

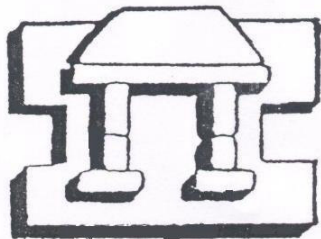


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

LA TERAPIA DE JUEGO EN EL NIÑO CON MALTRATO
FÍSICO

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
TALÍA YARED TAPIA PRIETO



IZTACALA

COMISION DICTAMINADORA
DIREC. DE TESIS: DRA. PATRICIA TRUJANO RUIZ
ASESOR: MTRA. NORMA COFFIN CABRERA
ASESOR: DR. JOSÉ DE JESÚS VARGAS FLORES

TLALNEPANTLA ESTADO DE MÉXICO, 2003



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarme la oportunidad de vivir,
de conocer este mundo y de aprender de él.

A mis padres, Guillermo y María de Lourdes,
por enseñarme la responsabilidad,
la perseverancia y el valor de la vida,
por su apoyo incondicional y
su gran amor.

A mis hijos, Aldo y Darío, que son mi estímulo,
mis ganas de vivir, y de seguir adelante.

A ti Alfredo T.A.Z., por tu motivación,
por tu apoyo moral, y tu amor.

A mis hermanos, Guillermo y Alan,
por su ayuda incondicional y su solidaridad.

A toda mi familia,
gracias por su entusiasmo y su estima.

A Paty Trujano,
por su alegría y
por transmitirme sus conocimientos.

A mis asesores,
por su orientación y apoyo.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. EL MALTRATO INFANTIL.....	8
1.1. Sus orígenes y definición.....	8
1.2. Tipos de maltrato.....	18
1.3. Estadísticas.....	27
2. GENERALIDADES DEL MALTRATO FÍSICO.....	34
2.1. Antecedentes.....	34
2.2. Aspectos Legales.....	40
2.3. Aspectos Sociales.....	55
2.4. Detección del niño maltratado.....	64
3. EL MALTRATO FISICO DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA.....	72
3.1. Posibles variables relacionadas con el ejercicio de la violencia en el menor.....	72
3.2. Factores de riesgo para que un menor se convierta en víctima y probables consecuencias.....	93
3.3. Evaluación.....	111
3.4. Tratamientos.....	134
4. LA TERAPIA DE JUEGO.....	153
4.1. Antecedentes.....	153
4.2. Teorías y aproximaciones.....	157
4.3. Tipos de juego.....	167
4.4. Como método de evaluación.....	176
4.5. Como método de tratamiento.....	185
5. ALCANCES DE LA TERAPIA DE JUEGO EN EL NIÑO CON MALTRATO A NIVEL FISICO.....	198
5.1. Terapia de juego individual.....	199
5.2. Terapia de juego en grupo.....	215

5.3. Una propuesta de intervención en la terapia de juego en niños con maltrato físico.....	218
6. CONCLUSIONES.....	223
BIBLIOGRAFÍA.....	226
ANEXOS	

RESUMEN

Una de las principales problemáticas, que a través de la historia ha presenciado y ha sido partícipe la humanidad, es el maltrato infantil. Este modo de violencia intrafamiliar, puede presentarse de diferentes formas, una de ellas, la más evidente, es la física. Las razones por las cuales este mal aún es vigente son variadas, desde las leyes que aún no están claramente definidas, pasando por la misma sociedad que llega a ser permisible, a partir de sus creencias e ideologías, y finalmente en el núcleo de ésta, la familia, donde se presentan un sinnúmero de relaciones, de las cuales cada uno de los elementos tiene su personalidad a partir de la educación y de la influencia social. Por lo tanto, las razones que originan un maltrato infantil físico son diversas, así como también sus consecuencias. De esta manera, desde el punto de vista psicológico, resulta urgente la implementación de técnicas tanto de evaluación como de tratamiento para que se resuelvan de la forma más efectiva. Una de ellas es la terapia de juego, la cual, en la presente tesis se enfoca al menor debido a que es el juego una actividad ordinaria en él; por consiguiente, puede emplearse como una forma de intervención tratarlo de modo que el niño maltratado pueda reflejar sus sentimientos y emociones, sus pensamientos y la manera como percibe el mundo, en un contexto de seguridad; en especial el niño que ha sufrido maltrato físico.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia de la humanidad la violencia ha estado presente, una de ellas es la intrafamiliar, de la cual se desprenden diferentes relaciones dentro de la familia, la que aquí se abordará es la que sufren los niños a nivel físico, denominado “maltrato infantil físico”. Dicho maltrato, se ha presentado de distintas formas a lo largo de los años, desde percibir al niño como una propiedad, hasta que se consiguió ratificar sus derechos.

Sin embargo, en la actualidad a pesar de que al menor se le ha visto como un individuo que siente, piensa y que tiene derecho a ser, aún existen agravios en contra de él. Para entender primeramente el alcance de lo que es un maltrato infantil, se presenta la siguiente definición propuesta por Loredó, que lo considera como “...una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su sociabilización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional” (1994; p. 9). Con esto se puede observar la dimensión que el maltrato abarca, y por consiguiente la multiplicidad de factores que lo rodean.

Uno de los puntos más importantes para la práctica psicológica, es tener conocimiento de las diversas terapias que pueden emplearse para un problema determinado. En este caso, de acuerdo a la definición antes citada, el elemento esencial es la víctima, por lo que para él está dirigida la presente información. La terapia que aquí se propone es la terapia de juego, la cual es considerada como una actividad dinámica entre el niño y el terapeuta, donde el niño a su propio ritmo, puede explorar sus vivencias del pasado y del presente, conscientes o inconscientes, que le están afectando su vida presente, para posteriormente reflejarlas y con ayuda del terapeuta verbalizarlas y resignificarlas.

Por lo tanto, la presente tesis se desarrolla con la intención de integrar la terapia de juego con el niño con maltrato físico. Para un mayor entendimiento de lo que es el maltrato infantil, primero se realiza un recuento de éste a través de la historia, planteando los orígenes del maltrato y cómo este mal se presenta desde que el ser humano existe en la Tierra, así como las diferentes perspectivas que se han presentado a lo largo del tiempo a partir de un constante cambio en las creencias e ideologías. Se comentarán los tipos de maltrato que pueden presentarse, cómo pueden detectarse y algunas posibles consecuencias. Terminando con datos cuantitativos, acerca de las incidencias de este tipo de problema en sus diferentes modalidades.

