterfamilia era quien decidía la vida de su estirpe. Así por ejemplo:

“En algunos países el derecho a la vida era otorgado en un ritual, habitualmente por el padre. En Roma, los derechos de un padre de familia sobre sus hijos eran ilimitados, el recién nacido era dejado a sus pies. Si deseaba reconocerlo, se detenía y lo tomaba en sus brazos; si se alejaba, el niño era llevado fuera del hogar y expuesto a la calle, si no moría de hambre o frío, pertenecía a cualquiera que

² René Chargoy Guajardo. *El Maltrato Infantil*, "Revista Rompan Filas". N° 51 Año 2002. p. 34

³ V. S., Pokrovski y Otros. *Historia de las Ideas Políticas. Capítulo II . Las Teorías Políticas de la Antigua Grecia*. Ed. Grijalbo. 1966. p. 67

deseara hacerse cargo de él y convertirlo en esclavo. Existían otras prácticas contrarias al niño: dejar que hiciese aquello peligroso que quisiera, impedirles la utilización de las extremidades mediante el uso de unos pañales que convertían su cuerpo en un todo rígido. Esta práctica generalizada no era fácil y duraba unas dos horas; favorecía claramente a los adultos, ya que de esta forma se ahorraban el cuidado continuado de los niños. Éstos eran colgados de alguna pared cerca de las hogueras o bien puestos en el interior de tinajas. Una vez liberados de estos ropajes, algunas veces no se les dejaba desarrollar su potencial motor y se les ataba a una silla".⁴

Para fortalecer lo expresado, se ubica otra forma de maltrato al infante que la historia reporta de forma desigual al del apartado inmediato anterior como lo es:

"El abuso sexual –que-, estaba presente como forma diferenciada, en Grecia y Roma, era un hecho aceptado que los adultos utilizaran sexualmente a los niños y jóvenes, la utilización de las relaciones sexuales estaba institucionalizada. Los sirvientes y cuidadores eran acusados de ser los responsables de estos abusos; sin embargo en determinados testimonios pictóricos se puede ver a la madre y al hijo en posturas que son signos iconográficos convencionales del amor sexual.

El doctor Albert Moll, menciona que los niños eran utilizados para entretenimiento sexual de cuidadores y sirvientes jóvenes. Existían casas de prostitución con presencia infantil. La escuela, el arte y la literatura ofrecen muestras de este tipo de abuso. En Babilonia, los niños eran utilizados para la prostitución en templos. En Egipto, a las niñas de clases sociales altas se les forzaba sexualmente como práctica religiosa, y que continuaba hasta la aparición de la menarca.

⁴ Arruabarrena Madariaga, María Ignacia, Joaquín Paúl. Maltrato a los Niños en Familia. Ed. Pirámide. Madrid, España, 1994. p.46

La venta de los niños a prostíbulos era práctica frecuente en Persia, China e India. En numerosas sociedades se regulaban las relaciones y el acceso sexual a los niños. Pero, en contraposición a estas situaciones de abuso, debe enunciarse que también existía cierta preocupación por la protección de los niños; así en Mesopotámia, había una diosa protectora para la infancia, bajo cuyo patrocinio eran acogidos, los niños huérfanos. En la cultura griega y romana se establecieron instituciones para los huérfanos que defendían un tratamiento menos severo hacia los niños. Plutarco decía que los padres deberían ejercer libremente la indulgencia, recordando que un niño debe ser ganado mediante la exhortación y los motivos racionales”.⁵

El abuso sexual al menor a lo largo del tiempo, no fue la excepción en el trato rutinario que daba el adulto al niño insertándolo en prostíbulos, como bufón para divertir a otros, hasta como rito religioso y en otros casos para obtener beneficio económico por ejemplo la venta del infante para realizar prácticas relacionadas con el sexo. Es importante mencionar que comienzan a tomar interés varias culturas para mejorar la condición del niño huérfano y crean instituciones para mejorar el trato al mencionado como lo fueron los Griegos y los Romanos, probablemente el interés surge al aparecer un caso fortuito que impacta a las mencionadas culturas, que origina la búsqueda de solución del problema instaurando las citadas instituciones.

En este sentido encontramos una variedad de,

“métodos utilizados como maltrato infantil: los que se encuentran más documentados son aquellos en los que el adulto yacía sobre un niño en la cama hasta producirle la muerte por asfixia, y el ahogamiento, para lo cual las letrinas y cisternas eran los lugares preferidos los cuales resonaban con los llantos de los niños que habían sido

⁵ Op. Cit. P. 62

ahogados en ellas. Otro lugar predilecto eran los cimientos de las edificaciones, hecho que se prolongó hasta bien entrado el siglo XVIII.

Lugares famosos donde se encontraron niños enterrados fueron: Los Diques de Oldenburg, Los Cimientos del Puente de Londres, entre otros muchos más. En esta época también se produjeron dos hechos positivos; primero, el niño entró en la vida efectiva familiar; segundo, el descenso de la mortalidad infantil, corrió más paralelo al descenso del infanticidio, auténtica mejora higiénico-sanitaria en sociedades europeas que distinguían, dentro de las necesidades especiales de la infancia, aquellas de carácter educativa, atención y protección”.⁶

En consecuencia, en los siguientes estadios de la sociedad, “la protección del menor significó tradicionalmente el internamiento en instituciones; sin embargo, dicho internamiento obedecía más a los intereses de la comunidad que a la protección del niño. Tal institucionalización era considerada como un mal menor al comparado al infanticidio”.⁷, sin embargo, ambas prácticas prevalecieron como una constante en el devenir de la historia, concluyendo que aún los estilos que el adulto y la sociedad utilizan se presentan de forma continuada.

“El maltrato infantil ha estado siempre presente y en las mismas variedades que actualmente, así como en todos los estratos sociales. En unos grupos deficitarios se producían infanticidios u abandonos precoces por penuria y necesidades materiales que rodeaban a los adultos. En las capas sociales altas no hay déficit materiales, hay abandono emocional a la vez que una demostración palpable de que el padre es propietario de sus hijos.

El maltrato emocional y las negligencias predominan en las clases sociales medias y altas, sin que falten otros tipos de maltrato infantil.

⁶ *Ibidem.*, p. 78

⁷ *Ibidem.*, p. 83

En la actualidad los malos tratos de niños y niñas continua, en realidad, resulta casi imposible saberlo, pues muchas situaciones de maltrato son conocidas sólo por aquellos que están directamente afectados, generalmente el maltrato ocurre en el ámbito privado y no suele traspasar las fronteras domésticas a no ser que adquiera ciertas proporciones o que se dé alguna circunstancia especial que permita la detección, regularmente, quienes maltratan tienen un evidente interés en que no se sepa, quienes son maltratados tienen vergüenza y miedo de que se sepa, o están amenazados por sus maltratadores y quienes son testigos suelen también estar bajo el dominio del maltratador, o ser cómplices de los malos tratos. Como en el caso de abuso sexual, que con frecuencia es sólo conocido por el abusador y su víctima, también la explotación sexual como la elaboración de material pornográfico, prostitución, convirtiéndose en esclavos sexuales de los adultos que los miran como sólo una mercancía, forma fácil de obtener alto rendimiento económico, entre más pequeñas (os) más ganancias”.⁸

Tan es así que lo podemos corroborar con todas las prácticas de maltrato al menor ya sea físico, psicológico o emocional, abuso y explotación sexual, explotación laboral, corrupción que cada vez son más comunes en nuestra sociedad, al grado tal, que la llamada pornografía infantil por el sistema electrónico –Internet- es la constante sin dejar de lado las revistas, videos, DVD, que permiten entrever el maltrato al niño y la población sabe que existe.

Con fundamento en lo planteado, podemos señalar que “debido a estas dificultades, las investigaciones tendientes a cuantificar la incidencia del maltrato se basan en fuentes indirectas, informes de Hospitales, de Servicios Sociales, de Colegios, de la Policía, del Sistema de Protección de Menores que en el mejor de los casos informan de los casos que conocen, que por supuesto no son ni mucho menos todos los existentes. De todas

⁸ Ibidem., p. 65

formas, tanto los estudios llevados a cabo en México como en otros países vienen a coincidir en que al menos, quince de cada mil niños y niñas menores de 18 años son objeto de malos tratos, se presume que con toda certeza las cifras reales son mucho más altas”,⁹ lamentablemente la magnitud del problema se desconoce ya que tanto las instituciones no reportan todos los casos, como tampoco los padres dicen la verdad del daño que les ocasionan a sus hijos o a otros niños, por lo que se remiten a mencionar las cifras del problema únicamente por los datos que emiten las instituciones y los tutores.

Uno de varios referentes del maltrato menciona que “Los Estados – del país que registran los índices más altos-, de maltrato que maneja el DIF son: Estado de México, entidad federativa en donde se presenta el mayor número de maltratos, seguido por el Distrito Federal, Chihuahua, Oaxaca y Nuevo León. –Y-, en porcentaje, los niños afectados son menores de 15 años, particularmente de nivel primaria; 4 mil 795, lactantes; 3 mil 938 de edad preescolar y 2 mil 462 de educación secundaria. Tomando en consideración la información inmediata anterior se puede comentar que en realidad los casos de maltrato no son todos los que manejan las estadísticas institucionales ya que la población es mucho más numerosa y que por lo tanto, no permite evaluar de una forma general el fenómeno del maltrato en sus diversos tipos”.¹⁰ En este sentido, con lo argumentado y señalado por los diversos autores, se vislumbra que el maltrato a los menores es un mal social que se pierde en los anales de la historia y que las diversas sociedades lo contemplan como un fenómeno social que hay que erradicar.

1.2 Maltrato Psicológico o Emocional

Para poder estar en posibilidad de adentrarnos al presente rubro, es necesario definir el mismo, ya que contiene diversas posturas de análisis, por lo que solamente se hace una pequeña aproximación al mismo, encontrando que “El Maltrato Psicológico o Emocional se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantil

⁹ Por sus siglas: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia SNDIF-

¹⁰ *Ibidem*, p. 105

(desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto o grupo familiar".¹¹

Así también, encontramos otra definición que contiene diversos elementos que complimentan a la anterior, en el entendido de que "El Maltrato Emocional se define como la falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta estable. El maltrato y el abandono de tipo emocional son las formas de maltrato infantil que presentan mayores dificultades para la delimitación de los comportamientos concretos que los coronen y de los daños en el niño que se consideran indicadores de sus potenciales consecuencias".¹²

Algunos estudiosos del fenómeno del maltrato psicológico y emocional en el menor, hace un análisis en el cual "propone cuatro tipos de indicadores comportamentales de los padres con características diferentes en función de la edad del niño siendo:

Rechazo. En general, implica conductas que comunican o constituyen abandono. Hasta los dos años se expresaría en el rechazo a la formación de una relación primaria y en el rechazo a las iniciativas espontáneas del niño y a sus iniciativas primarias de apego. De los dos a los cuatro años, se expresaría a través de la exclusión activa del niño de las actividades familiares. En la edad escolar, el maltrato emocional se encontraría en la inducción constante en el niño de una valoración negativa de sí mismo.

Aterrorizar. Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño con un castigo extremo o con uno vago pero siniestro que intenta crear en él un miedo intenso. También se puede aterrorizar creando en él, expectativas exageradas con amenaza o castigo por no alcanzarlas. Hasta los dos años se podría producir, por ejemplo, con la ruptura consistente y deliberada de la tolerancia del

¹¹ Belsky, Janet K., *Psicología del Niño: Teoría, Investigaciones e Intervenciones*, Ed. Masson, México, 1996, p. 58.

¹² *Op. Cit.* p. 93

niño a cambios y los nuevos estímulos. Hasta los cuatro años, se expresaría con la utilización de gestos y palabras exagerados que tratan de intimidar, amenazar y castigar al niño. Durante la edad escolar, se manifestaría en la exigencia de respuesta a demandas contradictorias, en la crítica constante, en el cambio frecuente de los roles de padres e hijos.

Aislamiento. Se refiere a todos los comportamientos que tienden a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales. Hasta los cuatro años, se traduciría en una enseñanza activa de la evitación de cualquier contacto social. En la edad escolar, se centraría en cualquier intento activo de que el niño no pueda tener relaciones normales con sus compañeros.

Ignorar. Se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad del padre/madre para el niño. Se muestran, inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta del mismo. Tales conductas del niño serán diferentes en función de su estado evolutivo.

Los tipos de conducta expuestos, de presencia de maltrato o abandono emocional sólo se señalan si se presentan los siguientes dos requisitos:

- a) El comportamiento señalado se debe presentar de manera reiterada y continua. Su presencia es claramente perceptible".¹³

Por su parte otro estudioso en la materia, hace referencia a que "este maltrato puede darse cuando los niños son abandonados en lugares públicos o dejados en casa encerrados en el sótano o en cualquier habitación pequeña, mientras que sus padres están ausentes, observándose incluso otros abusos relacionados, como los maltratos físicos, negligencias en el aseo, o nutricionales, estas situaciones, aunque sean extremas, evidencian una situación y un ambiente de hogares problemáticos, de los que los niños deberían haber sido sacados mucho antes por los Servicios de Protección. Sin

¹³ Citado por la autora. *Ibidem.*, p. 101

embargo, lo que suele suceder es el predominio de la ley del silencio en padres e hijos, éstos últimos amenazados en caso de que los denuncien.

Solamente cuando los hechos se hacen públicos, se pueden localizar unos niños demasiado destrozados físico-afectivamente como para poder emprender con ellos una recuperación a todos los niveles. En otro tipo de hogares, menos conflictivos también se originan maltratos emocionales, más difíciles de detectar, más sutiles y enmascarados que los malos tratos físicos, que suelen ser hallados por psicólogos y psiquiatras años después cuando la alteración emocional se hace palpable”,¹⁴ evidentemente el maltrato emocional como refiere Altrigoyen, por ser una forma sutil de afectación al menor tiene mayor dificultad de detección dentro del hogar y/o instituciones, por mencionar las que imparten educación en donde pueden ser amenazados, por ejemplo; si comentan alguna afectación negativa como los regaños o palabras inadecuadas, y como consecuencia el niño se encuentra con una carga emocional inestable que no le permite desarrollarse de forma óptima, y que puede ocasionar desequilibrio dentro de su núcleo social.

Como se ha detallado, el tema abarca diversas ópticas mediante las cuales se puede observar y examinar el tema en comento, encontrando además el argumento de Liberman Florence el cual refiere que al hablar del maltrato a los niños, “es posible que estos (niños) no visiten las salas de urgencia de los hospitales, pero en su estado adulto es probable que se inclinen hacia la delincuencia. El maltrato psicológico va martilleando la afectividad del niño constantemente cuando es rechazado, atemorizado, y regañado, viviendo situaciones continuas de stress familiar. Destacan las constantes mudanzas, continuos cambios de colegio, la fría indiferencia, la ausencia de normas, el exceso de disciplina o la absoluta falta de ella, la incapacidad para reconocer al niño como ser humano o de aceptarlo como tal, los incestos, el desprecio verbal y el lenguaje hiriente.

¹⁴ Altrigoyen, Marie France. El Acoso Moral: el maltrato psicológico en la vida cotidiana. Ed. Paidós-Ibérica. Barcelona. Argentina, 1999. p. 96

Estas actitudes se desarrollan con más frecuencia en el ambiente familiar y se convierten en verdaderas espoletas, que hacen convulsionar y desajustar, a largo plazo, el débil equilibrio afectivo del niño. Estas expresiones verbales son muy variadas dependiendo el caso del ambiente familiar:

...diciéndole constantemente al niño que es odioso, feo, antipático, estúpido o se le hace ver que es una carga indeseable. Puede incluso no llamársele por su nombre, sino que se le trata simplemente como tu o idiota o de otro modo insultante, un niño así, se siente el chivo expiatorio dentro de la familia e incluso sus hermanos y hermanas son activamente animados y quizás recompensados por ultrarle o ignorarle.

Este maltrato psicológico o emocional no siempre se da en familias consideradas especiales; a veces, puede surgir en familias estimadas normales",¹⁵ complementando lo anterior se enmarca que el maltrato psicológico se presenta invariablemente en familias especiales o normales, en donde el menor siempre se encuentra en desventaja a comparación del adulto, a pesar de que existen en la actualidad los derechos de los niños estos no poseen la autoridad para denunciar los abusos que se cometen en su contra, y por tanto continua viviendo afectado.

Victor Dubowitz, señala datos cuantitativos respecto a las familias consideradas normales en donde "examinaron a 86 niños que pertenecían a núcleos de familias normales, en donde no se dieron divorcios ni maltrato físico, pero encontraron las siguientes etimologías:

Falta de atención a la comprensión de algún problema propio de cada niño o situación, que ha conducido a que estos busquen una solución auto o heteroagresiva, el número de casos fue 18 (21%).

¹⁵ Liberman Florence, Trabajo Social el Niño y su Familia. Ed. Pax México. México DF, 1987. p. 49

Detectaron 8 casos (9.3%) en los que la incomunicación en el hogar fue considerada como total, generándose en ellos una incapacidad para transmitir sus propias vivencias.

En el 17.15 % (15 sujetos) las relaciones con sus padres se fundamentan en continuas amenazas y chantajes. La mayoría de las veces coincidiendo con las expectativas educativas.

La discrepancia o falta de coincidencia en los criterios o normas a aplicar, como líneas directrices básicas educativas por ambos padres, pudo observarse en 35 casos que representó en 41.8 % de los casos.

Excesiva dureza en los castigos casi siempre causada por la falta de tiempo de la que derivan soluciones precipitadas ante los problemas infantiles, dimanantes del proceso educativo. Nueve casos (10.4 %)",¹⁶ con atención a Dubowitz, se afirma que el maltrato psicológico o emocional puede ocasionar alguna alteración o padecimiento mental como es agresividad e incapacidad de comunicación, también el tiempo que dedican los padres a los hijos en cuanto a sus actividades educativas origina que los tutores impongan castigos severos al niño, y por último, los límites o reglas dentro del hogar es la principal causa de descontrol del infante que lo lleva a dar solución de sus actividades escolares de forma no detallada.

Así tenemos que "muchos padres creen que su única responsabilidad consiste en alimentar a los hijos, vestirlos y llevarlos a los mejores colegios, no saben que para que su desarrollo sea completo es imprescindible amarlos, comprenderlos y ayudarlos para que estos soportes parentales fructifere de alguna manera toda su estructura afectiva-emocional.

El daño emocional se hace presente en las separaciones matrimoniales, exista o no divorcio, sufriendo los infantes por el alejamiento de sus padres; pero las constantes

¹⁶ Dubowitz, Víctor. Coloratlas: Enfermedades en la Infancia, Ed. Mosby, Madrid, España, 1992. p. 122

discusiones y agresiones entre los cónyuges les producen terror, provocando sufrimiento también si no se separan. El divorcio o la separación de la pareja hace daño, pero es el odio más o menos sutil que se dirigen los padres, el que les ocasiona el maltrato emocional más que el divorcio en sí. Otras familias que se han disuelto pretenden reorganizar su vida buscando una nueva pareja que le apoye en las necesidades básicas de sus hijos, de su primera relación. Se ha podido identificar, casos eventuales, de ataques sexuales, acompañados de maltratos físicos, ocasionado por el padrastro en sus hijastras, originando en ellas un maltrato emocional del que difícilmente se repondrán".¹⁷

Así las cosas, y vigorizando lo argumentado, podemos agregar que "se han realizado investigaciones que han analizado una relación del maltrato físico con alteraciones psicológicas en los padres. Sin embargo, sólo en un reducido número de casos se encuentran alteraciones psicológicas concretas y diagnosticables, algunas investigaciones han encontrado en los maltratadores físicos una mayor tendencia a la impulsividad, a la expresión de la cólera y a la excitabilidad, así como una mayor desorganización, lenguaje incoherente y conducta extraña, una mayor frecuencia de casos con personalidad antisocial y personalidad lábil, clara presencia de sintomatología depresiva, de ansiedad y frecuentes quejas subjetivas de malestar físico y psíquico, y que correlacionan significativamente con las interacciones negativas entre madres e hijos.

Parece ser válida la hipótesis de que los padres con niveles más altos de malestar emocional y físico pueden tener umbrales más bajos de tolerancia a las conductas aversivas de los niños y, por tanto, pueden reaccionar más fácilmente con conductas agresivas e incontroladas".¹⁸

Como se observa, en mayor o menor medida, los padre de familia son un factor fundamental que incide en el maltrato al menor, si éstos en algún momento de su vida experimentaron grados de maltrato y/o algún síntoma que degradará su vida afectiva

¹⁷ Op. Cit. p. 128

¹⁸ Belsky.. Op. Cit. p. 58

creando en ellos algún grado de patología que se ve reflejada en el fenómeno de maltrato infantil, por lo que “la infelicidad, el sentimiento de inadecuación y la baja autoestima se asocian frecuentemente a situaciones de maltrato físico. Parece que las madres maltratadoras presentan un auto concepto inferior al de las madres sin problema de maltrato y una incongruencia entre la forma en que se perciben a sí mismas y a lo que perciben como ideal. Es posible que el rechazo y la hostilidad experimentados por algunos padres maltratantes en su propia infancia o a la ausencia de cuidados adecuados propicien estos déficit en la valoración de sí mismos, parece habitual que en los padres o madres maltratantes encuentren frecuentes sentimientos de incapacidad para mejorar su vida y su situación personal, lo que puede colaborar a reducir sus posibilidades de hacer frente de manera efectiva a las situaciones de crisis.

Todos los resultados de los diferentes trabajos de investigación realizados acerca de la situación psicológica de los maltratadores físicos, asignan una mayor importancia al malestar psicológico y al estado emocional negativo general del sujeto, se detecta en los maltratadores físicos una mayor presencia de lo que se ha etiquetado como neurotismo¹⁹, por lo que es recurrente que el padre golpeador haya sido niño maltratado en alguna etapa de su vida.