Más adelante, se aborda con mayor detenimiento el maltrato infantil físico; señalando antecedentes históricos y cómo se ha considerado en el transcurso de las épocas. Se hace hincapié en el aspecto legal a partir del Diario Oficial de la Federación del 9 de Julio de 1996; de los Derechos Humanos de los Niños a través de la Leyes nacionales; y a nivel internacional a partir de la Convención Mundial de los Derechos del Niño aprobada en 1989 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Se aborda el problema desde el punto de vista social, en el que la misma sociedad a partir de algunos de sus elementos pueden aún promover y mantener el maltrato. Por último, las diferentes áreas en las que se puede detectar el maltrato: escuelas, hospitales, etc.; lo que conlleva a un problema multidisciplinario en el que es compromiso de todo un equipo de profesionistas y asistentes el conocer dicha problemática, pero también qué hacer para su prevención e intervención.

Posteriormente, se analizan con mayor detenimiento las diversas razones que plantean algunos autores acerca de qué pasa con el agresor, reconociendo así las posibles variables que pueden facilitar que un individuo se comporte de manera maltratante. A partir de la bibliografía revisada también se mencionan los factores de riesgo para que un infante sea maltratado, haciendo referencia a algunas conductas que tal vez el niño manifieste. Esto con el objeto de tener ciertos elementos para la identificación del problema, y dirigirse al siguiente apartado referido a la evaluación desde el punto de vista psicológico. De esta

manera, se plantean algunos tratamientos dirigidos tanto al victimario como a la víctima, desde las diferentes perspectivas.

Teniendo en cuenta los diversos tratamientos, se especifica uno dirigido esencialmente al niño, que es la terapia de juego. En primera instancia se abarcan sus orígenes, las primeras aplicaciones terapéuticas y cómo se ha amplificado hasta que cada teoría psicológica la adopta como una alternativa más de tratamiento y el planteamiento de cómo manejarlo en los niños de acuerdo a cada enfoque teórico. Así, se desemboca entonces en la detección de diversos tipos de juegos, tanto aquellos que se detectan en una misma terapia de acuerdo a las etapas de la misma, como varias alternativas de juego que pueden ser utilizadas dependiendo de la problemática que el pequeño presente. En la evaluación es muy importante enfatizar, que la propia terapia de juego sirve como una herramienta en la que se explora un sinfín de relaciones familiares, tomando especial atención en el vínculo paterno-filial. Así también en la etapa de tratamiento, se plantea la mejor manera de llevar a cabo una terapia de este tipo, el procedimiento a seguir, y la actitud que debe tener el terapeuta hacia el niño, desde las diferentes aproximaciones revisadas.

Finalmente, se especifica la terapia hacia el niño con maltrato físico; se presentan varios ejemplos en los que se demuestra la efectividad de este tratamiento a manera tanto individual como grupal, de acuerdo a la documentación revisada. Terminando con una propuesta, que incluye los materiales y el ambiente, así como el procedimiento que puede llevarse a cabo para que la terapia llegue a ser aún más productiva.

Por lo que el objetivo del presente trabajo es ofrecer una alternativa de tratamiento, que independientemente de la participación de los padres sea benéfica para el elemento, desde mi punto de vista más afectado, que es el niño, y que permita incidir en su desarrollo lo más pronta y sanamente, tratándolo con la mayor sensibilidad y “naturalidad” posible.

1. EL MALTRATO INFANTIL

1.1. Sus orígenes y definición.

Para entender la situación social del maltrato infantil, habrá que remontarse a su historia; partiendo de la premisa de que este mal se ha presentado desde el principio de la humanidad, en diferentes formas de acuerdo a su contexto sociocultural, pues éste cobra importancia dado que dependiendo de los principios y valores de cada época, los hábitos de crianza infantil sufren modificaciones respondiendo a las expectativas del momento.

Maher (1990; en Ruiz, 1997), sin embargo, sugiere dos teorías con respecto a la historia y al desarrollo del abuso infantil:

Una es sustentada por Phillipe Aries, el cual argumenta que el concepto de niñez no se conocía en la Alta Edad Media, y que este fue inventado en el periodo moderno hacia el siglo XVIII; este corte histórico producido en 1760, se debe a que se consideraba que debía pasar un largo período evolutivo para que surgiera el sentimiento de la infancia. La familia del siglo XVII, aunque diferente de la Edad Media, aún dista de la familia moderna en cuanto a la ternura y la intimidad que unen a padres e hijos. Sin embargo el que la noción de niñez sea una “invención” reciente, es refutada desde el campo del arte y la religión, ya que los niños siempre fueron considerados diferentes de los adultos, y en algunos casos fueron receptores de la violencia y de sentimientos contradictorios por parte de estos. Otro punto de su teoría que se ha rebatido, es el hecho de que enuncia que en la época actual se maltrata más a los menores que en otras; basándose en información adquirida de autobiografías, diarios personales escritos por niños, adolescentes y adultos, informes periodísticos y policíacos y en general todo tipo de correspondencia. Concretamente otro autor, Demos, lo apoya con su obra *Family Life in a Plymouth Colony* (1970; en Bringiotti, 2000) centrando su investigación en la colonia puritana de Plymouth, Massachussets, en 1630. En el analiza elementos físicos tales como el tamaño de la casa, el mobiliario, el tipo de

ropa, documentos como testamentos e inventarios, y concuerda con Aries en que todavía no existía el concepto de infancia. De esta forma, consideran que estas relaciones entre padres e hijos no han tenido modificaciones considerables y que los niños siempre han sido parte integral de las familias, siendo seres queridos, felices y libres de preocupación, y que el maltrato ha constituido más bien la excepción de la regla. Empero, desde una perspectiva histórica más amplia parece ser totalmente falso; aunque en la actualidad se reportan más casos, esto no significa que más niños sufran de maltrato. De hecho existen pruebas de que los decesos disminuyen cuando se introducen programas de prevención.

Por otra parte, Vizard y Lloyd De Mause (en Bringiotti, op. cit.), sostienen que siempre ha existido el maltrato, desde la aparición de la humanidad, ligado a diversas culturas, sociedades y etnias, describiendo una probable evolución de los métodos de crianza infantil durante los últimos dos mil años, e identificando de esta manera seis modalidades en las relaciones paterno-filiales que a continuación se enuncian:

1) Modo infanticida (de la antigüedad al siglo IV d.C.). En el cual los bebés, particularmente los de sexo femenino, eran por completo sacrificables. De hecho, la práctica de emparedar niños en los muros de los cimientos de los edificios y puentes para fortalecerlos, data de la muralla de Jericó.

En Egipto, existía la práctica de ahogar a jovencitas en el Nilo para que este desbordara y fertilizara la tierra. En algunos lugares la práctica del infanticidio era muy común, sobre todo cuando los niños venían con malformaciones: en Esparta se les lanzaba desde la cima del monte Taigeto, en la India se les consideraba instrumentos del diablo y por ello eran destrozados. En China el límite para procrear hijos era de tres, y para efectuar una especie de control de natalidad, el cuarto hijo era arrojado a los animales salvajes.

En la historia de las sociedades precolombinas, destacan los sacrificios de adolescentes y niños que llevaban a cabo los aztecas para calmar a sus deidades

y así recibir favores de los mismos; por ejemplo, la llegada de lluvias abundantes y a tiempo, buenas cosechas, término de epidemias y pestes, etcétera.

Referente a la disciplina, en México, los grupos mazahuas obligaban al niño desobediente a mantener la cabeza inclinada sobre el humo que se producía al quemar los chiles secos. En el código mendocino se encuentran castigos al menor que en la actualidad se consideran crueles pero que en sociedades guerreras como la mexicana, con una teocracia que imponía su religiosidad y mística guerrera por medio del terror, se pensaba que dichos castigos eran congruentes. Entre ellos existían castigos como colocación de púas de maguey (pita) por desobediencia, quemaduras del pelo cuando el niño mentía, limitación de alimentos al ladrón, largas jornadas de trabajo, etc.

Lo habitual en la Grecia y Roma de aquel tiempo, era que el padre tenía poder sobre la vida o la muerte de los hijos, y podía manciparlos a un tercero y abandonarlos sin que por ello sufriera castigo alguno. Otro ejemplo de esta situación, se encuentra en el pasaje bíblico de Abraham, en el que se dice "...Dios le dijo, toma a Isaac tu único hijo al que tanto amas y ofrécelo en holocausto" (Génesis 22. 11-12), el cual puede ser una demostración clara de la validez de un sacrificio por prácticas religiosas. Posteriormente, las órdenes dictadas por Herodes constituyen un ejemplo del fenómeno que se analiza, ya que para evitar la pérdida de su reino, mandó matar a todos los recién nacidos de su época. Hubo un tiempo en que se azotaba a los niños cristianos en el día de los inocentes para recordarles la masacre realizada por Herodes.

2) Modo de abandono (del siglo IV al XII). La disminución del infanticidio, impulsada por las sanciones hacia los adultos y por el cristianismo, trajo como práctica común el abandono en manos de la nodriza, del monasterio o del convento; darlo en adopción; entregarlo como rehén; abandonarlo en los bosques o mantenerlo en el hogar en situación de grave abandono afectivo.

Se refleja una Edad Media que cree en la maldad inherente del niño, motivo por el cual eran temidos y odiados, justificándose así las constantes palizas, el

abandono y negligencia con que eran tratados, así como el intercambio entre núcleos familiares para utilizarlos como sirvientes.

3) Modo ambivalente. (siglos XIV a XVII). El niño se incluye en la vida familiar adjudicándosele intenciones peligrosas; por lo tanto se le debe moldear, evitando excesos y conductas inapropiadas. Aparecen los primeros manuales de orientación educativa, pero al mismo tiempo se despierta temor por las diferencias que comienzan a percibirse en el niño con respecto al adulto. La influencia de humanistas como Vives, y de religiosos como Loyola y De Paúl Ochotorena, impulsa la institucionalización de la escuela como estructura educativa separada de la familia.

En los siglos anteriores al XVII se denominó la época de “el amor ausente” y de “el largo reinado de la autoridad paterna y marital”. Se encuentran ejemplos en textos sagrados de la India. En ellos, la familia es concebida como un grupo religioso cuyo jefe es el padre, que tiene a su cargo funciones judiciales, como velar por la buena conducta de las mujeres y los hijos; frente a la sociedad él es el único responsable por sus actos y así tiene el derecho absoluto de juzgar y castigar.

Según Badinter (1991; en Bringiotti, op. cit.) la “indiferencia materna” se observa en la negativa de amamantar al bebé en casi todas las clases sociales. La madre es reemplazada por la figura de la nodriza, que se expande en el siglo XVII. Respecto al papel desempeñado por la madre, Badinter señala su aparente indiferencia por la muerte del niño, basada muchas veces en las bajas probabilidades de sobrevivir, el amor selectivo hacia un determinado hijo de cierto sexo o ubicación entre los hermanos, la negativa de dar el pecho, la entrega a la nodriza o su confinamiento a internados para su educación.

En la Colonia, la Inquisición en América, caracterizada por una rígida educación, generó severas relaciones paterno infantiles amén de su agresión a niños y adultos. Los mismos preceptos regulaban a España y sus colonias en

América, estableciendo un modo matrimonial uniforme, monogámico y patriarcal, donde el poder sobre la mujer y los hijos era absoluto; por lo que por aplicación de las Leyes de Partidas, los menores podían ser empeñados y/o vendidos. Asimismo, se observa un creciente rechazo de los hijos que no provenían del matrimonio, siendo corriente el abandono de los hijos ilegítimos.

4) Modo de intromisión (siglo XVIII). Se describe como un período en el que los padres “penetran” en el niño, en su ira, su alimentación, sus necesidades, su mente, sus hábitos, se les pega sin lastimarlos y se les amenaza con culpa. El niño ya no es visto como una amenaza; así surgen la pediatría y el cuidado de la salud infantil. Aparece la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (Francia, 1789). El Papa Clemente XIV prohíbe el hecho aceptado hasta entonces de la castración de los niños para conservar la voz infantil y cantar en las iglesias.