1.3 Maltrato Físico

Quizá el maltrato físico es el más recurrente dentro de la práctica del maltrato infantil, en virtud de que es el que con mayor facilidad se detecta por las marcas que usualmente deja el victimario a la víctima, sin embargo no es el único ni el que deja mayores secuelas, ya que todas las formas de maltrato al menor implican un estigma a la infancia provocando un daño irreversible, por lo que el maltrato físico lo podemos conceptualizar como “cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo”.²⁰

¹⁹ *Ibidem*, p. 62

²⁰ Westernman Grosman. *Maltrato al Menor*. Buenos Aires, Argentina, 1992. p. 81

En este sentido, "cuando estas acciones de tipo no accidental provocan lesiones en el niño, se han considerado que suelen ser consecuencia del maltrato físico. La conceptualización del maltrato físico puede completarse, especialmente al establecimiento del pronóstico y la intervención, si se hace una referencia a las diferentes situaciones ambientales en las que se produce. Casos en los que las agresiones son de tipo disciplinario y premeditado y tienen la intención de educar al niño por métodos que el padre/madre consideran adecuados. Casos donde las agresiones se dirigen a un niño no querido ni deseado y son la expresión del rechazo y el desprecio hacia él. Casos en los que las agresiones son realizadas con características de sadismo y perversión que tratan de satisfacer impulsos. Casos en que las agresiones son fruto del descontrol del padre/madre, que pueden estar sufriendo una excesiva presión ambiental para su tolerancia. Suele tratarse de descargas emocionales impulsivas que no tienen intención real de producir daño".²¹

De esta forma, encontramos elementos que nos permiten identificar el maltrato físico infantil como lo son "magulladuras o moretones que aparecen en el rostro, los labios o boca, en zonas extensas del torso, la espalda, las nalgas o los muslos; -y que-, suelen estar en diferentes fases de cicatrización, fruto de repetidas agresiones o tienen formas no normales, están agrupados o con formas o marcas del objeto con el que ha sido producida la agresión, quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos o puros, que cubren las manos o los pies o que son expresión de haber sido realizadas por inmersión en agua caliente, fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos, torceduras o dislocaciones, heridas o raspaduras en la boca, labios, encías y ojos o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso, señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto, cortes o pinchazos, lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento",²² se observa la cantidad infinita de maltrato físico que el conglomerado social ha ocasionado al menor, y que son cicatrices irreversibles, que redundan en su autoestima y en un futuro como adulto ya que el resultado del daño ocasionado en

²¹ Op. Cit. p. 83

²² Gallardo Cruz, José Antonio. Malos Tratos a los Niños. Ed. Narcea. S.A. España, 1988. p. 92

alguna etapa de la infancia o adolescencia, es posible que lo transforme en agresor como consecuencia del trato que recibió.

En la mayoría de las ocasiones este tipo de lesiones o señales externas no aparecen y sin embargo, se trata de casos de maltrato físico. Para identificar la presencia de maltrato físico habría de cumplirse al menos uno de los siguientes requisitos; "en al menos una ocasión ha sido percibida la presencia de los siguientes Indicadores. Lesiones físicas que no son normales en el rango de niños de su edad y características. No se ha percibido claramente ninguno de los Indicadores señalados, pero hay un conocimiento certero de que el niño ha padecido alguno de los tipos de lesiones físicas indicadas como resultado de la actuación de sus padres o tutores. No existen lesiones físicas, pero hay un conocimiento certero de que los padres o tutores utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el menor. Para que estos dos tipos de acciones sean clasificadas como maltrato físico, deberían estar presentes los siguientes factores: La intensidad de la reacción del padre/madre no corresponde con la seriedad de la acción del niño o con la ausencia del menor o la disciplina administrada no es apropiada o no está en concordancia con los intereses del niño en función de su edad o nivel de desarrollo"²³, en muchos de los casos, el maltrato físico al menor es deliberado y directamente intencional por parte del agresor, en su mayoría de parte de familiares; expresiones como ¡Es que no le quise pegar!, ¡se atravesó!, ¡le pegue poquito!, ¡le pegue quedito!, ¡es que no me hace caso!. no justifican la conducta perpetrada contra el menor.

Para Kaufman "se podría afirmar que existe una tasa de un 91 por 100 de transición intergeneracional de maltrato. Se debería decir que únicamente un 18 por 200 de los sujetos maltratados en su infancia produce este comportamiento en la edad adulta".²⁴

²³ *Ibidem*.

²⁴ Kaufman, Gershen, *Psicología de la Vergüenza: Teoría y Tratamiento de sus Síndromes*. Ed. Herder, Barcelona, España, 1994. p. 72

“Otro autor Henry Kempe, acuñó el término del Síndrome del niño golpeado, destacó una serie de puntos que los profesionales empezaron a observar en sus países respectivos y son los siguientes.

- Aunque los apaleamientos pueden darse en cualquier edad, generalmente tienen menos de tres años de edad; varones y hembras en igual proporción.
- Suele ser cometido por alguno de los padres o tutores (el padrastro, el hermano mayor, una niñera, el amante de la madre, etc.)
- Los padres o tutores nunca informan de los daños inflingidos a los niños y sólo lo hacen cuando las heridas ocasionadas ponen en peligro sus vidas.
- La violencia contra el niño es casi siempre un hecho crónico más que un hecho aislado

Este síndrome se puede dar en niños de corta edad, su localización se hace difícil, ya que cuando las lesiones no son graves con facilidad son encubiertas por los padres, cosa que no ocurriría si los niños estuvieran en edad preescolar o escolar, en donde serían descubiertos por el maestro, denunciando el caso a la policía, la cual se pondría en contacto con los servicios de protección Infantil, enviando a un trabajador social de la zona o un médico. A medida que ha ido pasando el tiempo y los médicos han ido recopilado información, se ha podido descubrir que los padres se sirven de todo tipo de herramientas para ocasionarles todo tipo de lesiones”.²⁵

Para Vincent Fontana “los mecanismos e instrumentos que utilizan frecuentemente los padres, los expresan ásperamente las palabras de Fontana: los padres golpean, flagelan, azota, pateo, ahoga, estrangulan, golpean en el estómago, asfixian con trapos y con chiles muy picantes, envenenan, les abren la cabeza, les hacen cortaduras, desgarran sus carnes, los queman con vapor,, aceite o agua hirviendo. Utilizan puños, hebillas de cinturón, correas, cepillos para el cabello, cordones de las lámparas, bat de béisbol, reglas, zapatos y botas, cadenas de bicicletas, atizadores, cuchillos, tijeras,

²⁵ Henry Kempe. Niños maltratados. Ed. Morata. Madrid España. 1979. p. 59

productos químicos, cigarrillos encendidos, agua hirviendo, radiadores de vapor y flamas de gas".²⁶

Así mismo este autor detalla que "de cualquier manera, es evidente que la historia de maltrato es una variable que coloca a un sujeto en un importante riesgo de reproducir el problema. Lo esencial es discriminar aquellas variables que hacen que un sujeto maltratado se convierta, o no, en un maltratador físico con sus hijos. Se suele afirmar que es mas frecuente la recurrencia cuando no se produce, por cualquier razón, una adecuada integración de la historia de maltrato vivida. También se afirma que la presencia de una figura de apoyo en la infancia, la participación de algún tipo de actividad psicoterapéutica y la estabilidad y apoyo emocional de la pareja actual son los aspectos que diferencian a los sujetos maltratados que reproducen este problema de los que no lo hacen. En definitiva, las situaciones de ruptura de la supuesta transmisión intergeneracional y las razones de tal ruptura son de aspecto esencial en la comprensión de la etiología del maltrato infantil. Acciones como estas, aunque repugnen, son bastante habituales en aquellos padres que abusan de sus hijos, generalmente lactantes indefensos, algunas son generadas en un momento de desesperación, arrepintiéndose después de las lesiones infligidas a sus hijos, otras en cambio son hechas intencionalmente, con premeditación y ensañamiento"²⁷, y que en la mayoría de las ocasiones la dimensionalidad del hecho se desborda más allá de los alcances de los padres, encontrando que algunos de ellos acuden al hospital con su menor, refiriendo que las lesiones provocadas al menor se deben a un caso fortuito o accidente.

1.4 Abandono o Negligencia

A veces se piensa que el maltrato al menor es sólo físico, idea errónea, ya que en la realidad, otra conducta directamente relacionada con el maltrato se da por acción o por omisión respecto al abandono o negligencia del infante. Se entiende por abandono o negligencia "aquella situación donde las necesidades físicas básicas del menor

²⁶ Fontana Vincent J. *En Defensa del Niño Maltratado*. Ed. Pax. México., 1979. p. 98

²⁷ *Op. Cit.*, p. 101

alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo con quien convive el niño".²⁸

De esta forma, "el abandono o negligencia se centra de manera indiscutible en las necesidades del niño que no son cubiertas. Ejemplos:

Alimentación: No se le proporciona la alimentación apropiada. Está hambriento. **Vestido:** vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño no va bien protegido del frío. **Higiene:** constantemente sucio, escasa higiene corporal. **Cuidados médicos.** Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios. **Supervisión:** un niño que pasa largos periodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos **accidentes domésticos** claramente debidos a negligencia por parte de los padres o cuidadores del niño. **Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar** que son peligrosas para la salud y seguridad del menor. **Área educativa:** inasistencia injustificada repetida a la escuela".²⁹

Hace hincapié Henry Kempe en "el discernimiento para señalar la existencia de abandono o negligencia se determina en gran medida por su cronicidad, para poder describir un caso de abandono o negligencia debe presentarse alguno de los Indicadores de manera reiterada y continua, pero el problema esencial de la conceptualización del abandono o negligencia no se encuentra precisamente en el tipo de necesidades no satisfechas, lo que provoca la no satisfacción de tales necesidades es siempre omisión de ciertos comportamientos por parte de los responsables de su bienestar".³⁰

Simon Rueda junto con otros estudiosos del tema enmarcan el problema argumentando que "muchos casos de niños cuyas necesidades básicas no son satisfechas pasarían o no a ser considerados como casos de abandono o negligencia en función de la precisión con la que se establezca la responsabilidad de cuidado de los niños, si se

²⁸ Kempe, *Op. Cit.* p. 67

²⁹ *Ibidem.*

³⁰ *Ibidem.* p. 68

presume que la negligencia infantil, se produce únicamente cuando los padres no satisfacen las necesidades básicas, la mayoría de los niños viven en ambientes sociales empobrecidos o marginales sería porque los padres no tienen la posibilidad de satisfacer sus propias necesidades ni las de sus hijos³¹, circunstancia que se ve cada vez más difícil, ya que el fenómeno de la pobreza robustece más esta postura, y que temerariamente se podría afirmar que la pobreza dentro de los núcleos familiares favorece el maltrato infantil por abandono o negligencia, ya sea porque los padres tienen que salir a trabajar para sostener la manutención de sus familias o porque la pobreza refuerza la negligencia de los padres a hacerse cargo de las obligaciones que implica tener una familia, pero que en ninguno de los dos extremos se podría justificar cuando hay una verdadera conciencia de lo que ello implica, es decir, que por mucha pobreza que pudiera existir, existen los elementos mínimos indispensables e institucionales que brinda el Estado Mexicano para distencionar esta práctica.

Para Serapio Richarel "las definiciones más concretas y que suelen ser utilizadas en los sistemas de protección infantil se focalizan en el descuido y negligencia realizada por los padres o tutores directos que conviven con los niños en el hogar. En todas estas afirmaciones se encuentra implícita una asignación de los padres y más concretamente de la madre. Son más fáciles de detectar y poner en práctica, y por tanto delimitan el concepto de abandono y las posibilidades de comprender el fenómeno".³²

En este estado de cosas encontramos que "la escasa cantidad de investigación desarrollada específicamente para las situaciones de abandono o negligencia hace que el conocimiento sobre este problema sea bastante limitado, esto puede resultar más importante si se tiene en cuenta que los casos de negligencia suelen ser en su mayoría más crónicos y de peor pronóstico, habitualmente se ha utilizado con más frecuencia el modelo sociológico en la explicación del abandono físico, focalizando su etiología en las situaciones de carencia económica en que se reproduce, es importante, analizar, en la medida de lo posible las variaciones individuales y familiares que determinan el

³¹ Simon Rueda. Cecilia. López Taboada. Linaza Iglesias. Maltrato y Desarrollo Infantil: Psicología Infantil. Ed. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2000. p. 71

³² Serapio Richarel Zalba. El niño maltratado. Ed. Humanitas. Abril 1986. p. 79

abandono físico o negligencia. En este tipo de casos se puede suponer que adquiriría una gran importancia la ausencia de habilidades de cuidado de los niños y el desconocimiento de sus necesidades, en este sentido, se ha supuesto un síndrome de apatía, que se traduce en la falta de motivación para satisfacer las necesidades de la familia, para proporcionar supervisión a los niños. Se puede pensar que en los casos de abandono físico o negligencia el niño, aunque actúe, no participa en la interacción con los padres. Los padres/madres negligentes no manifiestan el mismo tipo de reacciones de irritación ante estímulos estresantes que los padres/madres maltratantes físicos y, sin embargo, se acercan a las puntuaciones de padres/madres de la población en general³³

Aunado a lo anterior se observa que “en el caso de las madres negligentes, se han encontrado atribuciones y distorsiones sobre las conductas de los niños que son más crónicas y que provocan un patrón de respuestas en el comportamiento del niño. La tendencia comportamental de los padres negligentes en el afrontamiento de los problemas no es la irritabilidad y la agresión, sino la de desbloqueo. En estos casos de abandono es más importante el grado de psicopatología que presenta la familia”.³⁴

Además, “se supone que estas madres se encuentran socialmente inmovilizadas y emocionalmente hundidas debido a una soledad crónica y severa. Lo importante es el análisis de las causas de esta soledad, que pueden encontrarse con alguna característica o en situaciones circunstanciales. En un trabajo apoyan la importancia de los factores de personalidad, comparando madres negligentes y un grupo de madres de la población general, no se encontraron diferencias desde el punto de vista de las posibilidades de apoyo social objetivo. Sin embargo, para las madres negligentes, su entorno era menos amistoso y potenciador de ayuda, vivían en una mayor soledad y tenían menos posibilidades de acercamiento para conseguir apoyo emocional e instrumental. A pesar de que las madres negligentes vivían en ambientes similares al de las madres no negligentes, su integración psicológica era muy diferente y no se sentían

³³ Op. Cit. p. 82

³⁴ Ibidem.

emocionalmente apoyadas y estaban solas³⁵, por lo que puede ser un factor que evidencie esta conducta en detrimento del menor.

1.5 Abuso y Explotación Sexual

Como se ha tratado de ilustrar, este fenómeno ha existido en el tiempo, sin embargo, por ser una práctica social que trae aparejada otras conductas calificadas como antisociales como la drogadicción, alcoholismo, lenocinio, entre otros, el Estado por conducto de sus diferentes gobiernos instrumenta políticas públicas encaminadas a prevenir y sancionar las mismas, ya que representa una pandemia cada vez más difícil de erradicar, en donde el tráfico de menores se ha convertido en una constante cada vez más recurrente por ser un grupo vulnerable por parte de quienes practican el abuso y explotación sexual, entendida ésta como "cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño"³⁶, en el entendido de que "el niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Se podría expresar en cuatro tipos de categorías:

Incesto. Si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el papel de los padres.

Violación. Cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.

Vejación sexual. Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas del adulto.

³⁵ *Ibidem.*, p. 83

³⁶ Wahn Patcr *El abuso contra los niños*. Ed. Grijalva. México DF, 1986. p. 34

Abuso sexual sin contacto físico. Se incluirían los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la auto-masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con el objeto de buscar gratificación sexual”.³⁷

En este sentido otro aporte al tema lo encontramos reflejado en que “conforme a los diferentes tipos de maltrato infantil se debe tener en cuenta que en un porcentaje importante de casos se produce un cierto solapamiento, es frecuente que en casos aparezcan unidos el maltrato y el abandono físico o negligencia, o el maltrato físico y el abuso sexual, pero quizá el solapamiento más frecuente sea el que se da entre el maltrato físico y el maltrato emocional. Es muy difícil establecer si en un caso de maltrato físico se está dando o no también maltrato emocional. Existe un alto nivel de comorbilidad de los diferentes tipos de maltrato”.³⁸

Verbigracia “la explotación sexual hace visible la realidad que enfrentan las niñas y niños cuyos destinos han sido trastocados al ser utilizados por adultos que obtienen beneficios económicos de su explotación sexual. Este mundo que permanece opaco y silencioso para la mayoría. Hay niñas y niños sujetos a explotación sexual en prácticamente todas las regiones del país, nos habla, entre otras cosas, de la difusión y perseverancia de un fenómeno antiguo cuyo rostro moderno cada vez más adquiere sus rasgos siguiendo las líneas que la globalización le impone”³⁹, por eso no esta nada desapegado a la realidad cuando hacemos referencia que el abuso y explotación sexual del menor es una pandemia del mundo en el que nuestro país no esta exento.

“La difusión a nivel mundial de la economía de mercado y de la sociedad de consumo, ha ampliado y profundizado las desigualdades entre los seres humanos, parece también haber traído consigo el que los niños hubieran pasado a formar parte de las mercancías,

³⁷ Ibidem.

³⁸ Tonon, Graciela, Maltrato infantil intrafamiliar: una propuesta de intervención. Ed. Espacio. Buenos aires, Argentina, 2001. p. 36

³⁹ DIF/UNICEF/CIESAS. Niñas y niños víctimas de explotación sexual en México. Ed. Especial del Gobierno del DF.2000. p. 149

de los bienes que sería preciso consumir rápido a fin de poderlos desechar, ya que en cierto modo las premisas de estos modelos económicos hacen que se les considere como objetos de consumo reemplazables"⁴⁰, y que en este monopolizador sistema capitalista entre más viejo más desechable, en donde el ejército de reserva provee de infantes para la consecución de sus fines.

Con relación al apartado anterior, la apertura de los mercados económicos mundiales no exceptúa a la explotación sexual de menores en este rubro, ya que si bien es cierto ha existido en el tiempo, en el presente se torna una verdadera problemática para los gobiernos en turno, ya que "pareciera que los criterios de eficiencia y productividad que dominan la esfera económica, habrían sido también llevados al terreno de la sexualidad trayendo consigo, entre otras consecuencias, la incorporación cada vez más precoz de un mayor número de niños al comercio sexual. El hecho es que, como se evidenció en el Congreso Mundial celebrado en Estocolmo en 1996, cada vez se incorporan niños más pequeños que serían desechados o substituidos por otros cada vez más pronto"⁴¹, circunstancia que se explica probablemente en que atento a lo señalado por la filosofía occidental de mercado, en donde todo aquello que es viejo se debe de tirar, para que lo nuevo lo sustituya, observándose que en el posicionamiento de las ideas, entre más pequeño sea el niño, más rentable su ciclo de puericia.

Tan es así lo afirmado que en "un cálculo reciente que es indicativo de las dimensiones globales del problema, señala que las ganancias que arroja el tráfico ilegal de mujeres y niñas para el comercio sexual se estima en 7 billones de dólares al año. La misma fuente refiere que sería posible garantizar el acceso a la educación primaria de todos los niños del mundo si tan sólo se empleara una contribución anual del 1% de las ganancias de los 200 más ricos del mundo, lo que representaría invertir 7 billones de dólares, es decir, curiosamente la misma cifra que se obtiene como ganancia por el

⁴⁰ Op. Cit., p. 150

⁴¹ Ibidem.

comercio sexual de niñas y mujeres"⁴², convirtiéndose por ende, en la mal llamada "industria sexual", por lo que se es difícil de erradicar este fenómeno social.

1.6 Explotación Laboral

Otra práctica recurrente de maltrato infantil lo encontramos en la relación de trabajo que se presenta entre una persona y el menor, entendida esta persona como un familiar u otra ajena o de parentesco, e inclusive de carácter institucional para con el menor, y descrita como "explotación laboral, aquel ambiente en el que para la obtención de un beneficio económico se sitúa al menor, con carácter obligatorio, a realizar un determinado trabajo que excede los límites de lo usual, que debería ser realizado por adultos, obstruyendo significativamente las actividades y necesidades escolares del niño"⁴³, independientemente que exista una relación personal y subordinada a cambio de un salario cierto en dinero o en especie, ya que le obstruye su normal desarrollo psicosocial.

Si bien es cierto que en la homologación de la mayoría de las legislaciones de occidente existe una legislación concreta que prevee los derechos de los infantes en materia de del derecho del trabajo, lo cierto es también que la gran mayoría de estos países incluyendo el nuestro, escasamente hacen algo para corregir los excesos y prácticas viciadas en relación al trabajo de los menores de edad, ya que se les da trato de adultos⁴⁴, y en virtud de ello por acción y por omisión se da un contubernio entre autoridad y la clase patronal en detrimento del espíritu del derecho del trabajo para con los menores, ya que "la explotación laboral llama la atención dado que, a pesar de su seguimiento legal en los países occidentales, aún se presenta con cierta frecuencia, siendo difícil precisar la dimensión real del problema. Esto ocurre principalmente en aquellos grupos en donde se considera que el menor trabaje no sólo como una

⁴² Ibidem., -El texto hace referencia a un estudio publicado por la revista Newsweek, The World in Figures. Special Edition New York. December, 1999, February, 2000, p. 64-67.

⁴³ Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convención N° 182, 1999.