5) Modo de socialización (siglos XIX a XX). La crianza de los hijos consiste en guiarlos, enseñarles a adaptarse y socializarse. Incluye tanto la teoría de Freud, como el conductismo de Skinner y las teorías psicodinámicas, cognoscitivas y familiares. La Revolución Industrial, el aumento de la sociedad urbana y el trabajo de los niños condicionan las primeras leyes de protección a la infancia con respecto al trabajo infantil.

A pesar de estos esfuerzos, aún se siguieron presentando maltratos en contra del menor; en algunas de las obras de Charles Dickens (tales como *Oliver Twist*), se retratan las costumbres de la época, de lisiar o deformar a los niños para causar lástima y así poder pedir limosna.

Más recientemente, Hitler, en su afán belicista y de obtener una raza pura, realizó atrocidades como asesinar física y emocionalmente a millares de niños.

Con la llegada de la Revolución Industrial, los niños ingresaron al trabajo sistemático, en el que se les obligaba a laborar turnos de 16 horas o más.

6) Modo de ayuda (siglo XX a la actualidad). Para De Mause en esta modalidad se enfatiza que el niño sabe mejor que los padres lo que necesita en cada etapa de su vida. Implica plena participación de ambos padres en el desarrollo de la vida del niño, con quien establecen una fuerte empatía, sin castigos, orientándolo y brindándole lo que necesita en cada momento.

Esta nueva modalidad se encuentra aún en sus inicios, y su puesta en práctica ha dado lugar a niños más afectuosos, sinceros, amables y no intimidados por la autoridad. Empero, en opinión de Maher (1990; en Trujano (en prensa) considera que es una modalidad un poco tendiente a una exagerada disposición por parte de los padres carente de disciplina y control sobre el niño, lo que puede llegar a crear nuevas fuentes de conflicto.

De acuerdo a estos datos históricos, es necesario plantear entonces qué es “maltrato infantil” en la actualidad, o al menos aproximarnos a un concepto que abarque distintas actitudes que se puedan apreciar y adjudicar a este término. Arruabarrena y De Paúl (1997) consideran que la importancia de establecer una definición del maltrato infantil, es que esta afecta de manera directa o indirecta a un importante número de decisiones que tienen que ver con la vida, la salud y el bienestar físico y psíquico de numerosas familias, padres, madres, niños/as. Y en función de la claridad y operacionalización de tales definiciones, tipologías y descripciones, se podrán tomar las decisiones con mayores garantías para todos los personajes implicados en las cuestiones de la protección infantil.

De acuerdo con Santana, Sánchez y Herrera (1998), es esencial tener una definición adecuada del maltrato infantil, para elaborar un diagnóstico y un tratamiento apropiados; además, es el fundamento para establecer un marco legal apropiado, el cual es difícil por la complejidad del problema.

Un estudio realizado en Estados Unidos por el National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN) en 1981, recogió datos sobre la ocurrencia del maltrato infantil en los años 1979 y 1980. A partir de esto, formularon los siguientes elementos básicos y los criterios que deben reunir las definiciones:

- a) Un niño maltratado (abuso o negligencia) significa un niño cuyo bienestar físico o mental resulta dañado, o existe la amenaza de daño, por actos u omisiones de sus padres u otra persona responsable de su cuidado.
- b) El daño de la salud o el bienestar del niño, puede ocurrir cuando un padre u otra persona responsable de su bienestar:
- Cause al niño o permita que sean realizadas hacia él lesiones físicas o mentales, incluyendo lesiones continuadas como resultado del uso excesivo del castigo corporal.
 - Cometa o permita que sean cometidas ofensas sexuales al niño.
 - No proporcione al niño la alimentación, el vestido, la vivienda, la educación y el cuidado médico adecuados; disponiendo de medios para hacerlo.
 - Abandone al niño.
 - Cometa actos serios de omisión o de naturaleza similar, que suponen la desatención severa del niño y que requieran de la intervención de los servicios de protección del menor o de actuaciones judiciales.
- c) La amenaza de daños.
- d) La persona responsable del bienestar del niño incluye a los padres, un cuidador, un padre sustituto, un empleado de agencias institucionales o centros de cuidados públicos o privados u otra persona responsable del cuidado del niño.
- e) Las lesiones físicas incluyen desde daños temporales, impedimentos físicos o desfiguramientos, hasta la muerte.
- f) Lesión mental significa daños que afecten a la capacidad intelectual o psicológica de un niño y que impidan el funcionamiento dentro del rango de actividades y conductas consideradas como “normales” en su contexto cultural (Bringiotti, op. cit.).

Otros autores, como Arruabarrena y De Paúl (op. cit.) hacen mención de que para conceptualizar el maltrato infantil, debe tenerse en cuenta los siguientes tres criterios:

1. La perspectiva evolutiva. La conceptualización de una acción o una omisión como maltratante o negligente y su nivel de gravedad se deben establecer en función de la edad del niño.
2. Presencia de factores de vulnerabilidad del niño. Dependerá si es un niño sano o con enfermedades crónicas, retraso, etc.
3. Existencia de daño real o de daño potencial. Si se define el maltrato infantil en relación a sus consecuencias en el niño, se puede suponer que se refiere a los daños o lesiones detectables. Pero muchos comportamientos parentales no tienen consecuencias negativas a corto plazo o más severas, únicamente por razones de tipo aleatorio.

Por ello, muchas definiciones incluyen el daño potencial como criterio para delimitar lo que es considerado como maltrato. Incluir el criterio de daño potencial implica establecer una predicción de que en el futuro los comportamientos parentales serán dañinos en un determinado nivel de severidad.

De esta manera, han surgido varias definiciones que tratan de explicar el maltrato infantil abarcando las probables causas y consecuencias.

Una de ellas es la que proporciona la Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil denominándolo como "...una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su sociabilización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional" (Loredo, 1994; p. 9)

Esta definición en apariencia compleja, es bastante completa y ejemplifica lo difícil de esta problemática médicosocial. Para comprender todas las facetas que involucra el problema, Loredo (op. cit.) señala que es necesario que se recuerden los siguientes aspectos:

1. Aunque en la definición se establece que el fenómeno no es accidental, es necesario enfatizar la intencionalidad del mismo.
2. Se debe aceptar que es un problema social y que por lo tanto comprende, además de los aspectos médicos y demográficos, los sociológicos y políticos de cada región del mundo.
3. Es muy factible que el agresor sea un enfermo, y mientras no se demuestre lo contrario, debe recibir la atención profesional que cualquier ser humano merece. De hecho, Kempe y Helfer (en Loredo, op. cit.) han sugerido que alrededor del 10% de los padres maltratadores son psicóticos o tienen algún problema emocional o mental.
4. Para que ocurra el problema, se requiere la concatenación de tres elementos fundamentales: un niño especial, un agresor y un motivo o detonador.
5. La necesidad de evitar la disrupción del núcleo familiar debe ser un objetivo básico en la atención integral del niño maltratado. Esto solamente se logrará si quienes trabajan en este problema están perfectamente conscientes de la complejidad de esta situación.

Otros intentos por definir el maltrato infantil son más compactas; pero aún así tratan de abarcar dicha problemática. Fuster y Ochoa (1993; en Bringiotti, op. cit.) denominan al maltrato infantil como: “cualquier daño físico o psicológico no accidental contra un niño menor de dieciséis o dieciocho años –según el régimen de cada país- ocasionado por sus padres o cuidadores que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de omisión o comisión y que amenazan el desarrollo normal tanto físico como psicológico del niño”(pág. 45).

Díaz Huertas y García Barquero (en De Torres y Espada, 1996) denominan al maltrato infantil como una acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenace o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (C N D H) propone la siguiente definición: “todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como: “los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos” (Santana, Sánchez y Herrera, op. cit., p. 4).

En el 6to. Congreso Latinoamericano y 1º Congreso Nacional de Prevención Atención del Maltrato Infantil, la Dra. Intebi (en Intebi Farinatti, Orseñico, Bringiotti, 2002), introduce la siguiente definición de maltrato infantil: “El maltrato infantil es el resultado de acciones humanas que están proscritas, que ocurren próximas en el tiempo y que son pasibles de prevención” (p. 3).

Una definición un poco más completa es la que señala Loredo (2000) en el VII Congreso Latinoamericano y II Iberoamericano sobre la Violencia contra Niños y Adolescentes, definiéndolo de la siguiente manera: “es toda agresión u omisión intencional dentro y fuera del hogar contra un menor(es), antes o después de nacer, que afecte su integridad biopsicosocial. Realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física y/o intelectual” (p. 1).

Por último, el Centro Internacional de la Infancia de París, considera al maltrato infantil como “cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo” (López y Alvarez, 1996; p. 1).

Teniendo entonces, una perspectiva general de lo que es el maltrato infantil, se puede decir que las causas y consecuencias son multifactoriales, por lo que resulta útil tipificarlas.

1.2. Tipos de maltrato.

El maltrato infantil se puede presentar de diferentes formas; algunos autores lo plantean desde una perspectiva en el antes y después del nacimiento del infante. Así, Huerta y Barquero (1995; en Bringiotti, op. cit.) y De Torres y Espada (1996) mencionan tres grandes áreas en las que se puede producir el maltrato infantil.

1. Maltrato prenatal.
2. Maltrato postnatal.
3. Maltrato institucional.

En el maltrato prenatal, incluyen circunstancias de la vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyan negativa o patológicamente en el embarazo, teniendo repercusiones en el feto; Loredo (1994) también lo señala denominándolo “abuso fetal”. Tiene lugar cuando la futura madre no lleva a cabo un seguimiento médico adecuado, bien por no acudir a las consultas establecidas, bien por no seguir de forma adecuada las pautas marcadas por el médico que la atiende.

En otras ocasiones (fundamentalmente en los casos de embarazos no deseados) la inmadurez, la falta de información y el temor a las presiones

familiares pueden provocar que la joven embarazada se deje llevar por su círculo de amistades e intente prácticas abortivas. En algunos casos, procuran interrumpir el embarazo por sí mismas; en otros, se ponen en manos de individuos que actúan al margen de la legalidad.

La ingestión de fármacos durante el embarazo sin prescripción médica, y el consumo de sustancias tóxicas durante el periodo de gestación, son de igual manera considerados un maltrato. Cuando la madre es alcohólica, se produce el “síndrome alcohólico fetal”; si son toxicómanas se denomina el “síndrome de abstinencia neonatal”.

También sucede cuando las progenitoras sufren de alguna enfermedad de transmisión, tales como el sida y la hepatitis B.

El maltrato postnatal, se refiere a las circunstancias durante la vida del niño que constituyen riesgo o perjuicio para el pequeño, según la definición de maltrato infantil. Estos se clasifican en: maltrato activo, que es cualquier tipo de intervención de la persona que maltrata provocando un daño físico o emocional en el menor; y el maltrato pasivo, que es aquel que se produce cuando los padres dejan de atender las necesidades básicas de sus hijos. Ambos tipos tienen subclasificaciones, las cuales se detallarán más adelante.

El maltrato institucional ocurre cuando las instituciones o la propia sociedad, a través de las legislaciones, los programas de intervención o la actuación de los profesionales, perjudican al niño en sus aspectos físicos, psíquicos o sociales, o lo colocan en riesgo de sufrir consecuencias que lo afecten en su normal desenvolvimiento. Allí se involucran los servicios sociales, sanitarios, escolares, policiales, judiciales y medios de comunicación social.