⁴⁴ Vid.- Artículos 173 al 180, relativo al Trabajo de los Menores, de la Ley Federal del Trabajo. En su Título Quinto Bis., -Ley Federal del Trabajo (México), 1ª Reimpresión 1998. Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

necesidad sino también como una obligación. Es un tema con ineludibles relaciones económicas y culturales, es lamentable que en la actualidad en la mayoría de los países se presente insensibilidad con respecto a la explotación laboral en regiones del tercer mundo, no hace más de una generación que gozaran aprobando mayoritariamente esta situación, incluyendo las convenciones internacionales no pueden dejar de reconocer las particularidades, económicas, sociales y culturales que diferencian unos países de otros".⁴⁵

Por su parte "la Organización Internacional del trabajo (OIT) viene desarrollando a lo largo de este siglo una serie de convenciones internacionales relacionadas con el trabajo infantil. En la Convención de 1919 se prohibía el acceso de los menores de 14 años a determinados puestos de trabajo considerados como excesivamente penosos para su desarrollo personal (minas, canteras, construcción, industrias peligrosas, etc.), la Convención para determinar la Edad Mínima de 1973, adopta una posición más relativista. En esta convención se pide a cada uno de los países que fije una edad mínima por debajo de la cual se impide que los menores trabajen. Esta edad estará en relación con la enseñanza obligatoria y se contempla la posibilidad de que los menores con 12 años puedan realizar trabajos considerados ligeros".⁴⁶

La UNICEF ⁴⁷ "por su parte desarrolla desde hace años un proyecto a nivel mundial para erradicar aquellas formas de maltrato que se consideran intolerables en la

⁴⁵ Ibidem.

⁴⁶ Ibidem. En concordancia con el espíritu de los artículos 173 al 180 de la Legislación Laboral Mexicana.

⁴⁷ Los Orígenes y Antecedentes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas-UNICEF-, se remontan al antecedente de ser una agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), dedicada a la asistencia a la población infantil, y que fue establecida por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1946 para prestar ayuda a los niños de Europa y China tras la II Guerra Mundial. En la actualidad UNICEF centra su actividad en el establecimiento de programas para proporcionar bienestar a largo plazo a la población infantil, en particular a la de los países subdesarrollados del Tercer Mundo. UNICEF está dirigido por un Comité Ejecutivo compuesto por 36 miembros que establece políticas, revisa programas y aprueba gastos. Dicho Comité Ejecutivo, previa consulta con el Secretario General de la ONU, nombra un Director Ejecutivo cuyo mandato expira a los cinco años. En la actualidad UNICEF cuenta con más de 200 oficinas repartidas en 115 países en vías de desarrollo. En las naciones industrializadas, una red de 34 comités fomenta el apoyo a los programas de UNICEF mediante actividades destinadas a la información, la educación, la asistencia legal y la obtención de fondos. La agencia se financia con aportaciones voluntarias públicas y gubernamentales. Los Programas Nacionales de UNICEF, que se formulan una vez consultados los distintos gobiernos.

sociedad actual. Parece inevitable desarrollar instrumentos que permitan llevar a cabo una cuantificación del problema y la localización de aquellas bolsas de trabajo infantil que fluctúan en el espacio”.⁴⁸

En este orden de ideas encontramos además que otro fenómeno reiterativo es el denominado “trabajo infantil subterráneo. -el cual-, se trata de lugares en los que el aislamiento ha originado una actitud más tolerante en lo referente al trabajo infantil, pero también pueden bajar en el tiempo coincidiendo con momentos en los que se requiere mano de obra temporal, fundamentalmente en tareas agrícolas y ganaderas. Esta cuantificación del problema resulta ser un asunto complicado, no sólo por las posibles resistencias a proporcionar una información, que generalmente se desarrolla en un ámbito tan reservado como es la familia, sino también por la propia ambigüedad de la definición del trabajo, la instrucción que el joven adquiere a través de la corresponsabilidad en determinadas tareas parece que puede considerarse una parte muy importante de un modo de educación no formal. En cualquier caso, el límite entre lo que es enriquecedor para la persona y lo que interfiere con su desarrollo se muestra impreciso”.⁴⁹

Para concluir este apartado, la participación del menor en actividades laborales de forma continuada o por espacios de tiempo que excede el tiempo establecido legal y humanamente posibles son la constante, y que estas actividades impiden al menor

cuentan con la cooperación de personas procedentes de todos los sectores de la sociedad, incluidos centros gubernamentales, dirigentes sociales, organizaciones no gubernamentales, profesores, padres y niños. Más de 130 países reciben de UNICEF ayuda destinada a realizar programas de asistencia sanitaria, nutrición, enseñanza primaria, y saneamiento. Uno de los programas principales de esta agencia, el de inmunización infantil universal, realizado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), otra de las entidades que asisten a la UNICEF, permitió que el 80% de los niños del mundo pudiese ser vacunado contra la difteria, el sarampión, la poliomielitis, el tétanos, la tuberculosis y la tos ferina. A mediados de 1992 habían nacido casi un millón de niños, procedentes en su mayoría del África subsahariana, infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). UNICEF apoya programas educativos sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y en este campo trabaja de forma muy estrecha con gobiernos, la OMS y organizaciones no gubernamentales. En 1965 la agencia recibió el Premio Nobel de la Paz. La labor de UNICEF se lleva a cabo gracias a las aportaciones procedentes tanto de fuentes gubernamentales como no gubernamentales. En 1991 los ingresos totales ascendieron a 807 millones de dólares, de los cuales el 73% correspondía a aportaciones de fuentes gubernamentales. La sede de UNICEF se halla en la ciudad de Nueva York., datos recabados del Diccionario Enciclopedia Microsoft Encarta 2001. 1993-2000.

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Ibidem.

participar socialmente, en los rubros académico y actividades propias de su edad, sólo para ejemplificarlo, tenemos a los niños “payasitos” o niños “limpia parabrisas”.

1.7 Corrupción

Una definición al presente sub-tema lo encontramos en un estudio de Naomi Fedgerson Chase, el cual refiere que por corrupción se entiende como “aquella conducta que presentan los adultos que promueven en el menor, pautas de conducta antisocial o desviada particularmente en las áreas de la agresividad, la apropiación indebida, la sexualidad y el tráfico o el consumo de drogas”⁵⁰, y que por ende también se contempla dentro de esta parcela de la realidad objeto de estudio, encontrando además que, “entre los indicadores externos de este tipo de malos tratos, los autores que lo han contemplado destacan los siguientes aspectos:

- Implicación del Menor en contactos sexuales con otros Menores o Adultos.
- Estimulación hacia el robo.
- Utilización del Menor en el tráfico de drogas.
- Recompensa de conductas delictivas.
- Creación de drogodependencia en el Menor”.⁵¹

Estos parámetros de conducta que son un índice o indicativo que interactúa o se ve directamente relacionado entre corrupción y menores nos permite hacer juicios de valor encaminados a señalar que es la suma de otro tipo de maltrato y abuso a infantes, “la información anterior nos permite ver la esencia de la corrupción en menores, así como las conductas que son variables conforme al sometimiento en el que se encuentra. Por mencionar las drogas, en ocasiones se piensa que se hacen adictos los menores por su voluntad, pero al hacer una comparación de la información con la realidad que se observa en el entorno social, efectivamente se puede presumir que muchos de ellos se

⁵⁰ Fedgerson Chase, Naomi. Un niño ha sido golpeado. ED. Diana México DF. 1984. P. 208

⁵¹ Ibidem.

encuentran en una situación de este tipo, por ejemplo; los limpia coches que se encuentran en semáforos; tienen apariencia deteriorada de algún tipo de adicción, y se miran como temerosos cuando uno pregunta su nombre o quien los envía a trabajar, quienes son sus padres, no contestan e inmediatamente se marchan omitiendo cualquier tipo de cuestionamiento"⁵², con relación a este argumento, se infiere que los excesos en las prácticas de drogodependencia en su mayoría son inducidos y no nada más por voluntad del menor y cuyo objetivo es en consecuencia corromper al infante.

1.8 Derechos de los Niños

Para poder estar en posibilidad de contemplar un análisis integral de las diversas posturas y visiones de la problemática multicitada, el marco jurídico fundamental de carácter internacional nos permite acercarnos a una perspectiva de cómo es visto y concebido, producto de la actividad humana y que en esta interrelación se crean derechos y obligaciones en los cuales los considerados menores de edad o mejor dicho, los "niños"⁵³, son considerados como tal y protegidos dentro del concierto internacional.

Actualmente la sociedad mexicana esta inmersa en un proceso amplio y sostenido de toma de conciencia en cuanto a la situación de vulnerabilidad que aqueja a una parte importante de la sociedad en nuestro país, este puede ser el primer paso hacia la solución compartida de una problemática compleja que tiende a reproducirse constantemente, lo que hace necesario que la lucha en contra de estos lastres sea continua y cada vez más intensa, más comprometida para todos, quienes participan en este esfuerzo enfocado a mejorar la vida de las niñas y niños.

En el caso de los menores, fue el primero en pasar por la firma del tratado internacional de la Convención sobre los Derechos del Niño, celebrado el 20 de noviembre de 1959,

⁵² Ibidem.

⁵³ En estricto sentido el término etimológico "Niño" no se encuentra precisado, sin embargo el Diccionario de Derecho de De Pina Vara, Rafael., (Ed. Porrúa, 28ª Ed. 2000, p. 381), atiende el concepto al expresar que Niño, es una persona que se halla en la niñez, o sea, en el periodo comprendido entre el nacimiento y la adolescencia. Concepto que coincide con el de "Niñez" al señalar que es el primer periodo de la vida humana que llega hasta la adolescencia. Diccionario Enciclopédico Ilustrado Océano Uno, Ed. 1993, Ed Océano, apartado MNÑ.

que se trata de convencer a la población en general y de todo el mundo, exponiendo el daño que sufren los menores.

El espíritu del contenido del "Tratado Internacional"⁵⁴ profundiza en los derechos del niño, reafirmando la necesidad de proporcionarles cuidado y asistencia especiales en razón de su vulnerabilidad, además subraya de manera especial la responsabilidad primordial de la familia por lo que respecta a la protección y asistencia; la necesidad de protección jurídica y no jurídica del niño antes y después de su nacimiento, la importancia del respeto de los valores culturales de la comunidad del niño, y el papel crucial de la cooperación internacional para que los derechos del niño se hagan realidad.

⁵⁴ Se confirma el 20 de noviembre de 1989, el Tratado Internacional celebrado mediante la "Convención sobre los Derechos del Niño" del 20 de noviembre de 1959 en sus 54 artículos.

CAPÍTULO SEGUNDO

2. DESCRIPCIÓN DE PADECIMIENTOS MENTALES QUE ATIENDE EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “JUAN N. NAVARRO”.

2.1 Definiciones

Con relación a este apartado y previo al desarrollo del mismo, es fundamental hacer las precisiones necesarias encaminadas a definir el tema principal que conlleva la connotación del título, en su modalidad de Enfermedad, que al tenor se define de la siguiente forma: “Enfermedad mental. Conceptos erróneos sobre la enfermedad mental han existido a través de toda la historia. Hace siglos se creía que el diablo o los demonios se habían posesionado del alma de la persona. Algunas veces se les mataba, pero en otras épocas y lugares los enfermos psiquiátricos eran adorados por atribuírseles poderes especiales. A menudo la enfermedad mental provocaba miedo y a menudo vergüenza. Se les creía sujetos peligrosos y por tanto se les apartaba en algún lugar seguro. Particularmente si el enfermo mental era un pariente, se hacían grandes esfuerzos para ocultar su enfermedad.

En la actualidad, muchos de estos conceptos equivocados han desaparecido. No obstante, otros persisten, quizás el más común de estos conceptos sea que los enfermos psiquiátricos actúan en forma disparatada. El hecho es que la gran mayoría de las personas psicóticas no son peligrosas para si mismos ni para los demás. No es más vergonzoso ser un enfermo mental que tener artritis o alguna otra enfermedad física. Algunos psicólogos definen la normalidad en términos estadísticos. La persona típica o promedio es llamada normal. Otros psicólogos sostienen que la normalidad puede definirse únicamente en función de una sociedad específica. La conducta considerada normal en una sociedad puede ser anormal en otra. Algunos otros psicólogos prefieren analizar la salud mental en términos de adaptación o desadaptación⁵⁵, sin negar que existe una diversidad de definiciones al tema en comento sin embargo el presente pretende ofrecer un panorama adecuado al objeto que

⁵⁵ Whittager O. James, Whittaker, J. Sandra. Introducción a la Psicología, Ed. Interamericana, S.A. de CV. México, 1990. p. 240

se persigue que es dar a conocer lo que se entiende por enfermedad mental, y que sin embargo podemos aunar a lo anterior a que, “la adaptación puede examinarse en función de las diferentes características que la persona bien adaptada parece poseer en mayor grado que la no adaptada. La persona adaptada tiene seguridad en sí mismo en la mayoría de las situaciones. Entiende su conducta. Las personas adaptadas son también, por lo general, productivas y felices. En estas personas no hay tensión y tienen actitudes sanas hacia el sexo y otras funciones corporales. Los adolescentes normales de nuestra cultura a menudo sufren de sentimientos de insuficiencia y falta de seguridad en sí mismos. Esto no significa que los adolescentes sean desadaptados. Más bien, estos sentimientos derivan de inexperiencias para enfrentar situaciones nuevas, y en especial situaciones sociales”.⁵⁶

En consecuencia se abordan algunos de estos padecimientos con el objeto de darlos a conocer y entender de manera breve lo que significan, ya que cada uno de estos, en sí, representan un objeto de estudio con carácter autónomo, y analizarlos en profundidad se escaparía a los objetivos de la presente monografía. Así tenemos que para el presente capítulo se citan los diecinueve tipos de padecimientos más frecuentes en la Institución objeto de estudio, es decir, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

2.2 Tipos de Padecimientos

A. Trastornos de la Conducta

Un instrumento de clasificación en torno a la explicación de los trastornos de la conducta del niño los encontramos en una clasificación CIE 10, de la Organización Mundial de la Salud que al tenor del siguiente apartado señala: “La actividad violenta y agresiva suele ser provocada por el temor o la ira en relación con experiencias viejas o nuevas, siendo realmente amenazadoras algunas de las nuevas, pero imaginarios los peligros involucrados en otras. Las nuevas experiencias pueden también reactivar viejos problemas no resueltos. Cuando más graves sean los problemas del pasado y mayor la

⁵⁶ Ibidem.

privación, más probable será que la menor presión de las actuales circunstancias precipite un comportamiento violento o agresivo. En familias donde la violencia es el método primario de solución de problemas, los niños aprenden a transformar sus sentimientos violentos en actos violentos”.⁵⁷

2.2.1 Hiperactividad

Es muy usual escuchar algunas expresiones o comentarios en el sentido de que ¡Que latoso es ese niño!, sin embargo no nos detenemos a razonar de el porque de ciertas conductas del infante y sólo nos remitimos a subjetivizar las consecuencias del mismo, y no dando posibilidad a meditar si esto se debe a un probable padecimiento del tipo denominado de hiperactividad, descrito y ubicado cuando “Los niños son clasificados como hiperactivos cuando muestran los siguientes comportamientos específicos en mayor proporción que la que generalmente es considerada normal, actividad motora, breve período de atención, distractibilidad, impulsividad, facilidad para reaccionar con violencia, e incapacidad para demorar la satisfacción. Estos síntomas van acompañados, por lo común, del bajo rendimiento escolar pese a la adecuada inteligencia. El 40% de todos los niños enviados a las clínicas de salud mental han sido diagnosticados como hiperactivos por la fuente de remisión. El más frecuente de los diagnósticos es “aprendizaje hiperactivo, trastornos de comportamiento, etiología desconocida”, seguido por daño cerebral mínimo (DCM) e hipercinético.”.⁵⁸

Conducta del niño que se puede explicar cuando se tiene cierto conocimiento relativo a este padecimiento, ya que frecuentemente lo asociamos al desorden y rebeldía cuando ciertamente presenta algún grado del cuadro clínico.

⁵⁷ Datos documentados por la Organización Mundial de la Salud. En el Manual de Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE 10. Base de datos del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, División de Enseñanza Hemerobiblioteca. Sin Ed.

⁵⁸ Ibidem.

2.2.2 Hiperquinesia y Daño Cerebral Mínimo (DCM)

Otro padecimiento lo encontramos en hiperquinesia y daño cerebral mínimo entendido esto como, "La hiperactividad de algunos niños -que-, es tan extremada que parecen compelidos a estar en movimiento perpetuo y ser incapaces de poner atención o estar callados. Cuando se impulsividad, su baja tolerancia a la frustración y su actividad agresiva se combina con un mal trabajo escolar dificultades motoras, con frecuencia se les diagnostica como paciente hiperquinético, trastorno de impulso hiperquinético o daño cerebral mínimo (DCM). El daño cerebral mínimo (DCM) usualmente es definido en términos operativos, de acuerdo con los siguientes síntomas; poco alcance de atención, distractibilidad, hiperactividad, impulsividad, emociones inestables, mala coordinación motora, déficit perceptual involucrando espacio y su forma, movimiento y tiempo, desarrollo del lenguaje responder a refuerzo positivo o negativo. Debido a que múltiples factores etiológicos pueden ser responsables de cualquier comportamiento, estos signos de "daño orgánico" tal vez oculten serios trastornos emocionales, incluyendo la depresión"⁵⁹, en este sentido y con relación al sub-título anterior, es de resaltar que el presente aglutina un mayor grado o nivel de afectación mental.

"Así pues, un diagnóstico de daño cerebral mínimo deberá alentar a quien lo hace para estudiar más el trastorno específico, sin excluir el emocional como factor primario. Si tales niños no reciben ayuda especial en forma de ambiente estructurado, educación particular, evaluaciones diagnósticas continuas. Los problemas emocionales serán el resultado inevitable en cualquier caso. Dentro de las investigaciones realizadas se observa reiteradamente los problemas de agresividad, hostilidad, oposición y ausentismo escolar, tienden a presentar más diagnósticos de trastornos de conducta, cuadros depresivos, baja autoestima, abajas expectativas respecto al futuro y sobre sí mismo, tendencia a utilizar la agresión y la auto agresión como medio para resolver los problemas"⁶⁰, padecimiento que de alguna manera resalta del anterior por la conducta evidenciada del paciente.

⁵⁹ Ibidem.

⁶⁰ Ibidem., p. 325

2.2.3 Inferioridad Física

Otra modalidad la encontramos cuando se presenta la sintomatología inherente a que la reacción motora del infante no corresponde al desarrollo normal acorde a su edad, y tan es así que “la coordinación de movimientos, para movimientos finos o para los groseros, es significativamente inferior al nivel esperado de acuerdo con la edad del niño y con su inteligencia general. Esta capacidad se valora mejor mediante la aplicación individual de exámenes estandarizados de coordinación de movimientos finos y groseros. Las dificultades de coordinación deberán haber estado presentes desde los comienzos del desarrollo (por ejemplo, no deben constituir un déficit adquirido) y no se deberá a consecuencias directas de déficit de la visión, de la audición o de cualquier trastorno neurológico diagnosticable. El grado en que el trastorno afecta principalmente a la coordinación de movimientos finos o groseros es variable y su forma específica varía de la edad. Pueden retrasarse los de desarrollo motor y pueden presentarse además déficit del lenguaje (en especial los de la pronunciación). El niño puede ser torpe en general, lento en aprender a correr, a saltar y a subir escaleras. Le suele ser difícil aprender a hacer la lazada de los zapatos, a abrocharse y desabrocharse los botones y a tirar y coger pelota”⁶¹, lo que en más de las ocasiones lo pone en desventaja frente a otros infantes.

Se pueden describir algunos aspectos generales de este padecimiento en concreto, refiriéndonos en el sentido de que “los niños pueden ser torpes en general, para los movimientos finos, para los groseros o para ambos y tiende a dejar caer las cosas, a tropezar, a chocar con obstáculos y a tener mala letra. La habilidad para dibujar suele ser para hacer rompecabezas, para usar juguetes de pelota y para dibujar y comprender mapas geográficos, suele ser baja. Una cuidadosa exploración clínica pone de manifiesto en la mayoría de los casos una notoria falta de madurez neurológica, en forma de movimientos coreicos, discinésias, movimientos en espejo y otros síntomas motores relacionados, así como signos de escasa coordinación de movimientos finos y groseros (en general llamados signos neurológicos menos debido a que su presencia es normal en niños más pequeños y su falta de valor para la localización de una lesión).

⁶¹ Ibidem.

Los reflejos tendinosos pueden estar exaltados o disminuidos de un modo bilateral, pero no son asimétricos”.⁶²

“Algunos niños presentan además dificultades escolares, que en ocasiones pueden ser graves y a otros se presentan además problemas sociales, emocionales y comportamentales, pero se sabe poco de su frecuencia y características. El síndrome del niño torpe ha sido diagnosticado frecuentemente como disfunción cerebral mínima. Se trata de un trastorno cuya característica principal es un retraso del desarrollo de la coordinación de los movimientos, que no puede explicarse por un retraso intelectual general o por un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido (distinto del implícito en la anomalía de coordinación). Lo más frecuente es que la torpeza de movimientos se acompaña de un cierto grado de déficit en la resolución de tareas cognoscitivas viso- espaciales. Conforme al anterior diagnóstico se puede observar que la discapacidad que presenta este trastorno se refiere a la limitación física esencialmente, aunque presentan otras alteraciones”⁶³, cabe agregar que aunado a este padecimiento se le suma al infante la discriminación y es ridiculizado por otros infantes que lo rodean”.⁶⁴

B. Trastornos de la Comunicación

2.2.4 Trastorno Específico del Desarrollo del Habla y del Lenguaje

Uno de los momentos quizás más agradables de la familia frente al niño es cuando empieza este último a experimentar su periodo del lenguaje en donde el entorno familiar lo ve estimulado y que es un factor fundamental en la relación de sociabilidad, circunstancia que no queda exceptuada para algunos infantes ya que la comunicación puede estar trastocada por trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, y comprendidos “estos trastornos –dentro de-, las pautas normales de adquisición del lenguaje –que-, están alteradas desde estadios tempranos del desarrollo. Estos trastornos no son directamente atribuibles ni a anomalías neurológicas o de los

⁶² Ibidem.