Retomando el maltrato postnatal y sus dos submodalidades; se mencionan las siguientes clasificaciones de acuerdo a cada tipo de maltrato. Para el Maltrato Activo podemos observar:

1. Maltrato físico. Bringiotti (op. cit.), comenta que esta forma de maltrato puede realizarse con instrumentos (cuchillos, correas, cigarrillos, etc.) o sin instrumentos (palizas, bofetadas, etc.). Arruabarrena y De Paúl (op. cit.) la denominan como cualquier acción no accidental por parte de los padres o los cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo. Dependiendo de la severidad de los ataques, estos pueden requerir desde atención en el hogar hasta hospitalización urgente o llegar a la muerte. Es común que el maltrato se presente por períodos prolongados de tiempo (que puede extenderse por años) y que el agresor (a) combine diferentes modalidades de violencia. También suelen presentarse comportamientos afectuosos con el infante seguidos por crisis agresivas, lo que llega a situar al menor en estados psicológicos de sumo descontrol, angustia y desamparo (Trujano, en prensa). Puede presentarse en este tipo de maltrato; puede incluir:

- Golpes y moretones.
- Quemaduras.
- Fracturas.
- Torceduras o dislocaciones.
- Heridas o raspaduras.
- Mordeduras humanas.
- Cortes o pinchazos.
- Lesiones internas
- Fracturas de cráneo, daño cerebral.
- Asfixia o ahogamiento.
- Latigazos.
- Dientes rotos.
- Encías desangradas.

Otras formas de maltrato que se pueden añadir al físico, señaladas por Casado, Díaz y González (1997; en Bringiotti, op. cit.) y que las designan como “formas raras y graves de maltrato”, dado que sus cuadros son confusos, pueden llevar a suponer que se trata de lesiones accidentales, estas son:

- Quemaduras por microondas.
- Quemaduras por secadores de pelo.
- Intoxicación por sal común (cuyo exceso produce, entre otros efectos, deshidratación).
- Aspiración de pimienta (oclusión de laringe, tráquea y bronquios; afecta también al esófago y estómago, la mayoría de los casos son fatales).
- Síndrome de oreja en coliflor (golpe en el oído, torcedura de vértebras y asfixia).

2. Maltrato Sexual: Es cualquier clase de contacto sexual en un niño menor de 18 años por parte de un familiar o tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño. Dicha interacción implica el emplear al primero para la gratificación sexual del perpetrador o de otra persona. Trujano (op. cit.) señala que el niño puede vivir la experiencia como un episodio dramático o no, y puede estar vinculado a maltrato físico o psicológico o darse sin violencia como parte de un juego o aventura. Las formas en que tal vez se demuestren son las siguientes:

- Incesto, en el caso de que se trate de parientes con consanguinidad lineal o adultos que desempeñen el rol de figura parental, como nuevas parejas del padre o madre o padres adoptivos.

- Violación, realizada por personas adultas no incluidas en el ítem anterior.
- Vejación sexual, manoseo, toqueteos al niño o provocar los del niño al adulto (manipulación de genitales).
- Abuso sexual sin contacto físico, exhibicionismo, mostrar la realización del acto sexual, exponer a revistas o videos.
- Prostitución.

3. Maltrato Psicológico: Son todas aquellas actitudes dirigidas a dañar la integridad emocional del niño, caracterizándose por manifestaciones verbales o gestuales que lo humillan y degradan como insultos, reproches, burlas, gritos, desprecio, actitudes despectivas, crítica o amenaza de abandono, constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar; lo que potencialmente puede generar en el pequeño sentimientos de desvalorización, baja autoestima e inseguridad, afecto aplanado, incapacidad para experimentar placer, desorganización, etc. A continuación, las actitudes del victimario que tal vez manifieste:

- Rechazo a las iniciativas de apego en los más pequeños.
- Exclusión de las actividades familiares.
- Transmisión casi habitual de una valorización negativa del niño.
- Negación de autonomía en los más grandes.
- Conductas de amenaza e intimidación.
- Conductas ambivalentes e impredecibles.
- Situaciones ambiguas en la comunicación (doble mensaje).
- Aislamiento, evitar contactos sociales.
- Prohibición de participar de actividades con sus pares.

Dentro del concepto de Maltrato Pasivo, se encuentran los siguientes modos:

1. Negligencia o Abandono Físico: Es el descuido “intencional” del niño al que se le niegan los cuidados y los elementos indispensables para su crecimiento y desarrollo como alimentación y atención médica. También se presentan déficits en la supervisión en situaciones potencialmente peligrosas, y en las condiciones higiénicas y de seguridad del hogar; en relación al área educativa, existen ausencias e incompetencia en el rendimiento, de los cuales sus tutores hacen caso omiso o ellos mismos lo provocan. Algunos autores suman el concepto de abandono conceptualizándolo como el desprendimiento total del menor (dejarlo literalmente en un puerta, plaza, tacho de basura, etc., sin intención aparente de volver), lo que llevaría a otros problemas sociales como la indigencia, mendicidad y el fenómeno del “Niño de la Calle”.

Referente a la mendicidad o explotación laboral, Casado, Díaz y González (op. cit.) señalan que en algunos casos se presenta cuando los padres o tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos –domésticos o no- que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares de los niños; éstas son asignadas con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar.

Los posibles factores que se denota son:

- Realización de actividades domésticas excesivas para la edad del menor.
- Tienen un carácter habitual en la relación familiar y no responden a una circunstancia específica y justificable.

- Actividades en el ámbito extradoméstico; ya sea en la calle, estaciones, trenes, que colocan al niño en situaciones de riesgo de ser abusados o tener accidentes.
- Exigir “remuneraciones”, so pena de recibir castigos.

Mansilla (1991; en Bringiotti, op. cit.) denomina a los “niños de la calle” o el “vivir en la calle” como una de las manifestaciones más claras de pobreza absoluta o indigencia. Estos niños generalmente han apresurado su salida de la familia y pasaron a vivir en la calle, desarrollando mecanismos de sobrevivencia y realizando actividades laborales de tipo convencional en el sector informal de la economía. En la mayoría de los casos hay un adulto que utiliza al niño como medio –para servicios sexuales, manejo de productos robados, tráfico de drogas o participación en bandas de delincuentes-.

2. Deprivación o Abandono Emocional. Es definido como la falta persistente de respuestas a las señales como llanto, sonrisas, 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.

Existen otros tipos de maltrato que algunos autores como Loredó (1994) y Casado, Díaz y González (op. cit.) han descrito, los cuales se señalan a continuación:

1. Abuso Ritual o Religioso. Se refiere a la introducción de un menor en actividades de corte ritual, religioso, mágico o sobrenatural en el cual el o los agresores infunden miedo o temor a los niños y en donde son víctimas de sadismo, perversidad, y

algunas otras modalidades de agresión, casi siempre asociadas con abuso sexual.