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ Ibidem.

mecanismos del lenguaje, no a deterioros sensoriales, retraso mental o factores ambientales. Aunque el niño pueda ser capaz de comprender y comunicarse en ciertas situaciones muy familiares, más que en otras, la capacidad de lenguaje es deficitaria en todas las circunstancias".⁶⁵

Así mismo encontramos que "la población normal infantil varía ampliamente en cuanto a la edad en que se adquiere el lenguaje hablado y al momento en el cual quedan firmemente establecidas las funciones del lenguaje"⁶⁶, Por eso se explica el por qué varía el periodo del habla entre un infante y otro.

2.2.5 Trastorno Específico de la Pronunciación

"Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la pronunciación de los fonemas por parte del niño está a un nivel inferior al adecuado a su edad mental, pero en el que el nivel es normal para el resto de las funciones del lenguaje, la pronunciación de los fonemas, pero el niño es capaz de hacerse comprender fácilmente por extraños. A los 6-7 años de edad ya se han adquirido la mayor parte de los fonemas, aunque pueden persistir dificultades para ciertas combinaciones de sonido, lo cual no implica problemas para la comunicación. A los 11-12 años el dominio de casi todos los fonemas es completo".⁶⁷

"Desarrollo anormal: Tiene lugar cuando el niño adquiere los fonemas de un modo retrasado o desviado, lo que le lleva a pronunciar mal, con las consiguientes dificultades par hacerse comprender. Se presenta omisiones, distorsiones a sustituciones de los fonemas del habla e inconsistencias en la pronunciación de sonidos coincidentes, por ejemplo, el niño puede pronunciar correctamente fonemas en algunas posiciones de palabras pero no en otras"⁶⁸, padecimiento que dentro del círculo social y familiar se presta a que se maltrate al infante ya que es muy usual que se le impongan apodos y

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ Ibidem., p. 287

⁶⁷ Ibidem., p. 289

⁶⁸ Ibidem.

calificativos despectivos en virtud de su lenguaje producto de un trastorno en la pronunciación.

2.2.6 Trastorno de la Expresión del Lenguaje

Con relación al apartado anterior, el presente concentra similitud en cuanto a los fines y objetivos perseguidos por el infante que es articular un adecuado lenguaje, pero que así como en el trastorno específico de la pronunciación, el trastorno de la expresión del lenguaje no le permite elaborarlo de manera óptima, ya que “aunque hay una considerable variación individual del desarrollo normal del lenguaje, la ausencia de la expresión de palabras simples (o aproximaciones de palabras) alrededor de los dos años y el fracaso en la elaboración de frases sencillas de dos palabras hacia los tres años, deben ser tomados como indicios significativos de un retraso. Más tarde se presenta una limitación del desarrollo del vocabulario, un recurso al uso excesivo de un escaso número de palabras generales, dificultades en la elección de las palabras adecuadas, la sustitución de unas palabras por otras, la utilización de frases cortas, la estructuración inmadura de las frases, errores sintácticos, en especial omisiones de sufijos o prefijos y errores u omisiones de elementos gramaticales concretos, tales como preposiciones, pronombres, artículos, formas verbales y derivados de sustantivos. Pueden presentarse también generalizaciones incorrectas de reglas gramaticales y también una falta de fluidez de las frases o de la capacidad de ordenar adecuadamente en el tiempo acontecimientos pasados”.⁶⁹

2.2.7 Trastorno de la Comprensión del Lenguaje

Este trastorno pudiera ejemplificarse como de mayor complejidad respecto a los ya señalados, ya que las circunstancias del mismo y por encontrarse dentro de los primeros meses de vida del menor sumándose la falta de información por parte de los padres, lo hacen menos perceptible, ya que si tomamos en cuenta las características

⁶⁹ *Ibidem.*, p. 291

del mismo podemos encontrar que “se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la comprensión del lenguaje por parte del niño es inferior al nivel adecuado a su edad mental. Prácticamente en todos los casos existe además un deterioro notable de la expresión del lenguaje y son frecuentes las alteraciones en la pronunciación de los fonemas”.⁷⁰

Para fortalecer el presente apartado es de resaltar y “tenerse en cuenta los siguientes indicios de retraso: un fracaso para responder a nombres familiares (en ausencia de claves no verbales) hacia el duodécimo mes de la vida y la incapacidad para reconocer los nombres de al menos algunos objetos corrientes a los 18 meses y para llevar a cabo instrucciones simples y rutinarias a la edad de dos años. Más tarde se presentan otras dificultades, tales como incapacidad de comprensión de ciertas formas gramaticales (negativas, interrogativas, comparativas, etc.) y falta de comprensión de los aspectos más sutiles del lenguaje (tono de voz, gestos). Aunque los niños expresan muchos sentimientos por medio de su actividad motora, el desarrollo de la expresión verbal es tarea significativa y esencial durante este período”.⁷¹

En este mismo sentido la Organización Mundial de la Salud hace un acercamiento a la conceptualización de este tema, en virtud de tratarse de un acto fundamental del ser humano, ya que la comunicación con el lenguaje son factores rectores del conocimiento, por lo que este organismo internacional concibe, “el habla –como un elemento que-, ayuda al pensamiento, la comunicación, la integración del ego y del desarrollo, estimula el crecimiento de la función controladora del ego. La capacidad para utilizar el lenguaje es biológicamente innata en los humanos, pero el habla no aparecerá ni tomará forma a no ser que sea enseñada y retribuida. Los niños cuyos problemas de habla persisten, tienen también a menudo trastornos de otra índole, con forme a lo expuesto por la OMS”⁷², y que sería difícil concebir a una sociedad debidamente organizada y jerarquizada sin comunicación y lenguaje.

⁷⁰ Ibidem., p. 293

⁷¹ Ibidem.

⁷² Ibidem.

2.2.8 Tartamudeo

El término tartamudo independientemente de que sea considerado como un trastorno de la comunicación se suele utilizar con tintes despectivos y aún en los extremos con carácter discriminatorio, y que por ende contiene gran carga de maltrato a infantes cuando ellos lo padecen. Entendido este padecimiento, es decir, el tartamudeo como “un trastorno común que frecuentemente aparece mientras los niños empiezan a hablar. Puede ser resultado de una maduración aplazada, de crisis emocionales, de luchas por el control o de demandas paternas. Si no ha producido tensión excesiva, por lo general desaparece. Algunos niños empiezan a tartamudear cuando ingresan a la escuela. En tales casos, el problema está relacionado con la tensión, el temor y la angustia de separación, si la anomalía continúa, suele reflejar tensión, bloque o introversión y otros trastornos psicológicos. El grado de tartamudez varía y a veces el fenómeno se produce en conexión con un tópico, una persona o una situación particular”⁷³, y que frecuentemente la familia o el entorno social no comprende agravando más el trastorno.

2.2.9 Mutismo

El vocablo –introvertido⁷⁴-, es un término acuñado y usado por la cultura popular que frecuentemente es asociado con “niños que hablarán sólo en el hogar a personas determinadas, como los padres, los hermanos y unos cuantos compañeros; y en la escuela estarán callados”⁷⁵, circunstancia que se confunde al momento de tratar de diferenciar entre un infante introvertido y un trastorno del tipo denominado mutismo.

Se sabe que “estos niños pueden comunicarse por medio de gestos o expresiones parciales o contestar si o no a las preguntas que le hacen. En general, son resistentes o coléricos o temerosos y tímidos, cuando esta negación voluntaria del habla ocurre durante el contacto con otras personas ajenas a la familia, particularmente en la

⁷³ Ibidem.

⁷⁴ Introvertido-Introverso, as. (del latín introversus, vuelto hacia dentro). Dícese del alma que se ensimisma, que penetra dentro de sí misma, sumiéndose en intensa abstracción, completamente separada de los sentidos. En Diccionario Enciclopédico Gran Sopena, Ed. Ramón Sopena, Grolier Internacional, Barcelona España 1973, Tomo IX. p. 4567

⁷⁵ Ibidem.

escuela, tiende a ser un mutismo selectivo, es decir, parte de una adaptación social completa, y un intento de manipular el ambiente".⁷⁶

"En casos extremos los niños dejarán por completo de hablar. En general en respuesta a algunas tensiones externas. Se puede acotar que por falta de comunicación de este tipo de niños o niñas es probable que puedan ser dañados y no expresen su molestia o tristeza por lo que les sucede"⁷⁷, por lo que esta circunstancia se torna de manera dolorosa para los integrantes de la familia ya que se ven incapacitados para poder asistir al infante con trastorno de mutismo.

2.2.10 Autismo

En general este trastorno en el niño es experimentado por la falta de expresión de los sentimientos, encontrando varios niveles de afectación y concebido como "un trastorno que afecta físicamente el aspecto comunicacional, lo cual provoca gran impotencia en la familia. Las estadísticas mundiales señalan que uno de cada diez mil nacidos viene al mundo con este síndrome conductual. El autismo es una discapacidad difícil de detectar y se define como un trastorno incurable que anula la capacidad de comunicarse. En 1943 se describió por primera vez. La enfermedad es más común en los varones y en la mayoría de los casos va asociada a un retardo mental. Existen varias formas comprometidas; afectiva, social, cognitiva, de comunicación y lenguaje, entre otras. Según, la directora de la Asociación de Padres de Autistas, ASPAUT, Juanita Espíndola, la causa del autismo es multi-factorial, puede ser producto de una rubéola materna hasta un problema hereditaria, por lo cual no está bien definido. Además, es un síndrome (conjunto de síntomas) que tiene distintos niveles de compromiso; leve, severo y moderado, lo cual dependerá fundamentalmente de las causas que lo originen".⁷⁸

⁷⁶ Ibidem.

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Whittager O. Op. Cit. p. 249

Sólo a manera de ejemplo se puede citar que “los casos de autismo se pueden dividir en dos grupos, de acuerdo a los grados de comunicación que estos presentan: los de baja y alta funcionalidad. En este último se encuentra el síndrome de Asperguer, quienes tienen coeficiente intelectual superior al de la mayoría de los autistas. Se trata de personas inteligentes, brillantes que saben todo de memoria y tienen distintas capacidades fuera de lo común y disarmónicas. Personas que en cosas mínimas no cuentan con medios para relacionarse con el resto de la sociedad. En tanto, los de bajo rendimiento tienen un elevado grado de discapacidad mental. La mayoría no tienen lenguaje y si existe repiten lo que se les dijo, o sólo conocen dos o tres palabras. Es difícil detectar el autismo antes de los tres años, pero es importante estar atento a ciertos anuncios, como dificultades para hablar, caminar muy marcada en toda su evolución. Esto nos podría dar un enfoque para tratarlo y prevenirlo. Por lo general, a los autistas se les suele confundir con personas con discapacidad mental; sin embargo, hay marcadas diferencias, porque no hay una evidente expresión de las emociones y, a veces, su coeficiente intelectual ni siquiera es bajo”.⁷⁹

C. Tipos de Psiconeurosis

A este Subgrupo le pertenecen variadas formas de trastornos de tipos de psiconeurosis contemplando en el presente los denominados Psicosis, Psiconeurosis, Esquizofrenia, Reacción Fóbica, Reacción de Ansiedad, Reacción Disociativa, Reacción Maníaco-Depresiva, Reacción Obsesivo-Compulsivo.

2.2.11 Psicosis

A este tipo se le caracteriza y adjunta atribuciones de todos los demás tipos ya que se le suele confundir y utilizar como sinónimo a todo lo relacionado con los problemas mentales, sin embargo este tipo es uno de los trastornos mentales considerados más severos ya que “son mucho más graves que las psiconeurosis. La persona

⁷⁹ <http://quidel.inele.ufro.cl/discap/html/Tipos/Tipos.htm>. Tipos de padecimientos mentales. 1999.

psiconeurótica con frecuencia es capaz de llevar una vida más o menos normal. Por el contrario, el psicótico generalmente está incapacitado. Necesita mucha ayuda, aunque algunos psicóticos parecen recuperarse sin ayuda profesional⁸⁰, sin embargo este padecimiento en si mismo representa el padecimiento de una persona llámese infante que se encuentra en su mundo pero fuera del concepto de la realidad.

En este orden de ideas se puede describir al psicótico como una persona que es “con frecuencia desorganizado, en tal grado que no puede funcionar socialmente en forma normal. A menudo estos pacientes deben ser hospitalizados, aunque la duración de la estancia en los hospitales para enfermos mentales ha sido reducida drásticamente”.⁸¹

Además otra característica la encontramos en que “los psicóticos muestran una variedad de síntomas que incluyen pérdida de contacto con la realidad, alucinaciones, delirios, emociones deformadas entre otras. La mayoría de los psicóticos no están en hospitales. Muchos de ellos son cuidados en su casa o en una combinación entre su casa y centros de tratamiento comunitario. Las psicosis ocurren en todos los grupos de edad, incluyendo niños pequeños, en todas las razas, clases sociales y en todos los países del mundo. Por lo general, al analizar las psicosis, diferenciamos entre dos tipos pueden encontrarse bases físicas para el trastorno, mientras que las psicosis orgánicas tienen un fundamento físico bien definido, aunque no necesariamente curable”.⁸²

2.2.12 Psiconeurosis

Psiconeurosis: se definen como “formas poco graves de enfermedad mental que por lo general no requieren hospitalización. Los neuróticos son personas generalmente infelices, tensas y que manifiestan una variedad de síntomas. Algunos de los síntomas pueden ser de naturaleza física, y se calcula que cerca de la mitad de los pacientes vistos por los médicos tienen algún problema emocional relacionado con sus síntomas físicos. Los neuróticos a menudo duermen mal, despiertan cansados y agotados, y

⁸⁰ Whittager O. *Op. Cit.*, p. 249

⁸¹ Ibidem.

⁸² Ibidem.

tienen poca energía o interés en trabajar o en cualquier otra cosa. Los síntomas de fatiga y nerviosismo son los más comunes”⁸³, circunstancia en la que se ven inmersos un gran número de personas, no exceptuando a los infantes. Trastornos mediante los cuales éstos en su mayoría de los que lo padecen desconocen que tienen una enfermedad (psiconeurosis).

“En ocasiones aquellos que padecen una psiconeurosis se quejan de que están mal sus nervios o de que han sufrido un colapso nervioso. Sin embargo, estos son términos usados por los legos y no por los psicólogos o psiquiatras profesionales. Aunque el sistema nervioso participa en la conducta neurótica al igual que en la conducta normal, no hay ninguna prueba de que las neurosis impliquen alguna disfunción de los nervios. De hecho no se ha descubierto ningún fundamento físico de las enfermedades psico-neuróticas, y parece ser que no existe. Esto, por supuesto, no significa que estos trastornos sean imaginarios o que estén sólo en la mente. Hay causas, pero éstas son psicológicas más que físicas. Por tanto, cuando una persona dice que ha tenido un colapso nervioso, lo que quiere decir por lo general es que los síntomas se han vuelto tan graves que no pueden llevar una vida normal ni aun de una manera marginal”.⁸⁴

“Debemos insistir en que la mayoría de los neuróticos pueden arreglárselas para funcionar en una forma inferior a la satisfactoria, y a menudo sin ayuda profesional. Es decir, el ama de casa neurótica se las arregla por el cuidado de la casa, para alimentar a su familia por ejemplo. No obstante, tiene poco interés o energía para cualquier cosa. El ejecutivo neurótico va a su oficina y realiza su trabajo, pero con una eficiencia substancialmente menor de la que tendría si no padeciera de una psiconeurosis. El neurótico, en otras palabras, tiene un impedimento grave que limita su eficacia como ser humano”.⁸⁵

Verbigracia, en “la mayoría de las psiconeurosis tienen su origen en la infancia. Estos trastornos no se desarrollan usualmente de la noche a la mañana aunque a veces los

⁸³ Ibidem., p. 246

⁸⁴ Ibidem., p. 247

⁸⁵ Ibidem.

síntomas pueden aparecer en forma repentina. Las causas específicas de una neurosis en un individuo determinado son tantas que no podríamos describirlas todas. En términos muy generales, muchos psicólogos suponen que la ansiedad tiene un papel primordial en el desarrollo de las neurosis. Para entender como puede ocurrir esto, podemos examinar un tipo bastante común de psiconeurosis (reacciones obsesivo. Compulsivas)".⁸⁶

2.2.13 Esquizofrenia

“Denominación común para un grupo de trastornos mentales con variada sintomatología. En sentido literal, esquizofrenia significa -mente dividida-, sin embargo, a pesar de la concepción popular que se tiene de este trastorno, no siempre se produce una disociación de la personalidad. La esquizofrenia empezó a entenderse como enfermedad diferente del resto de las psicosis a principios del siglo XX.

Los síntomas de la esquizofrenia no aparecen de manera simultánea. Afectan a las áreas del pensamiento, las percepciones, los sentimientos, los movimientos y las relaciones interpersonales. Las alteraciones del pensamiento se traducen en la incapacidad para establecer conexiones lógicas, o en la aparición de delirios. Las alucinaciones son la principal alteración de la percepción, y las más frecuentes son las auditivas: el paciente oye sus propios pensamientos en voz alta, o escucha voces imaginarias que le ordenan realizar ciertos actos, o realizan comentarios. Las reacciones emocionales son frías o inapropiadas. Las alteraciones del movimiento se manifiestan de dos formas: la catatonia es una situación poco frecuente en la que el paciente mantiene una postura rígida durante largos periodos de tiempo; sin embargo son más frecuentes los movimientos incongruentes y reiterativos realizados de forma impulsiva. Las relaciones interpersonales se deterioran progresivamente, ya que el paciente esquizofrénico tiende a ser introvertido.

⁸⁶ Ibidem.

Los primeros síntomas de la esquizofrenia suelen aparecer antes de la edad adulta: los primeros episodios acontecen durante la adolescencia o al principio de la edad adulta, y se continúan con episodios sucesivos. Se van deteriorando la capacidad laboral y las relaciones sociales, y el paciente es cada vez más dependiente de los demás. A la vez pueden manifestarse cualquiera de los síntomas indicados previamente.

La degradación tan profunda que produce la esquizofrenia no puede ser descrita en términos de la simple enumeración de sus síntomas: se trata del trastorno mental más devastador. A pesar de que el discurso incoherente y el comportamiento extravagante de los pacientes pueden resultar cómicos en ocasiones, existe un conflicto interior que es una fuente de tormento. El paciente vive con la angustia de ser incapaz de controlar sus propios pensamientos y de obedecer a unas órdenes que proceden del exterior, tiene una visión distorsionada de la realidad que le aísla de los demás. Todo ello hace de esta enfermedad uno de los procesos más incapacitantes para el individuo. Los científicos coinciden en que no existe una causa única de la esquizofrenia, sino que su aparición resulta de la combinación de factores biológicos, psicológicos y culturales (los mismos que configuran la personalidad en circunstancias normales). La incidencia de la esquizofrenia varía entre un 0,03 y un 0,12% anual en la población mayor de 15 años. La frecuencia fluctúa entre el 0,01 y el 3% en todo el mundo. La esquizofrenia tiene una cierta influencia familiar; así, los familiares cercanos de los pacientes esquizofrénicos tienen más riesgo de padecer este trastorno que la población general. Mientras el riesgo promedio de padecer esquizofrenia está en torno al 1%, el 10% de los niños nacidos de padres esquizofrénicos desarrollarán la enfermedad. Todavía no se sabe con certeza si ese elevado porcentaje se debe a la transmisión hereditaria de la enfermedad, o a las alteraciones psicológicas del niño educado por un progenitor con trastornos mentales acusados.

En los últimos años se ha intentado demostrar que la esquizofrenia puede tener su origen en un defecto genético hereditario. Por ejemplo, entre los gemelos idénticos (que tienen los mismos genes), cuando uno de los dos es esquizofrénico, las posibilidades de que el otro presente el mismo trastorno van del 35 al 58%. Todavía se desconoce el

factor que se transmite de forma hereditaria (una alteración biológica, un trastorno neurológico o un defecto enzimático); muchos científicos consideran que la herencia juega un papel variable como causa de la esquizofrenia, y que tiene mayor o menor influencia según los casos.

La investigación en el campo de la psicología ha puesto de manifiesto la relación de ciertos factores ambientales con la esquizofrenia. Los trastornos de comunicación entre los distintos miembros de la familia (comunicación ambigua) puede ser uno de estos factores, aunque no se sabe hasta qué punto esta alteración es la causa o la consecuencia de la esquizofrenia de un determinado miembro de la familia. La falta de organización de la vida diaria en ambientes de pobreza también ha sido relevante; a esto se suma el que las madres de las familias poco favorecidas tienen con frecuencia problemas de salud que pueden afectar a la salud de sus hijos futuros o recién nacidos.

La investigación neurológica ha aportado numerosos datos que ayudan a comprender las alteraciones propias de la esquizofrenia. Por ejemplo la dopamina, uno de los neurotransmisores cerebrales (sustancias que actúan como mensajeros químicos) está presente en cantidades anormales en el cerebro de los esquizofrénicos. Otro ejemplo es la demostración, gracias a las técnicas de escáner, de alteraciones estructurales en determinadas áreas del cerebro de estos pacientes.

El tratamiento más efectivo de los síntomas de los pacientes esquizofrénicos es la medicación. Los medicamentos empezaron a utilizarse a mediados de la década de 1950, y gracias a ellos mejoran los síntomas más espectaculares, como es el pánico a la desintegración de la personalidad. Se emplean tanto en el tratamiento de los ataques agudos como en la prevención de ataques sucesivos. Estos medicamentos tienen algunos inconvenientes, como ciertos efectos secundarios (sequedad de boca, mareos) y otros a largo plazo: algunos pacientes que han tomado esta medicación durante años sufren un trastorno conocido como disquinesia tardía caracterizado por movimientos anormales de la boca y de la lengua; su importancia reside en que no tienen tratamiento y pueden continuar a pesar de retirar la medicación. Los psicofármacos no son eficaces

en todos los esquizofrénicos, y en algunos casos no producen ningún beneficio. También se utiliza la psicoterapia en sus diferentes modalidades, como tratamiento único o como complemento a la medicación para conseguir la adaptación del paciente al entorno social, o su integración laboral o vocacional".⁸⁷

Con relación al apartado anterior se puede aseverar que entonces el término esquizofrenia probablemente sea uno de los más mencionados dentro de los conglomerados sociales, sin embargo, se sabe muy poco de esta enfermedad en lo fundamental, ya que "hay diferentes tipos de esquizofrenia, y de hecho, tal vez se trate de muchos trastornos diferentes. Algunos psicólogos piensan que son varias las enfermedades mentales que se han agrupado bajo el título de (esquizofrenia). Hay diversas teorías, pero se requieren más investigaciones para entender la naturaleza de esta enfermedad. A pesar de nuestra ignorancia sobre las causas de la esquizofrenia, somos capaces de tratar un gran porcentaje de aquellos que desarrollan el trastorno, en especial si se diagnostica pronto, los pronósticos del tratamiento son buenos"⁸⁸, ya que desgraciadamente la atención a todos estos tipos de padecimientos o trastornos mentales de carácter progresivo, se abordan para su atención médica en la fase curativa o de rehabilitación, y no en la preventiva es decir en el momento mismo en que es detectada.