2. Niños de la Guerra. Durante los conflictos bélicos la población civil, particularmente los más indefensos que son los niños, deben enfrentar situaciones extremas que les pueden ocasionar serios daños físicos y psicológicos, como el hambre, el miedo, la migración, el vivir en refugios, la pérdida de seres queridos, etc., independientemente de que se encuentran expuestos a heridas físicas o incluso a la muerte.

3. Síndrome de Münchaussen: Es la simulación por parte del padre, madre o tutor –especialmente por parte de la madre- hacia el infante, de síntomas físicos patológicos, mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones, o la sugerencia de sintomatologías difíciles de demostrar, que llevan a internamientos o estudios complementarios innecesarios.

Puede presentarse:

- Visitas reiteradas a médicos y guardias hospitalarias.
- Cambio constante de lugares de atención.
- Ausencia de un médico estable que controle al niño.
- Consultas en fines de semana o en horarios de guardia o nocturnos.
- Aplicación de todo tipo de remedios y/o recursos técnicos que resulten agresivos para el niño.
- Conocimiento bastante completo por parte del adulto de síntomas, manifestaciones clínicas y abordajes terapéuticos.
- Nivel educativo medio (como mínimo) del adulto, para poder persuadir con un lenguaje apropiado a profesionales médicos.

4. Corrupción. Se refiere a conductas que impiden la normal integración del niño y refuerzan pautas de conducta antisociales o desviadas, especialmente en las áreas de agresividad, sexualidad, drogas o alcohol.

Estos, suelen ser:

- Fomento del desarrollo de hábitos adictivos –droga y/o alcohol-.
- Alentarlos a establecer contactos sexuales de diverso tipo.
- Estimulación de la agresividad y la respuesta violenta ante situaciones conflictivas de la vida diaria, sobre todo entre pares.
- Iniciación e incitación a la prostitución.
- Alentar el tráfico y/o comercio de drogas.

5. Intoxicación: Implica la ingestión de compuestos o sustancias químicas por acción de los padres. Suelen reconocerse los siguientes tipos: intoxicación intrauterina, intoxicación a través de la lactancia, intoxicación por descuido o negligencia e intoxicación violenta. Debemos diferenciarlas del síndrome de Münchaussen mencionado anteriormente.

En otros observados en América Latina, a consecuencia de la violencia estructural, los niños pueden ver interrumpidos sus derechos y sufrir además otros tipos de maltrato, ya que viven en situaciones de alto riesgo psicosocial que amenazan su desarrollo. Algunos de los niños de estas regiones viven en condiciones de extrema pobreza, lo que los obliga en su primera infancia a luchar por la supervivencia familiar.

Mansilla (1991; en Bringiotti, op. cit.) señala específicamente las siguientes situaciones:

- a) Riesgo psicosocial: afecta su desarrollo integral como resultado de la subatención a las necesidades de alimentación, vivienda, recreación, salud, y estudio, entre otras.

- b) Semiabandono: se trata de un problema nuevo, consecuencia directa de la urbanización, la economía de mercado y la extrema pobreza que obliga a ambos padres a participar en trabajos remunerados y, al no contar con recursos adecuados, se ven obligados a dejarlos solos o con hermanos mayores durante muchas horas.
- c) Niños que viven en zonas de conflicto armado: como en muchos países en guerra. Además de las consecuencias psicológicas derivadas de las situaciones traumáticas vividas, puede significar que el niño salga del hogar compulsivamente y se convierta en un niño desplazado, o puedan herirlo o mutilarlo, o llevarlo preso, matarlo o internarlo.
- d) Discriminación: se refiere a formas de rechazo de un grupo por otro, por edad, por sexo, por pertenecer a otros grupos étnicos, por ser pobres, etc.
- e) Tráfico de niños: generalmente se trata de su venta para la adopción, pero también se incluye la entrega a una madrina para que sirva en una casa, o aquellas situaciones en las que, engañados, son trasladados a otros lugares para trabajar o ejercer la prostitución. Podríamos agregar en este caso el tráfico de órganos.

1.3. Estadísticas.

Arruabarrena y De Paúl (op. cit.) señalan que una de las primeras y habituales preguntas que la mayoría de la población plantea al descubrir la existencia de casos de maltrato infantil se relaciona con la frecuencia del fenómeno en el ámbito local, estatal o internacional. Las posibilidades de proporcionar una respuesta precisa a esta pregunta son muy limitadas, ya que la mayoría de los datos existentes provienen de estudios de incidencia sujetos a serias dificultades de tipo metodológico. Algunas de las más importantes son las siguientes:

- a) Amplitud de la definición. Las tasas de incidencia varían de manera importante en función de la mayor o menor precisión y rigurosidad de los

criterios utilizados y del propio concepto de maltrato subyacente a la propia definición.

- b) Tipologías incluidas en las cifras de incidencia y sus formas de presentación. La inclusión o no de casos de maltrato y abandono emocional o de casos de abuso sexual puede hacer variar de manera importante la significación de las cifras presentadas.
- c) Inclusión de casos conocidos, notificados y/o confirmados.
- d) Inclusión de casos en los que se han producido varias notificaciones en momentos diferentes.

El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, tanto desarrollados como en desarrollo. En la región de América Latina, y el Caribe, no menos de 6 millones de niños y niñas y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por la violencia que se desata al interior del núcleo familiar. Cualquier niño sin discriminación de edad, sexo o condición económica puede ser víctima de maltrato infantil en cualquiera de sus formas. (http: www.iin.oea.org/Presentaciones_del_Director_General/discurso_maltrato_infantil.html)

A la hora de recolectar información que nos permita comparar y analizar datos estadísticos sobre la real dimensión del problema a escala mundial, nos vemos enfrentados a una serie de problemas.

En primer lugar, la metodología utilizada para recolectar y analizar los datos difiere de país en país.

En segundo lugar, la información no siempre proviene del mismo organismo. En algunos países es el propio Estado el encargado de registrar casos de denuncias de maltrato infantil, mientras que en otros, dicha tarea se encuentra en manos de organizaciones no gubernamentales u organismos privados.