En razón de lo conocido de las enfermedades mentales, se piensa que es exclusivo de los adultos pero "la esquizofrenia es quizá la más común de todas las psicosis. Tiende a desarrollarse lentamente en un periodo de años y con frecuencia es diagnosticada en la madurez temprana, aunque no es desconocida en los niños"⁸⁹, se ha mencionado que el niño la padece también pero la diferencia es que en el adulto es más probable de detectar pues en el niño se puede pensar que fantasea y pasa desapercibido.

⁸⁷ Datos recabados de la Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001. © 1993-2000. Tema: La

Esquizofrenia.

⁸⁸ Ibidem.

⁸⁹ Ibidem., p. 250

Como ya se expreso, la sintomatología a esta enfermedad se puede caracterizar por “la apatía y el aislamiento, embotamiento de las emociones, perdida de contacto con la realidad, y con frecuencia delirio y alucinaciones. Esta enfermedad mental grave no es posible reconocerlo a primera vista. El paciente esquizofrénico típico suele parecer un poco extraño, pero no necesariamente una persona muy enferma. Decimos esto porque muchos esquizofrénicos simplemente pierden el interés en la vida que los rodea. De contentan con estar sentados y quietos en la misma silla hora tras hora, y a menudo día tras día, sin hacer nada. Pueden sonreírse ocasionalmente, pero aparte de eso tienen poco o ningún interés en lo que sucede a su alrededor. De hecho, algunos de ellos tienen que ser alimentados o se morirían de hambre”.⁹⁰

Por último es de resaltar que este trastorno trae aparejado conductas fuera de los parámetros normales en las personas y en los niños, que lo hace perceptible, en virtud de que “con frecuencia ocurren alucinaciones en la esquizofrenia, así como delirios. El paciente puede oír voces que le hablan voces imaginarias. Estas son las alucinaciones. O puede imaginar que es alguna otra persona. Estas ideas falsas se llaman delirios. Algunas veces los delirios suponen la persecución. No son raros los delirios en que la policía los persigue o que ha puesto micrófonos ocultos en su cuarto”.⁹¹

2.2.14 Reacciones Fóbicas

“Fobia, miedo intenso y persistente hacia un objeto, situación o actividad específica, debido al cual el individuo lleva una vida limitada. La ansiedad que se sufre suele ser desproporcionada con las situaciones reales, y las víctimas son conscientes de que su miedo es irracional.

La ansiedad fóbica se distingue de otras formas de ansiedad porque ocurre sólo en presencia de un objeto o situación específica, caracterizándose por síntomas fisiológicos como el latido cardíaco acelerado, molestias gástricas, náuseas, diarreas,

⁹⁰ Ibidem.

⁹¹ Ibidem.

micción muy frecuente, sensación de ahogo, enrojecimiento del rostro, transpiración abundante, temblores y desmayos. Algunos fóbicos son capaces de afrontar sus miedos, pero por lo general evitan el objeto que les causa el temor, lo que a menudo impide la libertad del sujeto.

Los psiquiatras reconocen tres tipos principales de fobias: las fobias simples hacia objetos y situaciones específicas, como a ciertos animales (por ejemplo, las arañas o las serpientes), a espacios cerrados o a las alturas; la agorafobia, miedo a espacios públicos abiertos (como el metro o centros comerciales) de los que resulta difícil escapar, o en los que se experimenta agobio, miedo que aumenta hasta que el sujeto es incapaz de salir a la calle, y fobias sociales, como el miedo de sentirse ridículo o sentir vergüenza en público.

Las fobias simples, especialmente el miedo a ciertos animales, comienzan en la niñez y se pueden mantener en la edad adulta, mientras que la agorafobia suele comenzar al final de la adolescencia o en la primera juventud; las fobias sociales tienden a relacionarse también con la adolescencia. La agorafobia, más frecuente en la clínica psicológica, no es tan común como las fobias simples. Se calcula que todas las fobias tienen una incidencia total del 5% en la población general. La agorafobia y las fobias simples se diagnostican con más frecuencia entre las mujeres que entre los hombres, y tanto aquella como las fobias sociales o las fobias a los animales tienden a darse con mayor frecuencia en una misma familia.

La terapia de conducta se ha mostrado eficaz para tratar estos trastornos, especialmente las fobias simples y las sociales. La desensibilización sistemática, terapia que consiste en ir enfrentando gradualmente al paciente a situaciones u objetos similares a los temidos, ha sido muy eficaz hasta ahora, pero recientemente en la terapia implosiva (otro método conductista) se obtienen mejores resultados. En esta terapia los fóbicos se enfrentan directamente al estímulo temido en su expresión extrema para que experimenten lo injustificado de su miedo y así descienda el temor.

Algunos fóbicos utilizan ciertos ansiolíticos como paliativo; al parecer, los medicamentos contra la depresión son también eficaces en el tratamiento de algunas fobias”.⁹²

Así las cosas, es de resaltar que el presente trastorno convive de manera cotidiana en nuestro entorno social, pero que se contextualiza probablemente en las experiencias vividas en el periodo de la infancia, por lo que la “neurosis –es-, caracterizadas por temores intensos y ajenos a la realidad. Son miedos a objetos o situaciones que no representan un peligro real. Por tanto, pueden servir de ejemplo el miedo a los gatos domésticos, a las aves, a los elevadores o a la sangre. Generalmente, quienes sufren de fobias no se dan cuenta de las razones de sus temores pero reaccionan de manera violenta a los objetos temidos y algunas veces son incapaces de funcionar a causa de ellos. Con frecuencia las fobias se desarrollan a través de experiencias infantiles desafortunadas que son traumáticas. Por traumáticas queremos decir que son perturbaciones emocionales intensas”.⁹³

“Los niños con fobias escolares se quedan en casa y se niegan a asistir a clases. Debido a que la escuela parece asociada con intenso terror, fingirán enfermedad, fatiga y cosas por el estilo, para no ir. Sin embargo, el verdadero problema no es la escuela, el verdadero problema consiste en una fuerte angustia, que estos pequeños no pueden explicar”.⁹⁴

“Generalmente, la fobia es complementada por los problemas de los padres y el estímulo inconsciente de la fobia. Las fobias escolares crónicas o recurrentes a menudo son síntomas de severos desarreglos de la personalidad incluyendo vínculos simbióticos entre el padre y el chico; entonces podemos determinar, que si toda una familia tiene problemas de separación incluyendo las fobias escolares, tienden a afectar a más de

⁹² Datos recabados de la Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation, el tema “Fobia”.

⁹³ Ibidem., p. 249

⁹⁴ Ibidem.

uno de los niños en la familia. Queremos aclarar que todas las fobias son intentos para controlar la ansiedad, pero las causas de esta varían casi siempre”.⁹⁵

“Otras psiconeurosis reacciones hipocondríacas; Implica una preocupación excesiva por la salud física. Reacciones de conversión; Por lo general presenta también síntomas físicos, pero en lugar de dolores y sufrimientos difusos, observamos con frecuencia parálisis o pérdida de la sensación en parte del cuerpo. Depresiones neuróticas; Tienden a ser reacciones excesivas a los incidentes comunes que producen tensión en la vida. La vida es un estorbo para estas personas, que encuentran poca felicidad en cualquier cosa. Generalmente tienen poca seguridad en sí mismos, intereses limitados y una pérdida de iniciativa”.⁹⁶

2.2.15 Reacciones de Ansiedad

Ansiedad: f. Estado de agitación, inquietud o zozobra. Término médico/ Angustia que acompaña a muchas enfermedades y que no permite sosiego a los enfermos⁹⁷, y que también se interpreta como “temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce. El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar las tareas de una en una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia. Los síntomas de la neurosis de angustia, descrita por el psicoanálisis, son similares al complejo sintomático que se denomina, genéricamente, ansiedad. Pero cuando los psicólogos y los médicos hablan de la ansiedad en general, no suelen implicar los mecanismos pulsionales internos que Freud describió como neurosis de angustia.

⁹⁵ Ibidem.

⁹⁶ Ibidem.

⁹⁷ Diccionario Enciclopédico Gran Sopena, Op. Cit., p.533

Los teóricos del aprendizaje ven la ansiedad desde otra perspectiva. Algunos creen que la ansiedad se aprende cuando los miedos innatos del individuo concurren con objetos y sucesos previamente neutrales. Por ejemplo, un niño que se asusta por un fuerte ruido cuando juega con un juguete determinado puede asociar la ansiedad a este juguete. Otros teóricos del aprendizaje, por su parte, subrayan la importancia del aprendizaje por imitación de modelos y el desarrollo de pautas de pensamiento específicas, favorecedoras de la ansiedad.

Los psiquiatras reconocen diversas enfermedades mentales en las que la ansiedad es el principal problema, como los ataques de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada. Los ataques de pánico ocurren intermitentemente, mientras que la ansiedad generalizada es crónica. En las fobias y los trastornos obsesivo-compulsivos, el miedo se experimenta cuando se trata de dominar otros síntomas.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes en los países occidentales. Además hay evidencia de que el trastorno de ansiedad se da en más de un miembro de la misma familia. El tratamiento más común para la ansiedad es la combinación de: medicamentos, psicoterapia, modificación de conducta y otros tratamientos de apoyo como las técnicas de relajación. Véase Medicina alternativa: Técnicas de relajación⁹⁸.

Resumiendo la explicación anterior, “en esta neurosis el síntoma más frecuente es la ansiedad continua que parece no derivar de alguna situación o persona específica. Periódicamente, la persona puede sufrir de ataques graves de ansiedad que duran desde unos pocos segundos hasta una hora más. Estos ataques suelen acompañarse de palpitaciones cardíacas, sudoración y otros síntomas físicos. Las causas de las neurosis

⁹⁸ Hasta finales del siglo XIX, la Ansiedad extrema se atribuía, de forma errónea y rutinaria, a trastornos respiratorios o cardíacos. Por aquel entonces, Sigmund Freud identificó la neurosis de angustia como un diagnóstico diferenciado. Freud creía que la angustia tiene su origen en las pulsiones sexuales o agresivas de una persona que resultan inaceptables a la misma. La angustia actúa entonces como acción defensiva para reprimir o reconducir tales pulsiones. Cuando los mecanismos de defensa inconscientes son insatisfactorios, aparece una reacción de angustia neurótica. Datos recabados del tema "Ansiedad", Enciclopedia Microsoft Encarta 2001. 1993-2000.

de ansiedad son numerosas, y estas reacciones pueden ser tratadas por medio de psicoterapia”.⁹⁹

2.2.16 Reacciones Disociativas

Como su nombre lo expresa las reacciones Disociativas son “a menudo trastornos en la memoria. La amnesia, una condición en la que la persona olvida su nombre, dónde vive, dónde trabaja, sería un ejemplo. En contraposición a la creencia popular, la amnesia no es provocada generalmente por un golpe en la cabeza. Más bien, la amnesia es una forma ineficaz de enfrentarse a situaciones de gran tensión que la persona se siente incapaz de manejar. La fuga es otra reacción disociativa, semejante en algunos aspectos a la amnesia. En la fuga, sin embargo, la persona viaja por lo regular grandes distancias desde su casa o lugar de trabajo sin recordar que lo ha hecho. La personalidad múltiple es otro tipo de reacción disociativa”.¹⁰⁰

2.2.17 Reacciones Maniaco-Depresivas

Las reacciones maniaco-depresivas a contrario sensu, de la esquizofrenia, estas se enfocan hacia el núcleo de población infantil y juvenil, es decir “a diferencia de la esquizofrenia, que tiende a desarrollarse lentamente y a aparecer primero en personas jóvenes, las reacciones maniaco-depresivas suelen aparecer en niños y personas de mediana edad. Estas reacciones se caracterizan por cambios repentinos en el humor o en la emoción. La persona puede, durante un periodo de pocas horas, deprimirse en forma suicida sin ninguna razón”¹⁰¹, trastorno que si no se atiende debidamente puede provocar hasta suicidios como ya se menciona y para muestra el ejemplo de la pre-adolescente que en el año inmediato anterior -2003-, se provocó el suicidio apuntándose con un revolver en el pecho por no haber sido seleccionada en nuestra H. Alma Mater, Universidad Nacional Autónoma de México, circunstancia que debería poner en alerta a

⁹⁹ Ibidem., p. 248.

¹⁰⁰ Ibidem.

¹⁰¹ Ibidem., p. 249

los padres cuyos hijos puedan padecer este tipo de trastorno y que no se han percatado de ello.

Por su parte “algunos pacientes con reacciones maniaco-depresivas muestran solamente cambios de humor de lo normal a lo deprimido y viceversa. Otros cambian de lo normal a lo eufórico y regresan a lo normal. Otros más forman un ciclo normal eufórico—deprimido—normal”.¹⁰²

Es necesario comentar y precisar que “como en la esquizofrenia, nadie conoce la causa o causas de las reacciones maniaco-depresivas. Aun sin ayuda, muchas personas que las padecen se recuperan, al menos en forma temporal. Pero algo que debemos señalar aquí es que siempre existen tendencias suicidas en cualquier persona gravemente deprimida, por lo que estas enfermedades deben ser tratadas siempre”¹⁰³, ya que como se ha expuesto, todos y cada uno de estos padecimientos o trastornos del ámbito del psiqué, no se les da en la mayoría de los casos un profundo seguimiento médico por parte del círculo familiar respecto del enfermo, ya que como lo hemos observado, los diversos problemas que se generan en torno a estas enfermedades, provocan que por falta de información al tema, escasez económica, negligencia de los familiares u otras más, abandonen a su triste suerte al que lo padece.

2.2.18 Reacciones Obsesivo-Compulsivas

Suele usarse esta terminología de manera errónea, ya que se habla o se califica a las personas que suelen comer mucho como obsesivos-compulsivos, sin embargo, esta connotación que cualitativamente debe de entenderse de manera precisa y técnica, no se le da su real significado, ya que implica algo más allá de lo aseverado, y en virtud de ello debe de entenderse a las “reacciones obsesivo-compulsivas –como-, neurosis en las que el individuo tiene pensamientos perturbadores que se repiten con frecuencia y sobre los que no tiene control. En otros casos, los síntomas más comunes son impulsos

¹⁰² Ibidem., p. 251

¹⁰³ Ibidem., p. 247

irresistibles de llevar a cabo acciones de naturaleza repetitiva”¹⁰⁴, en este sentido, el concepto es mal empleado por que no refiere pensamientos perturbadores que contengan cargas emocionales relacionadas sólo y exclusivamente con la comida, ya que al hablar de perturbación se refiere a circunstancias que evocan otro tipo de trastornos mentales pero con niveles fuera de la media.

Así tenemos que “todos hemos experimentado conductas que se asemejan algo a estos síntomas. A veces tarareamos o silbamos una melodía una y otra vez no podemos sacarla de nuestra mente. O desarrollamos el hábito de alisarnos el cabello, o lamernos los labios. La diferencia entre estas conductas y los síntomas de una reacción obsesivo-compulsiva es a menudo cuestión de grado. Pero con frecuencia hay también otras diferencias”.¹⁰⁵

Es necesario precisar que “en una reacción obsesivo-compulsiva los pensamientos obsesivos casi siempre son muy perturbadores para una persona que los sufre. El temor a los impulsos incontrolables es bastante común., Un hombre puede tener temor de quemar su casa. Una mujer puede tener miedo de cortar la garganta a sus hijos mientras duermen. Ideas obsesivas como éstas raramente son llevadas a cabo, pero aún así son solamente perturbadoras para el paciente y por lo general lo hacen buscar ayuda profesional y cuando por medio de un tratamiento logran reconocer y aceptar sus verdaderos sentimientos, sus ideas obsesivas desaparecen”¹⁰⁶, por lo que un adecuado y oportuno tratamiento a este padecimiento es lo ideal. Verbigracia, es de resaltar que “no todas las neurosis se originan en esta forma, pero en un sentido muy amplio podemos decir que derivan de sentimientos que provocan la ansiedad de la persona. En muchos casos estos sentimientos son inconscientes. Cuando la persona aprende a entenderse a sí misma y a sus sentimientos, ya a aceptarlos, está en buena posición para recuperarse de la neurosis”¹⁰⁷.

¹⁰⁴ Ibidem.

¹⁰⁵ Ibidem., p. 248

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ Ibidem. Nota: La mayoría de las psicosis orgánicas. Son originadas por, tumores en el cerebro, infecciones, trastornos circulatorios y otras condiciones diversas, pueden provocar psicosis orgánica

CAPÍTULO TERCERO

3. MALTRATO Y PADECIMIENTOS MENTALES CON MAYOR AFLUENCIA QUE ATIENDE EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL Dr. “JUAN N. NAVARRO”.

3.1 Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. “Juan N. Navarro”.

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” fue fundado en el año de 1967, es una institución de carácter especializada que atiende a población infantil respecto a los trastornos psiquiátricos de la infancia¹⁰⁸, el cual tiene una cobertura a nivel América Latina y el Caribe, y pertenece al sector público, en el ámbito de competencia de la administración pública federal, tiene una capacidad de atención de cuatro unidades hospitalarias con actividades diarias y un promedio de ocho unidades externas en actividades diarias en cobertura de trabajo social, por lo que el horario de atención es de 24 horas, los 365 días del año y solamente en consultas de hospitalización a nivel de consulta externa cinco días hábiles con 12 horas.

Su financiamiento es de carácter federal, los beneficiarios en la población objetivo son usuarios receptores, encontrando que las características de tareas de la población, son usuarios receptores, lactantes, escolares, preescolares y adolescentes hasta de 17 años 11 meses, por lo que el tipo de población es abierta siempre y cuando pertenezca al área psiquiátrica.

Dentro de su funcionamiento la institución tiene una orientación de políticas públicas encaminadas a que sus acciones estén dirigidas a la salud pública y educativa, para que un usuario sea atendido tiene que presentar oficio de referencia o derivación, copia credencial de elector del responsable del paciente y copia del acta de nacimiento del paciente, en consecuencia, para una mejor atención, la institución se coordina con el Ministerio Público, en los casos que impliquen ingerencia jurídica, así como con otras unidades hospitalarias en forma recurrente y con escuelas.

¹⁰⁸ El Nosocomio se ubica en San Buenaventura n° 86 Col. Belisario Domínguez Zona de Hospitales Del. Tlalpan C. P. 14080 TEL. 55-73-46-44

Una de las acciones entre instituciones hospitalarias y educativas es en el sentido de que la coordinación entre ambas permite que los individuos –niños- que padecen algún tipo de trastorno que atiende la institución, sean estos canalizados, configurándose por ende en un alto porcentaje de atención a los escolares, en donde se manejan también varios programas institucionales como el de *painavas* que atiende a niños (as) que han sido víctimas de abuso sexual y otros en *paideia* que es un programa dirigido a los adolescentes con problemas de adicción y sustancias tóxicas.

En el marco de las estrategias de carácter preventiva, rehabilitación, remedial, tratamiento, atención, asistencia social, promoción social, educación social y reinserción, se formulan cada año y tienen una sustentación programática con política institucional como mecanismo de control de la información. Se manejan informes mensuales, concentrados y manejo de datos computarizados, la información se utiliza para evaluar el proceso de acción, reporte administrativo, para toma de decisiones y observar el perfil de la población, la evaluación es de forma cuantitativa mensual a través de informe y cualitativa trimestralmente en promedio a través de supervisión directa, la sistematización se lleva a cabo cada año o en casos de presentación en cursos, ponencias y publicaciones, siendo estas no en tiempos específicos.

El hospital contempla un área específica de Trabajo Social, en la cual se realizan los estudios de caso del infante, -paciente identificado-, programando citas con los tutores con la intención de iniciar la investigación del caso que es remitido por el área médica, utilizando como herramientas la entrevista formal e informal, visitas domiciliarias, visitas a las instituciones educativas o alguna otra fuente de información que tenga vinculo con el menor. Los casos que son encausados al departamento de Trabajo Social son canalizados por el área médica del hospital cuando detectan que la familia tiene un problema adicional, que requiere tratamiento especializado que trata el área de Trabajo Social como son: situaciones de mal manejo del sistema familiar como el caso de límites o reglas no definidas, autoridad difusa, cambio de roles, familias compuestas por un sólo padre o madre, pérdida de un integrante del grupo familiar o familia extensa (abuela, tíos, otros), problemas relacionados con la comunicación, violencia, divorcio,

entre otros; en donde se analiza el caso familiar y se da un seguimiento profesional multidisciplinaria que permita reincorporar a la familia a una convivencia social óptima.

Una de las actividades que el área de Trabajo Social promueve al público que atiende el nosocomio, es el proyecto de escuela para padre, con la finalidad de que los tutores tengan información del daño que determinadas conductas puede perjudicar a la familia y en especial al menor, conocimiento que Trabajo Social aporta con objeto de mejorar la calidad de vida del infante. El Trabajador Social, en este proyecto de formación educacional funge como orientador y diseñador del proyecto -Escuela para Padres-.

A su vez el departamento de Trabajo Social maneja el proyecto de grupos cerrados, el cual consiste en incorporar un grupo lo más homogéneo posible de tutores que tengan alguna situación similar o caso parecido con el problema que atañe a los menores, el grupo se integra con un máximo de 8 a 10 integrantes y tiene la pretensión de que el grupo cerrado se retroalimente por si mismo, en donde el Trabajador Social realiza la función de coordinador para que el objetivo central conlleve a una concientización del grupo en comento.

Desde el enfoque de trabajo social la institución pertenece al área de intervención de salud, educativa, de asistencia y promoción, corresponde directa e indirectamente a políticas sociales y al Plan Nacional de Desarrollo porque es Gubernamental.

3.2 Interpretación de los Datos Obtenidos y Enfocados a los Principales Maltratos y Principales Padecimientos Mentales que Atiende el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro".

Para poder estar en posibilidad de acercarnos a un análisis cualitativo respecto de estos dos grandes temas, resultado de los dos capítulos que antecieron al presente, es necesario explicar estas concepciones teóricas a partir de casos concretos, y en donde se recopiló una serie de datos relacionados directamente con los principales padecimientos mentales que esta institución gubernamental en cita, atiende por ser en

si misma la razón de su existencia, así como su inter-actuación con otras instituciones y/o autoridades para cooperar en la búsqueda de solución al maltrato del menor cuando se requiera.

Como se menciona en el capítulo segundo del presente trabajo el maltrato a infantes es de varias formas y tipos comportamentales que los adultos o la sociedad adopta con los menores, como en los casos de maltrato psicológico o emocional, maltrato físico, abandono o negligencia, abuso y explotación sexual, explotación laboral y corrupción, afectando directamente al niño que por su condición de indefensión es difícil que pueda evitar que lo lastimen.

Cada uno de los maltratos descritos en el mencionado apartado evidencia que causan cambios conductuales que en futuro dejan huella en el niño; tomando en consideración que ninguno de los tipos de maltrato al menor deja de ser importante, pero para los fines de este trabajo sólo se remite al maltrato de abuso sexual, que fue documentado por la institución de referencia.

Así mismo, los padecimientos mentales son cada uno una unidad importantes por afectar de alguna forma al infante, como lo verificamos en los casos de trastornos de la conducta, trastornos de la comunicación y tipos de psiconeurosis, no dejando de lado la dimensión del daño que originan en la niñez, mostrados los tipos para los fines del estudio, se tomará el caso de trastornos de la conducta, tomando como referente los que atañen a los trastornos de hiperactividad, que son los de mayor afluencia en la institución, se acota lo anterior con objeto de identificar con claridad el fin que el estudio persigue.

A continuación se da a conocer el procedimiento de la obtención de la información documentada por el hospital, y el reporte de los principales trastornos y maltrato infantil documentados por la misma, es decir, por lo que hace al maltrato infantil los datos documentados refieren los años de 1998 al año 2001; Así mismo, en el contenido de este apartado se dan a conocer los casos recurrentes a los denominados trastornos o

padecimientos mentales, que aborda el periodo que comprende del año 1998 al año 2001. Teniendo con fundamento los datos proporcionados por esta institución de salud pública, los cuales complementan un estudio global, es decir, nuestro análisis cualitativo (capítulos I y II), se vigoriza con el análisis cuantitativo reportado por los registros que arroja el nosocomio; trabajo que queda de la siguiente manera:

En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro". Existen diversas áreas o secciones de las cuales inicialmente se solicitó el apoyo a la institución para recabar información con el objeto de detectar el maltrato y padecimiento mental con mayor afluencia al hospital, el reporte documental que se obtuvo fue estadístico del área de epidemiología que hace referencia al maltrato y padecimiento mental más frecuente. Documento del cual fue posible detectar que el maltrato con mayor afluencia es el abuso sexual y el padecimiento mental de hiperactividad.

En este orden de ideas, los datos estadísticos que reportó el área de epidemiología del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro", quedan plasmados en las siguientes tablas referenciales, mediante las cuales se contemplan los casos reportados, atento a lo ya precisado.

Interpretación :

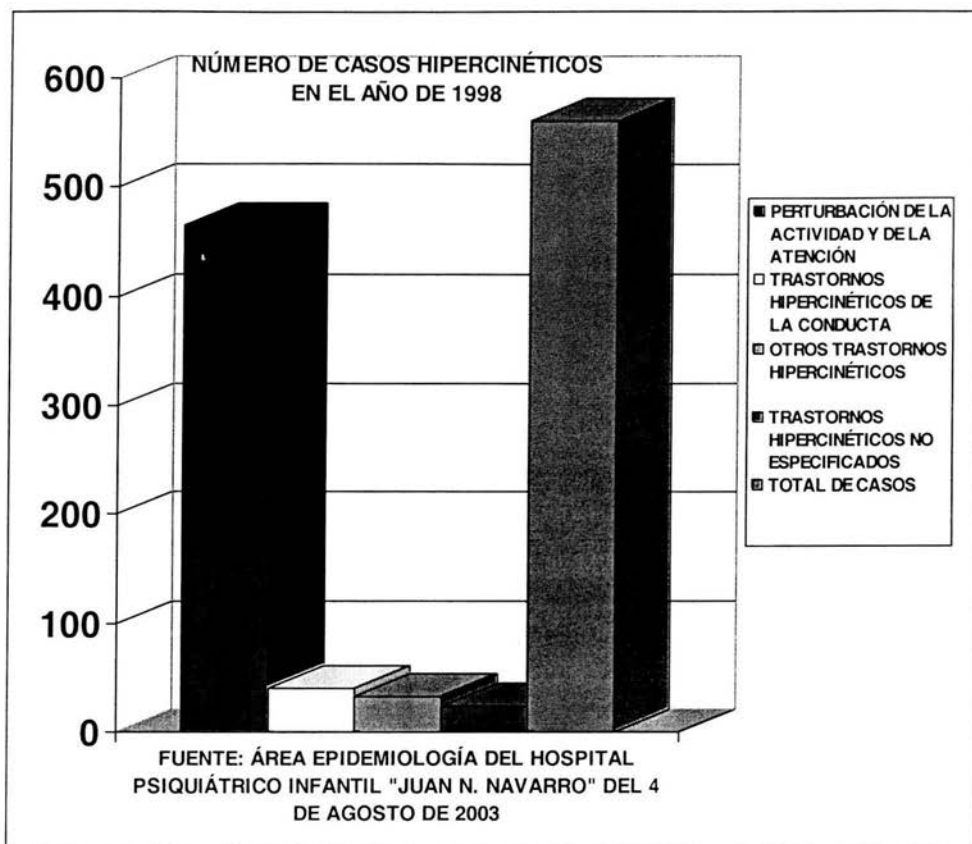
Los casos relacionados con Padecimientos Mentales Hiperkinéticos quedan documentados para el año 1998 de la siguiente manera, de acuerdo al Hospital Psiquiátrico infantil Dr. "Juan N. Navarro".

CASOS RELACIONADOS CON PADECIMIENTOS MENTALES HIPERCINÉTICOS	
CASOS HIPERCINÉTICOS	NÚMERO DE CASOS EN EL AÑO 1998
PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	464
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS DE LA CONDUCTA	40
OTROS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	33
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS NO ESPECIFICADOS	24
TOTAL DE CASOS	561

Así tenemos que la perturbación de la actividad y de la atención, figura como el padecimiento que mayormente atendió la institución, encontrando que se dispara en número (464), respecto de los otros, reportándose en consecuencia mayor atención al mismo.

GRÁFICA
1

NÚMERO DE CASOS HIPERCINÉTICOS EN EL AÑO DE 1998.



Interpretación :

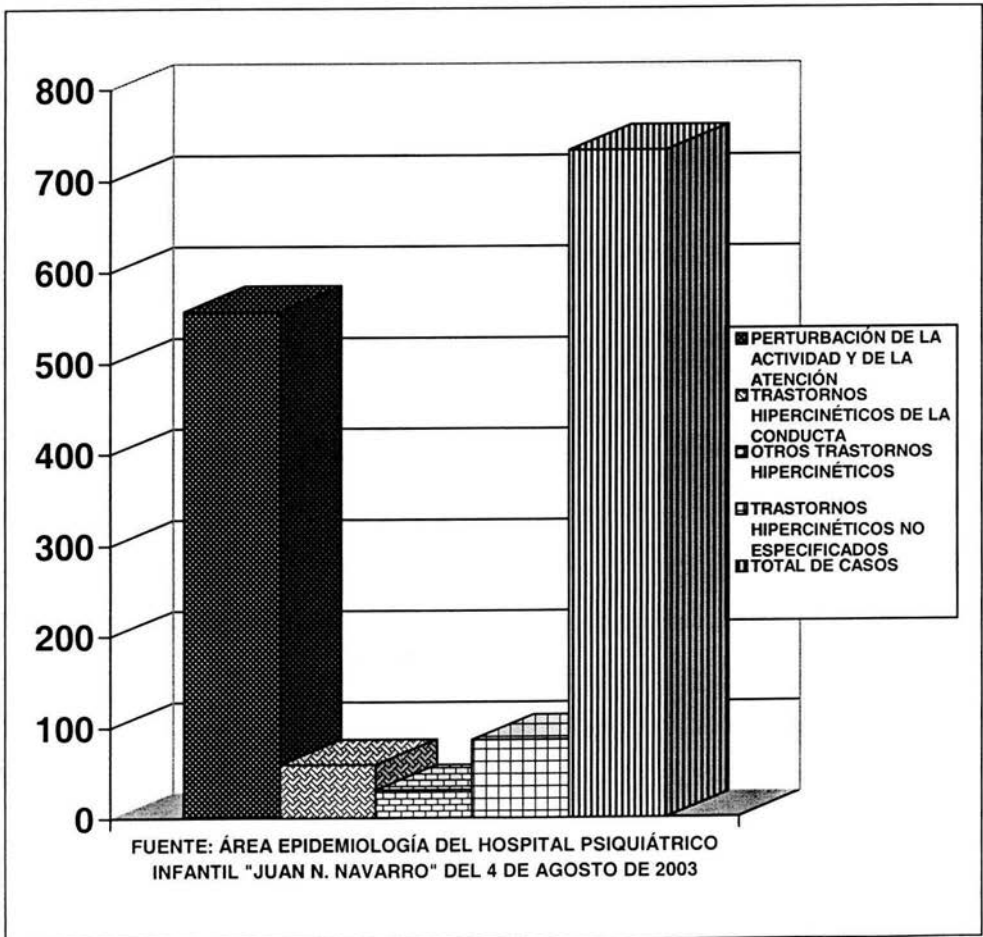
Los casos relacionados con Padecimientos Mentales Hipercinéticos quedan documentados para el año 1999 de la siguiente manera, de acuerdo al Hospital Psiquiátrico infantil Dr. "Juan N. Navarro".

CASOS RELACIONADOS CON PADECIMIENTOS MENTALES HIPERCINÉTICOS	
CASOS HIPERCINÉTICOS	NÚMERO DE CASOS EN EL AÑO 1999
PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	557
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS DE LA CONDUCTA	59
OTROS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	31
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS NO ESPECIFICADOS	86
TOTAL DE CASOS	733

Se observa un incremento lineal de los Padecimientos Mentales con relación a la Perturbación de la Actividad y de la Atención del Niño respecto al año anterior (1998), constante que perdura en este lapso temporal con relación también, a los otros tipos de trastornos en análisis ya que no representan un considerable incremento al posicionado desde el año de 1998, lo que aglutina en su conjunto poco más de 1000 casos en este seguimiento temporal de dos años, por lo que el comportamiento en la gráfica queda homologado de manera coincidente al anterior.

GRÁFICA
2

CASOS RELACIONADOS CON PADECIMIENTOS MENTALES
HIPERCINÉTICOS.



Interpretación :

Los casos relacionados con Padecimientos Mentales Hipercinéticos quedan documentados para el año 2000 de la siguiente manera, de acuerdo al Hospital Psiquiátrico infantil Dr. "Juan N. Navarro".

CASOS RELACIONADOS CON PADECIMIENTOS MENTALES HIPERCINÉTICOS	
CASOS HIPERCINÉTICOS	NÚMERO DE CASOS EN EL AÑO 2000
PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	729
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS DE LA CONDUCTA	139
OTROS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	34
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS NO ESPECIFICADOS	125
TOTAL DE CASOS	1027

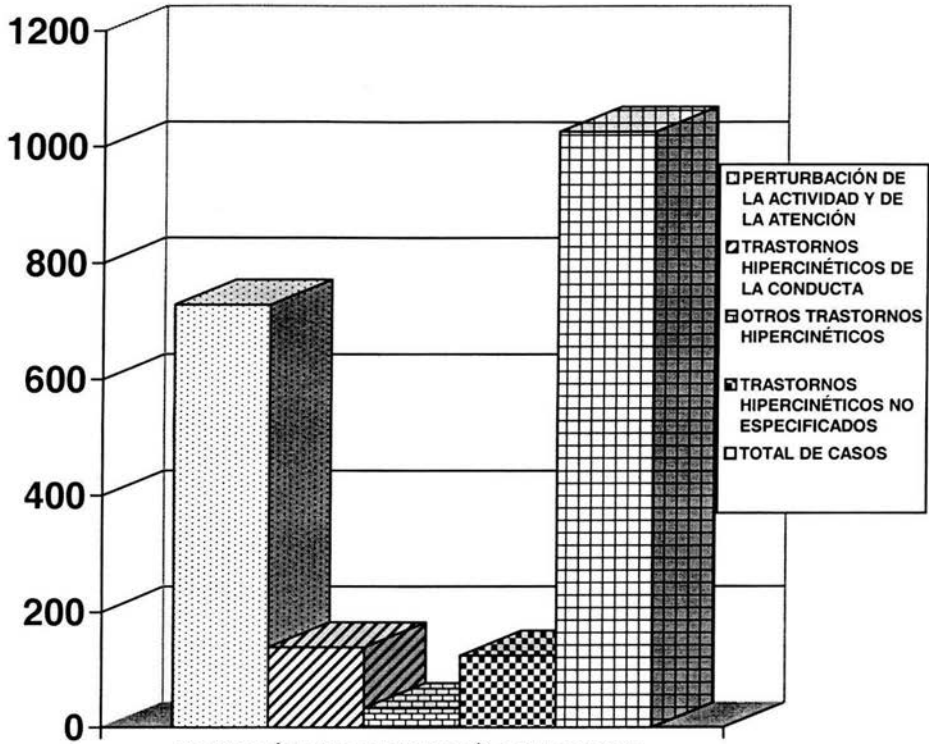
La perturbación de la actividad y de la Atención se convierte en un padecimiento recurrente del menor respecto de los casos atendidos por el nosocomio en estudio, ya que al igual que los anteriores años, éste experimenta un incremento exponencial imperante en sí mismo en virtud de duplicarse, sin embargo, los casos de Trastornos Hipercinéticos de la conducta y Trastornos Hipercinéticos no Especificados se ven escasamente incrementados en este ciclo temporal. No desconociendo que en estos tres años de análisis las cifras de casos de padecimientos mentales fueron ascendentes.

En este sentido el comportamiento de la gráfica continúa posicionando al primer padecimiento enumerado en la tabla.

GRÁFICA

3

NÚMERO DE CASOS HIPERCINÉTICOS EN EL AÑO DE 2000.



FUENTE: ÁREA EPIDEMIOLOGÍA DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO" DEL 4 DE
AGOSTO DE 2003

Interpretación :

Los casos relacionados con Padecimientos Mentales Hipercinéticos quedan documentados para el año 2001 de la siguiente manera, de acuerdo al Hospital Psiquiátrico infantil Dr. "Juan N. Navarro".

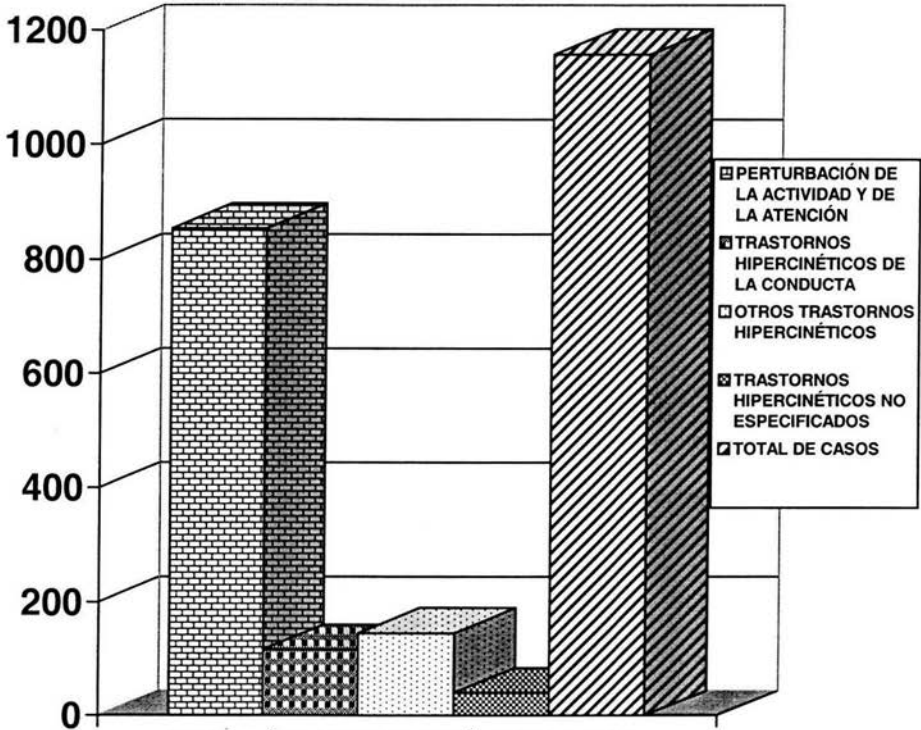
CASOS RELACIONADOS CON PADECIMIENTOS MENTALES HIPERCINÉTICOS	
CASOS HIPERCINÉTICOS	NÚMERO DE CASOS EN EL AÑO 2001
PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	854
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS DE LA CONDUCTA	117
OTROS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	146
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS NO ESPECIFICADOS	41
TOTAL DE CASOS	1158

En definitiva y de manera alarmante se confirma que la Perturbación de la Actividad y de la Atención en el Infante es un fenómeno social posicionado como tal, es decir si, si tomamos en cuenta que las cifras descritas en todos y cada uno de los años analizados, a simple vista se detecta que diametralmente su proyección de contrapicada jerarquiza la posición de la tabla y de la gráfica, por lo que en el mundo real es la constante.

GRÁFICA

4

NÚMERO DE CASOS HIPERCINÉTICOS EN EL AÑO DE 2001.



FUENTE: ÁREA EPIDEMIOLOGÍA DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO" DEL 4 DE
AGOSTO DE 2003

Interpretación :

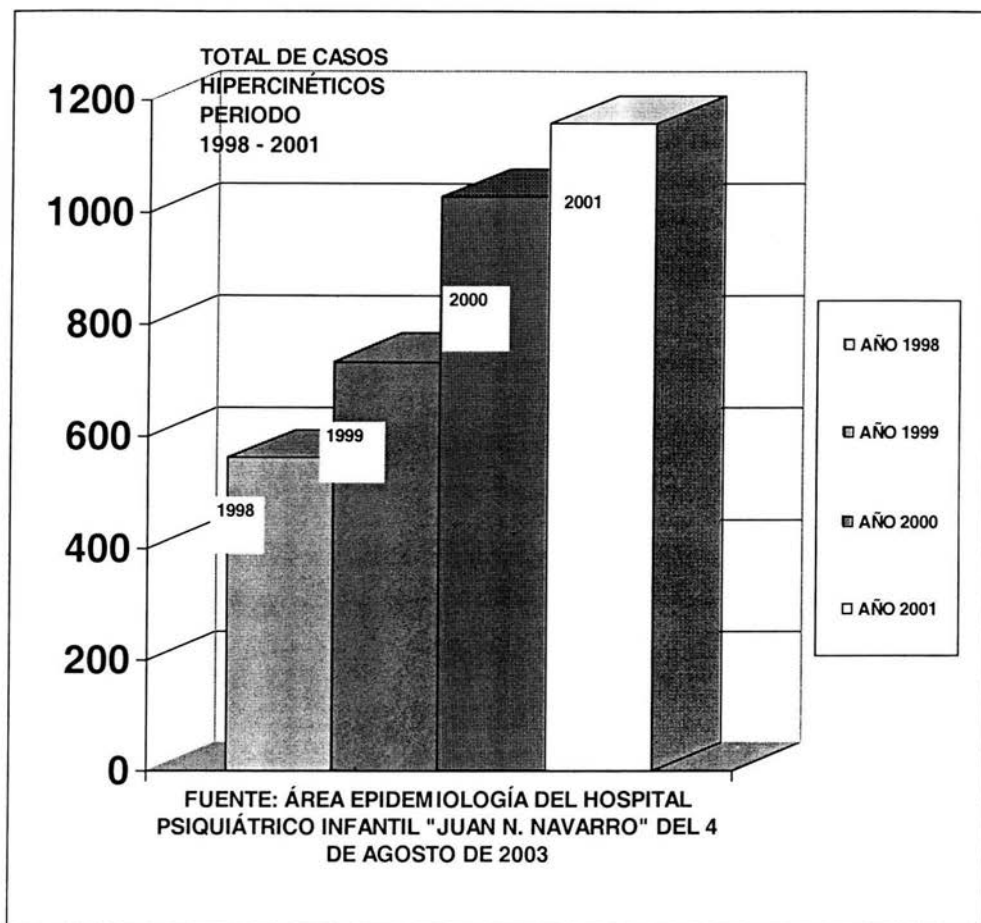
Los casos relacionados con Padecimientos Mentales Hipercinéticos quedan documentados en la presente tabla bajo los años 1998, 1999, 2000, 2001, siendo el resultado total del periodo aportado, atento al número de pacientes registrados por el Hospital Psiquiátrico infantil Dr. "Juan N. Navarro".

CASOS RELACIONADOS CON PADECIMIENTOS MENTALES HIPERCINÉTICOS POR AÑO					
CASOS	1998	1999	2000	2001	TOTAL
PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	464	557	729	854	2604
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS DE LA CONDUCTA	40	59	139	117	355
OTROS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	33	31	34	146	244
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS NO ESPECIFICADOS	24	86	125	41	276
TOTAL GENERAL DE CASOS	561	733	1027	1158	3479

El comportamiento en cifras por número de pacientes totales atendidos por el nosocomio corrobora que el fenómeno de la Perturbación de la Actividad y de la Atención del Niño es grave si consideramos que en estos mismos cuatro años sólo se reportaron 276 casos de trastornos hipercinéticos con carácter no especificados en comparación a los 2604 casos de la perturbación de la actividad y de la atención al menor. Y es así que la gráfica de manera general experimenta una constante ascendente permitiendo interpretar que la recurrencia general de los padecimientos mentales hipercinéticos va en aumento.

GRÁFICA
5

TOTAL DE CASOS HIPERCINÉTICOS PERIODO 1998-2001.



Interpretación :

Los casos relacionados con el Maltrato de Abuso Sexual quedan documentados para el año 1998 de la siguiente manera, de acuerdo al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro".

CASOS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL	
CASOS DE ABUSO SEXUAL	NÚMERO DE CASOS EN EL AÑO 1998
PROBLEMAS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL DEL NIÑO	1
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO SEXUAL POR PERSONA AJENA	10
TOTAL DE CASOS	11

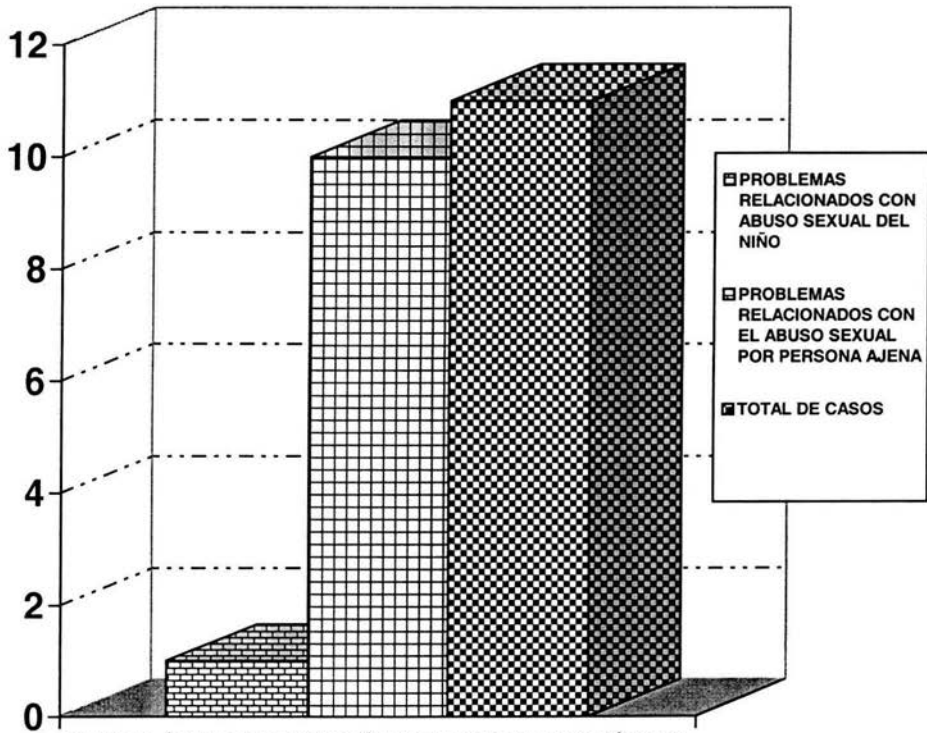
Por la complejidad y la fenomenología y de los instrumentos legales, los casos relacionados con esta pandemia social, se ven reflejados en las cifras, ya que significativamente están muy por debajo los números expuestos en la temática anterior, por lo que se infiere que los casos reportados y relacionados con el abuso sexual tienen matices casuísticos en virtud de que los pacientes que ingresan para su atención no es de abuso sexual en la mayor parte de los casos, sin embargo, durante el proceso de asistencia la institución detecta estos abusos como consecuencia del problema de referencia. Institución que se ve facultada para atender casos relacionados con abuso sexual cuando son confirmados desde el punto de vista médico.

Con relación a lo comentado en el año de 1998 sólo se registraron 11 casos directamente vinculados con el abuso sexual en el infante.

GRÁFICA

6

NÚMERO DE CASOS RELACIONADOS CON EL ABUSO SEXUAL EN EL AÑO DE 1998.



FUENTE: ÁREA EPIDEMIOLOGÍA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO" DEL 4 DE AGOSTO DE 2003

Interpretación :

Los casos relacionados con el Maltrato de Abuso Sexual quedan documentados para el año 1999 de la siguiente manera, de acuerdo al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro".

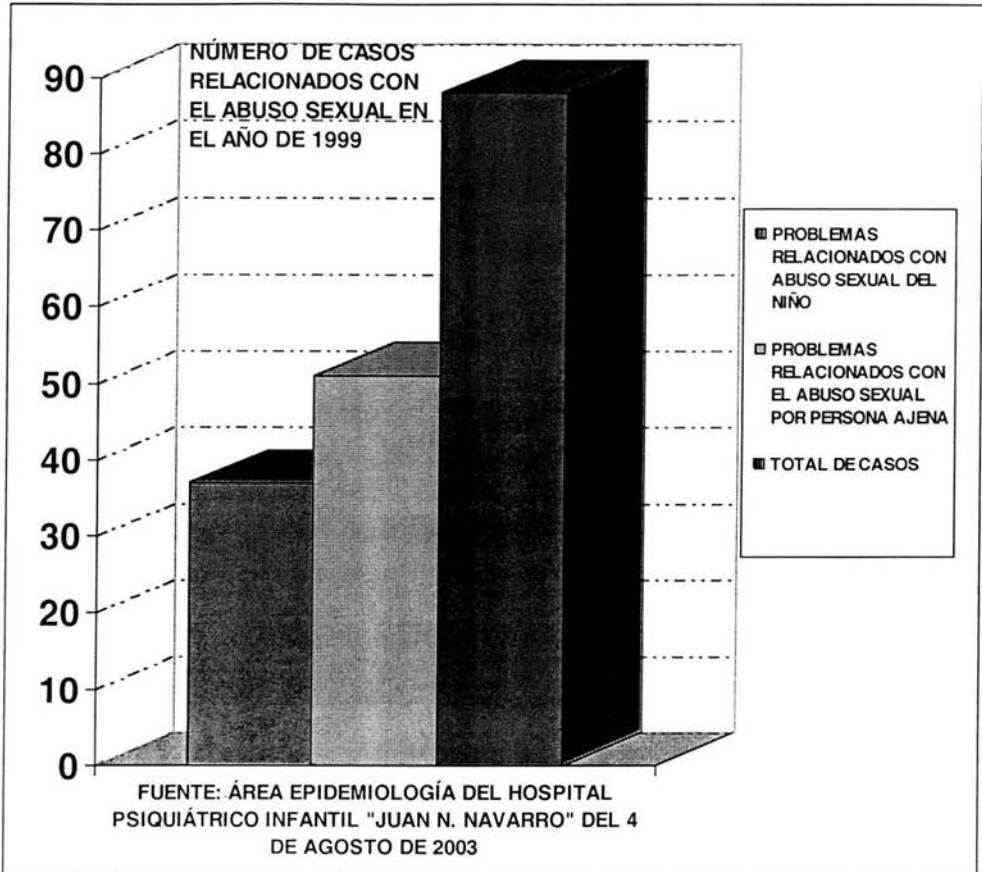
CASOS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL	
CASOS DE ABUSO SEXUAL	NÚMERO DE CASOS EN EL AÑO 1999
PROBLEMAS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL DEL NIÑO	37
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO SEXUAL POR PERSONA AJENA	51
TOTAL DE CASOS	88

El año de 1999, observa un incremento de casos con relación al año anterior, reportando 88 conductas provocadas al menor en esta temática en análisis. El comportamiento de la gráfica se ve representado por unas barras escalonadas que describen este incremento en comparación a la gráfica del año anterior.

GRÁFICA

7

NÚMERO DE CASOS RELACIONADOS CON EL ABUSO SEXUAL EN EL AÑO DE 1999.



Interpretación :

Los casos relacionados con el Maltrato de Abuso Sexual quedan documentados para el año 2000 de la siguiente manera, de acuerdo al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro".

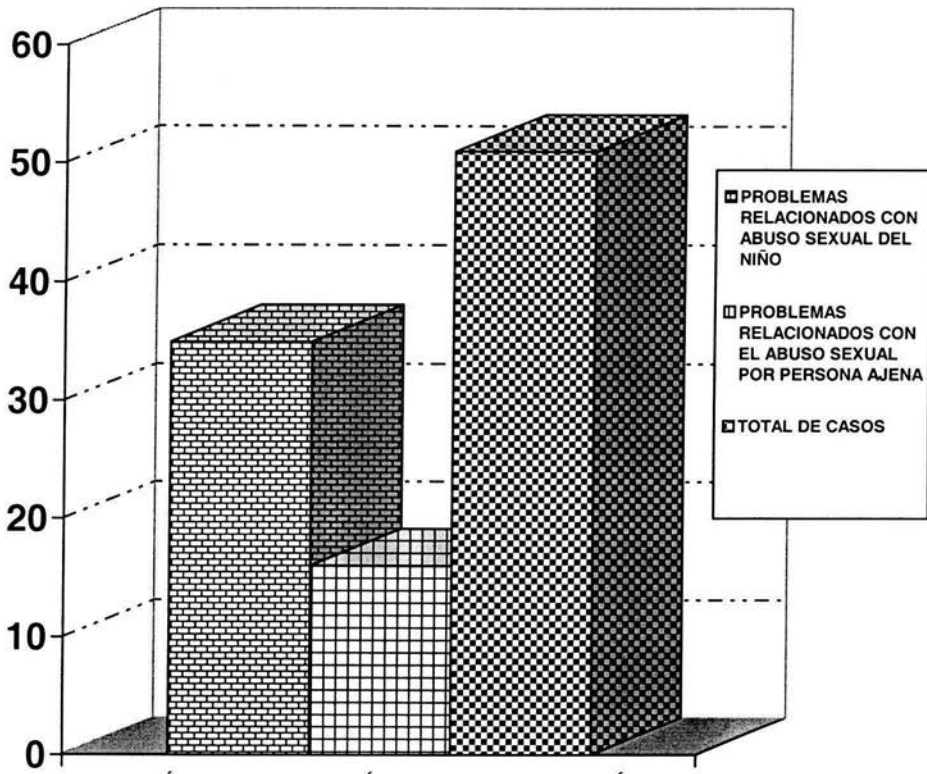
CASOS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL	
CASOS DE ABUSO SEXUAL	NÚMERO DE CASOS EN EL AÑO 2000
PROBLEMAS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL DEL NIÑO	35
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO SEXUAL POR PERSONA AJENA	16
TOTAL DE CASOS	51

Los casos relacionados con el abuso sexual en el menor se ven reflejados minimamente con relación a las cifras documentadas en el año anterior, si bien es cierto se observa una disminución, lo es cierto también que esta continúa con un número considerable de casos (51), frente a los 11 que reporta el año de 1998.

La gráfica experimenta una disminución en los casos relacionados con el abusos sexual por persona ajena en relación señalados por la institución como problemas relacionados con el abuso sexual del niño propiamente, los que se ven incrementados y que revierten el posicionamiento de la tendencia en las dos gráficas anteriores de los años 1998, 1999.

**GRÁFICO
8**

**NÚMERO DE CASOS RELACIONADOS CON EL ABUSO SEXUAL EN EL AÑO
2000.**



FUENTE: ÁREA EPIDEMIOLOGÍA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
INFANTIL "JUAN N. NAVARRO" DEL 4 DE AGOSTO DE 2003

Interpretación :

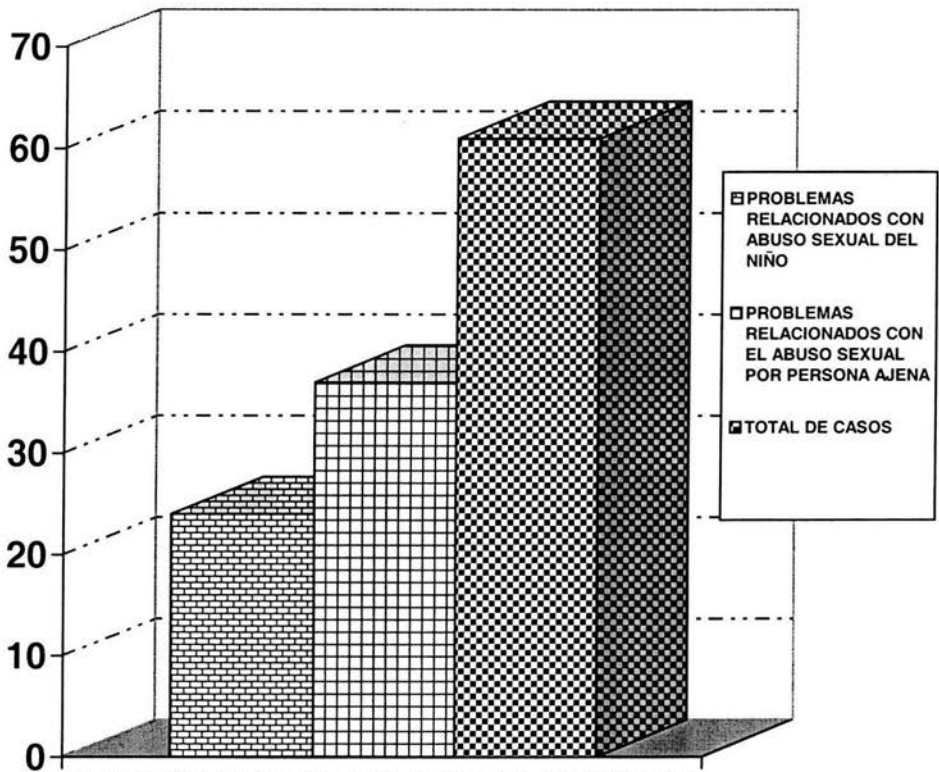
Los casos relacionados con el Maltrato de Abuso Sexual quedan documentados para el año 2001 de la siguiente manera, de acuerdo al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro".

CASOS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL	
CASOS DE ABUSO SEXUAL	NÚMERO DE CASOS EN EL AÑO 2001
PROBLEMAS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL DEL NIÑO	24
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO SEXUAL POR PERSONA AJENA	37
TOTAL DE CASOS	61

Ligeramente se incrementan los casos de abuso sexual en el menor, siendo reportados concretamente 61 casos que representan un incremento en 10 casos más con relación con los 51 casos reportados en el año 2000. Así mismo, en la interpretación de la gráfica se observa una tendencia a igualarse estos dos parámetros reportados por el nosocomio, ya que estos dos mismos parámetros en el año anterior se ven polarizados.

**GRÁFICA
9**

NÚMERO DE CASOS RELACIONADOS CON EL ABUSO SEXUAL EN EL AÑO DE 2001.



FUENTE: ÁREA EPIDEMIOLOGÍA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO" DEL 4 DE AGOSTO DE 2003

Interpretación :

Total general de casos relacionados con el Maltrato de Abuso Sexual documentados para los años 1998, 1999, 2000, 2001, de acuerdo al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro".

CASOS DE ABUSO SEXUAL	1998	1999	2000	2001	TOTAL
PROBLEMAS RELACIONADOS CON ABUSO SEXUAL DEL NIÑO	1	37	35	24	97
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO SEXUAL POR PERSONA AJENA	10	51	16	37	114
TOTAL GENERAL DE CASOS	11	88	51	61	211

Dentro del periodo de casos registrados relativos al abuso sexual en el menor, éstos arrojan un total general de 211 casos concretos, circunstancia que se ve desfragmentada de la siguiente manera:

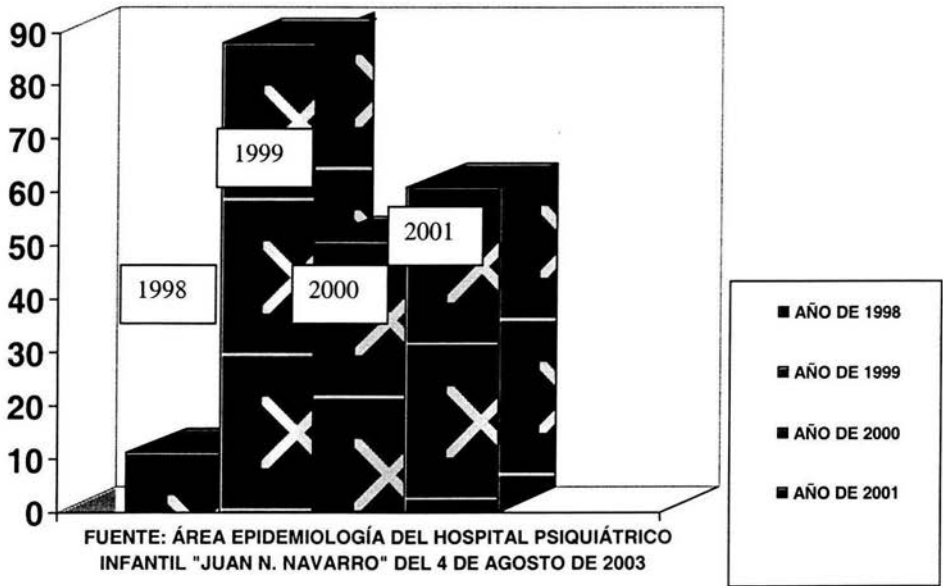
En la posición jerárquica de números de casos reportados se encuentran los documentados en el año de 1999, siguiéndole los del año de 2001, encontrando que en tercer lugar está el año de 2000, y en el último lugar de la tabla se encuentra el año de 1998 con sólo 11 casos registrados de abusos sexuales al infante; posicionamientos que se ven reflejados en sus respectivos íconos de la gráfica correspondiente, mediante la cual se puede observar que el año crítico en este fenómeno en estudio lo fue el año 1999, previendo que en el siguiente año existió una considerable baja e incremento ligero respectivamente; sin embargo, para el año 2001, nuevamente se posiciona este

fenómeno incrementando el porcentaje de casos de abusos sexual en el menor, circunstancia que se esperaría de manera ideal que fuera la excepción o que fueran menos de los que reporta el año de 1998.

Es necesario aclarar que con forme a los datos proporcionados por este H. Hospital, relativos a los dos parámetros de referencia relacionados con abuso sexual del menor, no detalla las características o lo que se debe entender por problemas relacionados con el abuso sexual por persona ajena ni tampoco nos dice a que se refiere por problemas relacionados con el abuso sexual del niño y sólo se remite a documentar los números de casos que le llegan para su asistencia o que se derivan de la atención de otros síntomas patológicos.

**GRÁFICA
10**

**TOTAL DE CASOS RELACIONADOS CON EL ABUSO
SEXUAL PERIODO 1998-2001.**



Interpretación. En esta monografía se presentan algunas enfermedades mentales a manera de ejemplo, y que a su vez son atendidas por una Institución de Salud, como lo es el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro"; enfermedades denominadas Trastornos de la Conducta, Trastornos de la Comunicación y los tipos de Psiconeurosis y sus variantes; de los padecimientos anteriores se contempló el de mayor afluencia que corresponde a los trastornos hiperkinéticos y sus variaciones, ya que el propósito de esta presentación es ejemplificarlos, encontrando que a querer o no, se encuentran directa o indirectamente vinculadas al maltrato, ya que como se demostró, algunas instituciones de salud, y las especializadas en padecimientos mentales como lo es el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro"; documentan en su quehacer y razón de ser estas enfermedades y maltrato al menor.

En este sentido, el contenido de esta exposición es dar a conocer algunos ejemplos de lo citado, en virtud de que se trata de un tema que pudiese ser lo bastante extenso pero que por razones de la delimitación a la que se ha circunscrito sólo se aboca a mencionar estas enfermedades mentales en cita y de maltrato infantil.

De esta manera se pretende hacer una vinculación entre la relación que existe entre algunos tipos de enfermedades mentales como ya se citaron y algunos tipos de maltrato al niño como lo son: psicológico o emocional, físico, abandono o negligencia, abuso y explotación sexual, explotación laboral, corrupción, de los cuales, se resalta que el rubro relativo a maltrato de abuso sexual es el de mayor frecuencia que atendió durante el periodo de análisis el nosocomio objeto de estudio.

Es necesario aclarar que por lo que hace a la información utilizada en este trabajo, sólo forma parte de una aportación que el hospital proporcione, y que en ningún caso, se puede aseverar que forma parte de un todo, ya que por las inercias políticas y de las propias políticas gubernamentales que guarda la propia institución, no fue posible tener acceso a más datos, por lo que aclara que existieron dificultades para la obtención de más información o elementos que pudiesen haber enriquecido y aportado a la presente monografía; remitiéndose exclusivamente a la elaboración de un estudio cuantitativo-cualitativo a partir de los casos reportados y atendidos por este centro de salud mental.

CONCLUSIONES

Dentro del marco referencial en el que se abordaron dos temáticas sociales, y que se vieron delimitados de forma explícita por así haberlo planteado, se afirma que el Maltrato al Infante y Padecimientos Mentales, coexisten como problemas que en la práctica provocan angustia social. Motivo toral para su estudio, ya que si bien es cierto, la complejidad de la temática abordada puede dar una mayor compenetrabilidad y extensión; en el presente, sólo se elaboró un marco referencial dentro del contenido de los primeros dos capítulos, consistente en mostrar de manera breve y sucinta, algunas variantes dentro del maltrato infantil y varios tipos de padecimientos mentales, respectivamente.

En este orden de ideas, la razón de ser del capítulo tercero tuvo como finalidad hacer un reporte basado en el análisis cuantitativo y cualitativo de los capítulos anteriores, y que por ende estuvo sustentado con algunos datos documentados por el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro", respecto de los casos que atendió en los periodos de 1998 a 2001, de Maltrato al Niño; y por lo que hace a los Padecimientos Mentales dentro del periodo comprendido del año 1998 a 2001, encontrando como resultado del análisis de este capítulo variantes de comportamiento expresados en sus respectivas gráficas, por lo que es de resaltar dentro de la integralidad del análisis lo siguiente:

- **Se detecta que dentro de las modalidades de Maltrato a Infantes, el clasificado como Abuso Sexual, es el de mayor representatividad por ser el que atendió la institución de salud con mayor frecuencia, respecto de los otros tipos de maltratos al menor, y a su vez este tipo de abuso sexual se concibe y divide en dos rubros para su mejor comprensión, siendo los llamados problemas relacionados con Abusos Sexual del Niño y Problemas Relacionados con el Abuso Sexual por Persona Ajena; en el que a su vez, este último prevalece con mayor número de caso reportados frente al otro tipo.**

- Se observa mayor número de casos con Trastorno de Hiperkinésia, englobando a los de perturbación de la actividad y de la atención, trastornos hiperkinéticos de la conducta, otros y no especificados; frente a otros tipos de padecimientos mentales. Así, en conjunción, se detecta como primer acercamiento y punto de reflexión debidamente formulada y estructurada, que dentro del contenido de este trabajo, el Abuso Sexual en el menor y las Enfermedades Mentales, van en aumento desde el año de 1998 hasta el año de 2001, periodo que comprende este trabajo.
- Se corrobora que dentro de la inercia de los campos organizacionales que conforman la burocracia institucional y concretamente el de los sectores de salud, no permiten un substancial avance en trabajos de investigación como lo es en el presente, ya que, concretamente, si el hospital permitiera el acceso a la información por conducto de las autoridades que lo presiden, y hubiesen otorgado las facilidades para proporcionar una apertura de la información requerida, se hubiera robustecido este análisis. En consecuencia, no se cumple el espíritu consagrado en esta política pública del actual gobierno federal (2000-2006), en el sentido de la Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y el Combate a la Corrupción, ya que al momento de elaborar este trabajo se tuvieron que elaborar dos protocolos de investigación para poder acceder a la documentación oficial y que no fueron tomados en consideración.
- El tema de Maltrato al Menor en la vertiente de Abuso Sexual y Padecimientos Mentales, se encuentra en un estadio de cifras negras ya que el ocultamiento de las mismas por parte del Gobierno Federal, no permite que se conozcan por tratarse de políticas de Estado que pueden acarrear o desencadenar otros problemas con los de demanda en la asistencia médica y de las condiciones en las que se encuentran este tipo de menores en lo personal, y que en sí mismo la falta de atención puede

provocar también algún tipo de maltrato, y que, en consecuencia, se daría este maltrato, pero ahora generado desde o por las instituciones.

- Desde la perspectiva del Licenciado en Trabajo Social, su participación dentro de las instituciones que atienden el fenómeno del maltrato a los infantes, así como los padecimientos mentales, debe abocarse en desarrollar los casos desde el enfoque sistémico, ya que si bien es cierto que la familia es un sistema abierto organizacionalmente separado del exterior, por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites y diferentes grados de permeabilidad y diversas formas de jerarquización interna, se requiere influir directamente con la familia para integrar de forma permanente la seguridad del menor, iniciando con el primer foco de incidencia del maltrato y a su vez la sensibilidad que la familia tiene que adoptar cuando un integrante del sistema tiene un padecimiento mental, por lo tanto, la terapia familiar es una alternativa para mejorar la calidad de vida en el infante y su entorno social.
- La participación del Licenciado en Trabajo Social, es un factor de cambio para la transformación de estos fenómenos sociales que aquejan al país; así como asumir su papel de manera contundente y eficaz dentro de las disciplinas sociales, ya que en esta era de las multitudes, no puede estar exento de los cambios sociales que experimenta el país.

BIBLIOGRAFÍA

- BARUDY LABRIN, JORGE. El dolor invisible de la infancia. Ed. Paidós. Barcelona, España, 1998.
- V. S., POKROVSKI Y OTROS. Historia de las Ideas Políticas. Capítulo II . Las Teorías Políticas de la Antigua Grecia. Ed. Grijalbo.1966. Traducción de -Del Ruso al Castellano por Carlos Marín Sánchez.
- ARRUABARRENA MADARIAGA, MARIA IGNACIA, JUAQUIN PAUL. Maltrato a los niños en familia. Ed. Pirámide. Madrid, España, 1994.
- BELSKY, JANET K., "Psicología del niño: teoría, investigaciones e intervenciones", Ed. Masson, México, 1996.
- ALTRIGOYEN, MARIE FRANCE. El acoso moral: el maltrato psicológico en la vida cotidiana. Ed. Paidós-Iberica. Barcelona, Argentina, 1999.
- LIBERMAN FLORENCE. Trabajo social el niño y su familia. ED. Pax México, México DF, 1987.
- DUBOWITZ, VICTOR, "Coloratlas: Enfermedades en la infancia", Ed. Mosby, Madrid, España, 1992.
- WESTERMAN GROSMAN. Maltrato al menor. Buenos Aires, Argentina, 1992.
- GALLARDO CRUZ, JOSÉ ANTONIO. Malos tratos a los niños. Ed. Narcea, S.A. España, 1988
- KAUFMAN, GERSHEN, "Psicología de la vergüenza: teoría y tratamiento de sus síndromes", Ed. Herder, Barcelona, España, 1994
- KEMPE, RUTH, HENRY KEMPE, "Niños maltratados", Ed. Morata, Madrid España, 1979.
- KEMPE, C. HENRY, "Diagnostico y tratamiento pediátricos", Ed. Manual moderno, México, 1985.
- FONTANA VINCENT J. En Defensa del Niño Maltratado. Ed. Pax. México., 1979. p. 98
- SIMON RUEDA, CECILIA, LÓPEZ TABOADA, LINAZA IGLESIAS. "Maltrato y Desarrollo Infantil"; "Psicología Infantil", Ed. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2000
- SERAPIO RICHAREL ZALBA. El niño maltratado. Ed. Humanitas, Abril 1986.

WAHEN PATER El abuso contra los niños. Ed. Grijalva, México DF, 1986.

TONON, GRACIELA. Maltrato infantil intrafamiliar; una propuesta de intervención. Ed. Espacio. Buenos aires, Argentina, 2001.

DIF/UNICEF/CIESAS. "Niñas y niños víctimas de explotación sexual en México". Ed. Especial del Gobierno del DF.2000.

Organización Internacional del Trabajo (OIT)., Convención N° 182, 1999

FEDGERSON CHASE, NAOMI. Un niño ha sido golpeado. Ed. Diana México DF. 1984.

WHITTAGER O. JAMES, WHITTAKER, J. SANDRA. "Introducción a la Psicología", Ed. Interamericana, S.A. de CV. México, 1990.

Organización Mundial de la Salud. Manual de Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE 10. (OMS).

- DICCIONARIOS

"EL PEQUEÑO LAROUSSE". Diccionario. Año 1999.

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO DE DERECHO USUAL. Ed. Helcosta, Buenos Aires, 1989.

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO GRAN SOPENA, Ed. Ramón Sopena, Grolier Internacional, Barcelona España 1973.

ENCICLOPEDIA MICROSOFT ENCARTA 2001. 1993-2000 Microsoft Corporation.

- HEMEROGRAFIA CONSULTADA

Revista Rompan Filas. Familia Escuela Sociedad. N° 51 Año 2002 Reportaje, EL MALTRATO INFANTIL, Por René Chargoy Guajardo.

Cuadernos de Pedagogía, ESCUELA Y MALTRATO INFANTIL. N° 310 Febrero de 2002.

- CONSULTA INTERNET

http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm, "Declaración Universal de Derechos Humanos", 1998.

http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm, "Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental", 1991.

http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm, "Convención sobre los derechos del niño", 1989.

<http://www.sadopsantafe.org.ar/convenio.html>, "C182 Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil", 1999.

<http://quidel.inele.ufro.cl/discap/html/Tipos/Tipos.htm>. Tipos de padecimientos mentales. 1999.

A N E X O S.

“DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, APROBADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS EL 20 DE NOVIEMBRE DE 1959

Artículo 1º. El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración.

Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Artículo 2º. El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Artículo 3º. El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

Artículo 4º. El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Artículo 5º. El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

Artículo 6º. El niño, para el pleno 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 afecto y de seguridad moral y material; salvo 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. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Artículo 7º. El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres. El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Artículo 8º. El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

Artículo 9º. El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación.

No será objeto de ningún tipo de trata. 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 educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Artículo 10º. El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa, o de cualquiera otra 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".¹⁰⁹

¹⁰⁹ http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm.

“CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Adoptada y Abierta a la Firma y Ratificación por la Asamblea General en su
Resolución 44/25, de 20 de Noviembre de 1989

PARTE I

Artículo 1.- Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 2: 1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

Artículo 3.- 1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Artículo 4.- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

Artículo 5.- Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

Artículo 6.- 1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Artículo 7.- 1. El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.

2. Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.

Artículo 8.-1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.

2. Cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad.

Artículo 9.-1. Los Estados Partes velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.

2. En cualquier procedimiento entablado de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones.

3. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.

4. Cuando esa separación sea resultado de una medida adoptada por un Estado Parte, como la detención, el encarcelamiento, el exilio, la deportación o la muerte (incluido el fallecimiento debido a cualquier causa mientras la persona esté bajo la custodia del Estado) de uno de los padres del niño, o de ambos, o del niño, el Estado Parte proporcionará, cuando se le pida, a los padres, al niño o, si procede, a otro familiar, información básica acerca del paradero del familiar o familiares ausentes, a no ser que ello resultase perjudicial para el bienestar del niño. Los Estados Partes se cerciorarán, además, de que la presentación de tal petición no entrañe por sí misma consecuencias desfavorables para la persona o personas interesadas.

Artículo 10.-1. De conformidad con la obligación que incumbe a los Estados Partes a tenor de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 9, toda solicitud hecha por un niño o por sus padres para entrar en un Estado Parte o para salir de él a los efectos de la reunión de la familia será atendida por los Estados Partes de manera positiva, humanitaria y expeditiva. Los Estados Partes garantizarán, además, que la presentación de tal petición no traerá consecuencias desfavorables para los peticionarios ni para sus familiares.

2. El niño cuyos padres residan en Estados diferentes tendrá derecho a mantener periódicamente, salvo en circunstancias excepcionales, relaciones personales y contactos directos con ambos padres. Con tal fin, y de conformidad con la obligación asumida por los Estados Partes en virtud del párrafo 1 del artículo 9, los Estados Partes respetarán el derecho del niño y de sus padres a salir de cualquier país, incluido el propio, y de entrar en su propio país. El derecho de salir de cualquier país estará sujeto solamente a las restricciones estipuladas por ley y que sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de otras personas y que estén en consonancia con los demás derechos reconocidos por la presente Convención.

Artículo 11.- 1. Los Estados Partes adoptarán medidas para luchar contra los traslados ilícitos de niños al extranjero y la retención ilícita de niños en el extranjero.

2. Para este fin, los Estados Partes promoverán la concertación de acuerdos bilaterales o multilaterales o la adhesión a acuerdos existentes.

Artículo 12.- 1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Artículo 13.- 1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.

2. El ejercicio de tal derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevea y sean necesarias:

a) Para el respeto de los derechos o la reputación de los demás; o

b) Para la protección de la seguridad nacional o el orden público o para proteger la salud o la moral públicas.

Artículo 14.- 1. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.

2. Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades.

3. La libertad de profesar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la moral o la salud públicos o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

Artículo 15.- 1. Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.

2. No se impondrán restricciones al ejercicio de estos derechos distintas de las establecidas de conformidad con la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional o pública, el orden público, la protección de la salud y la moral públicas o la protección de los derechos y libertades de los demás.

Artículo 16.- 1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.

2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

Artículo 17.- Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental. Con tal objeto, los Estados Partes:

a) Alentarán a los medios de comunicación a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño, de conformidad con el espíritu del artículo 29;

b) Promoverán la cooperación internacional en la producción, el intercambio y la difusión de esa información y esos materiales procedentes de diversas fuentes culturales, nacionales e internacionales;

c) Alentarán la producción y difusión de libros para niños;

d) Alentarán a los medios de comunicación a que tengan particularmente en cuenta las necesidades lingüísticas del niño perteneciente a un grupo minoritario o que sea indígena;

e) Promoverán la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar, teniendo en cuenta las disposiciones de los artículos 13 y 18.

Artículo 18.- 1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas.

Artículo 19.- 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Artículo 20.- 1. Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado.

2. Los Estados Partes garantizarán, de conformidad con sus leyes nacionales, otros tipos de cuidado para esos niños.

3. Entre esos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en hogares de guarda, la kafala del derecho islámico, la adopción o de ser necesario, la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores. Al considerar las soluciones, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.

Artículo 21.- Los Estados Partes que reconocen o permiten el sistema de adopción cuidarán de que el interés superior del niño sea la consideración primordial y:

a) Velarán por que la adopción del niño sólo sea autorizada por las autoridades competentes, las que determinarán, con arreglo a las leyes y a los procedimientos aplicables y sobre la base de toda la información pertinente y fidedigna, que la adopción es admisible en vista de la situación jurídica del niño en relación con sus padres, parientes y representantes legales y que, cuando así se requiera, las personas interesadas hayan dado con conocimiento de causa su consentimiento a la adopción sobre la base del asesoramiento que pueda ser necesario;

b) Reconocerán que la adopción en otro país puede ser considerada como otro medio de cuidar del niño, en el caso de que éste no pueda ser colocado en un hogar de guarda o entregado a una familia adoptiva o no pueda ser atendido de manera adecuada en el país de origen;

c) Velarán por que el niño que haya de ser adoptado en otro país goce de salvaguardias y normas equivalentes a las existentes respecto de la adopción en el país de origen;

d) Adoptarán todas las medidas apropiadas para garantizar que, en el caso de adopción en otro país, la colocación no dé lugar a beneficios financieros indebidos para quienes participan en ella;

e) Promoverán, cuando corresponda, los objetivos del presente artículo mediante la concertación de arreglos o acuerdos bilaterales o multilaterales y se esforzarán, dentro de este marco, por garantizar que la colocación del niño en otro país se efectúe por medio de las autoridades u organismos competentes.

Artículo 22.- 1. Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para lograr que el niño que trate de obtener el estatuto de refugiado o que sea considerado refugiado de conformidad con el derecho y los procedimientos internacionales o internos aplicables reciba, tanto si está solo como si está acompañado de sus padres o de cualquier otra persona, la protección y la asistencia humanitaria adecuadas para el disfrute de los derechos pertinentes enunciados en la presente Convención y en otros instrumentos

internacionales de derechos humanos o de carácter humanitario en que dichos Estados sean partes.

2. A tal efecto los Estados Partes cooperarán, en la forma que estimen apropiada, en todos los esfuerzos de las Naciones Unidas y demás organizaciones intergubernamentales competentes u organizaciones no gubernamentales que cooperen con las Naciones Unidas por proteger y ayudar a todo niño refugiado y localizar a sus padres o a otros miembros de su familia, a fin de obtener la información necesaria para que se reúna con su familia. En los casos en que no se pueda localizar a ninguno de los padres o miembros de la familia, se concederá al niño la misma protección que a cualquier otro niño privado permanente o temporalmente de su medio familiar, por cualquier motivo, como se dispone en la presente Convención.

Artículo 23.- 1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.

3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 24.- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 25.- Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Artículo 26.- 1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.

2. Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del

mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.

Artículo 27.- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.

3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

Artículo 28.- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:

- a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
- b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad;
- c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados;
- d) Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas;
- e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar.

2. Los Estados Partes adoptarán cuantas medidas sean adecuadas para velar por que la disciplina escolar se administre de modo compatible con la dignidad humana del niño y de conformidad con la presente Convención.

3. Los Estados Partes fomentarán y alentarán la cooperación internacional en cuestiones de educación, en particular a fin de contribuir a eliminar la ignorancia y el analfabetismo en todo el mundo y de facilitar el acceso a los conocimientos técnicos y a los métodos modernos de enseñanza. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 29. Observación general sobre su aplicación

1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:

a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;

b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;

c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya;

d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena;

e) Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural.

2. Nada de lo dispuesto en el presente artículo o en el artículo 28 se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares y de las entidades para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, a condición de que se respeten los principios enunciados en el párrafo 1 del presente artículo y de que la educación impartida en tales instituciones se ajuste a las normas mínimas que prescriba el Estado.

Artículo 30.- En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.

Artículo 31.- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

Artículo 32.- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

2. Los Estados Partes adoptarán medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales para garantizar la aplicación del presente artículo. Con ese propósito y teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales, los Estados Partes, en particular:

- a) Fijarán una edad o edades mínimas para trabajar;
- b) Dispondrán la reglamentación apropiada de los horarios y condiciones de trabajo;
- c) Estipularán las penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación efectiva del presente artículo.

Artículo 33.- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.

Artículo 34.- Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
- c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

Artículo 35.- Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma.

Artículo 36.- Los Estados Partes protegerán al niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar.

Artículo 37.- Los Estados Partes velarán por que:

- a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. No se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad;

b) Ningún niño sea privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, el encarcelamiento o la prisión de un niño se llevará a cabo de conformidad con la ley y se utilizará tan sólo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda;

c) Todo niño privado de libertad sea tratado con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y de manera que se tengan en cuenta las necesidades de las personas de su edad. En particular, todo niño privado de libertad estará separado de los adultos, a menos que ello se considere contrario al interés superior del niño, y tendrá derecho a mantener contacto con su familia por medio de correspondencia y de visitas, salvo en circunstancias excepcionales;

d) Todo niño privado de su libertad tendrá derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de su libertad ante un tribunal u otra autoridad competente, independiente e imparcial y a una pronta decisión sobre dicha acción.

Artículo 38.- 1. Los Estados Partes se comprometen a respetar y velar por que se respeten las normas del derecho internacional humanitario que les sean aplicables en los conflictos armados y que sean pertinentes para el niño.

2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar que las personas que aún no hayan cumplido los 15 años de edad no participen directamente en las hostilidades.

3. Los Estados Partes se abstendrán de reclutar en las fuerzas armadas a las personas que no hayan cumplido los 15 años de edad. Si reclutan personas que hayan cumplido 15 años, pero que sean menores de 18, los Estados Partes procurarán dar prioridad a los de más edad.

4. De conformidad con las obligaciones dimanadas del derecho internacional humanitario de proteger a la población civil durante los conflictos armados, los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar la protección y el cuidado de los niños afectados por un conflicto armado.

Artículo 39.- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

Artículo 40.- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros y en la que se tengan en cuenta la edad del

niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad.

2. Con este fin, y habida cuenta de las disposiciones pertinentes de los instrumentos internacionales, los Estados Partes garantizarán, en particular:

a) Que no se alegue que ningún niño ha infringido las leyes penales, ni se acuse o declare culpable a ningún niño de haber infringido esas leyes, por actos u omisiones que no estaban prohibidos por las leyes nacionales o internacionales en el momento en que se cometieron;

b) Que a todo niño del que se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse de haber infringido esas leyes se le garantice, por lo menos, lo siguiente:

I) Que se lo presumirá inocente mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley;

II) Que será informado sin demora y directamente o, cuando sea procedente, por intermedio de sus padres o sus representantes legales, de los cargos que pesan contra él y que dispondrá de asistencia jurídica u otra asistencia apropiada en la preparación y presentación de su defensa;

III) Que la causa será dirimida sin demora por una autoridad u órgano judicial competente, independiente e imparcial en una audiencia equitativa conforme a la ley, en presencia de un asesor jurídico u otro tipo de asesor adecuado y, a menos que se considere que ello fuere contrario al interés superior del niño, teniendo en cuenta en particular su edad o situación y a sus padres o representantes legales;

IV) Que no será obligado a prestar testimonio o a declararse culpable, que podrá interrogar o hacer que se interrogue a testigos de cargo y obtener la participación y el interrogatorio de testigos de descargo en condiciones de igualdad;

V) Si se considerare que ha infringido, en efecto, las leyes penales, que esta decisión y toda medida impuesta a consecuencia de ella, serán sometidas a una autoridad u órgano judicial superior competente, independiente e imparcial, conforme a la ley;

VI) Que el niño contará con la asistencia gratuita de un intérprete si no comprende o no habla el idioma utilizado;

VII) Que se respetará plenamente su vida privada en todas las fases del procedimiento.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para promover el establecimiento de leyes, procedimientos, autoridades e instituciones específicos para los niños de quienes se alegue que han infringido las leyes penales o a quienes se acuse o declare culpables de haber infringido esas leyes, y en particular:

a) El establecimiento de una edad mínima antes de la cual se presumirá que los niños no tienen capacidad para infringir las leyes penales;

b) Siempre que sea apropiado y deseable, la adopción de medidas para tratar a esos niños sin recurrir a procedimientos judiciales, en el entendimiento de que se respetarán plenamente los derechos humanos y las garantías legales.

4. Se dispondrá de diversas medidas, tales como el cuidado, las órdenes de orientación y supervisión, el asesoramiento, la libertad vigilada, la colocación en hogares de guarda, los programas de enseñanza y formación profesional, así como otras posibilidades alternativas a la internación en instituciones, para asegurar que los niños sean tratados de manera apropiada para su bienestar y que guarde proporción tanto con sus circunstancias como con la infracción.

Artículo 41.- Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que sean más conducentes a la realización de los derechos del niño y que puedan estar recogidas en:

- a) El derecho de un Estado Parte; o
- b) El derecho internacional vigente con respecto a dicho Estado".¹¹⁰

¹¹⁰ Ibidem.