Por último, no todos los casos de maltratos son denunciados, muchas veces éstos son difíciles de detectar, ya que suelen tratarse de grupos que no mantienen

contacto directo con servicios públicos o son escondidos en los espacios más íntimos de la convivencia familiar.

A pesar de estas limitaciones, existen estudios de interés tanto en el ámbito internacional como nacional que pueden reflejar la importancia cuantitativa del problema.

Un estudio realizado en 1983 por el National Center on Child Abuse and Neglect (NCANDS) en Estados Unidos y con cobertura federal, presenta estas proporciones: 58 por 100 de casos de negligencia, 27 por 100 de casos de maltrato físico, 9 por 100 de casos de abuso sexual y 10 por 100 de casos de maltrato emocional. Si se revisan las cifras presentadas por la misma institución en 1992, se aprecia una tendencia también frecuente en el ámbito internacional: un aumento de los casos de abuso sexual (15,2 por 100 en 1989). En otro estudio realizado en Estados Unidos por la Massachusetts Society for the Prevention of Cruelty to Children y referido al año 1989 se presentan cifras diferenciadas por tipologías: maltrato físico: 4,9 al 5,7 por 1000; negligencia: 2,9 al 9,1 por 1000; maltrato emocional: 3,8 al 3,4 por 1000; abandono emocional: 0,8 al 3,5 por 1000; abuso sexual: 2,2 al 2,5 por 1000.

Para 1996, el NCANDS según datos recogidos de 5 estados y el distrito de Columbia, estimó que 1077 niños y niñas murieron a causa de abuso o negligencia, de éstos un 77% tenía tres años o menos de edad. Los distintos servicios públicos de protección a la infancia, reportaron millones de casos de abuso o maltrato infantil. El 36% de éstos fueron confirmados y el resto no pudo verificarse a causa de falta de información sobre el niño, la familia o el supuesto abusador.

En cuanto a las edades de la víctimas, se encontró que más de la mitad eran menores de 8 años. El siguiente cuadro indica los distintos porcentajes de víctimas de maltrato según edad:

Menos de 1 año	6.7%
Entre 1 y 4 años	25 %

Entre 5 y 11 años	41.6%
Entre 12 y 18 años	24.9%

El 77% de los casos de abuso y maltrato fueron perpetrados por los padres de la víctima. Una adicional 11% correspondió a parientes del niño o niña maltratado y tan sólo un 2% correspondía a otras personas relacionadas con el cuidado de los menores. El 10% restante de los perpetradores fueron clasificados como no relacionados al cuidado de los infantes (extraños, miembros del mantenimiento de la casa, amigos, vecinos, entre otros).

En E.U., en promedio, según datos entre 1976 y 1993, ha habido un crecimiento anual del 9% en las denuncias de situaciones de maltrato. Esto es atribuido principalmente a una mayor sensibilización y concientización de la población sobre el fenómeno. Sin embargo, continúa siendo mucho mayor el número de víctimas que los casos que llegan a ser realmente denunciados.

En otros países como Canadá, la base de la información publicada es un servicio por teléfono de ayuda a la infancia: "Kids Help Phone". Éste tiene como objetivo dar a niños, niñas y jóvenes toda la información que necesiten para poder tomar sus propias decisiones, así como también, brindar ayuda en caso de que sea necesario. Dicho servicio está disponible para toda Canadá las 24 horas del día, todos los días del año.

En 1999, la línea telefónica de ayuda a la infancia contestó llamados de casi 3 mil comunidades rurales y urbanas de todo Canadá.

El 14% de las llamadas, en 1999, correspondieron a consultas en las que el niño o niña se enfrentaba a conductas violentas o abusivas. Si bien este dato es el único que hace referencia directamente a posibles situaciones de maltrato infantil o violencia intrafamiliar, problemas en las relaciones parentales, de abuso de drogas, y suicidios, entre otros, podrían ser alertas de que se está produciendo un caso de maltrato infantil.

Más de la mitad de las llamadas (54%) realizadas en 1999, correspondieron a jóvenes entre 15 y 19 años. Un 35% tenía entre 10 y 14 años, y un 10% más de 20 años. El restante 2% correspondió a niños menores de 9 años.

En Brasil, 58% de los menores de 19 años viven en la pobreza. De éstos, 20% están abandonados y viven en la calle. En Santo Domingo, República Dominicana, dos estudios mostraron tasas de maltrato de 58% y 33%, respectivamente, mientras otro reveló que toda una población de niños impedidos estaba sometida a algún tipo de maltrato (web: www.iin.oea.org/Presentaciones_del_Director_General/discurso_maltrato_infantil.html)

En nuestro país, como en casi todos, las cifras suelen ser inexactas debido al gran número de casos que no se denuncian. Alejandro (2002), menciona que investigadores de la UNAM aseguraron que en México sólo se detecta entre 10 por ciento y 20 por ciento del total de casos de maltrato infantil, y que es el único indicador disponible para determinar el número de niños atendidos en instituciones del sector público, como el DIF y el Hospital Infantil de México. Aún así, hay intentos de proporcionar un panorama aproximado del problema.

El Instituto de Salud Mental del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) reporta que en la Ciudad de México, durante los años de 1983 a 1986, hubo un total de 2,150 niños maltratados.

A su vez, estadísticas nacionales de esta misma institución, de 1982 a junio de 1991, declaran haber atendido 9,557 denuncias relativas a algún tipo de maltrato a niños, de los cuales pudieron comprobarse únicamente 3,318 casos ([http: www.dif.gob.mx/dif/prensa/noticias/enero](http://www.dif.gob.mx/dif/prensa/noticias/enero))

También en México, en 1994 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 1999) publicó, a partir de un estudio realizado por la Cámara de Diputados, que al menos dos millones de niños mexicanos sufren algún tipo de maltrato o agresión por parte de sus padres o de algún integrante de su familia. Asimismo, constata que los niños que todavía no llegan a los dos años de edad, así como los pequeños con alguna discapacidad son los más susceptibles de ser maltratados. El estudio de la Cámara de Diputados revela que sólo en la capital

mexicana se reciben cinco denuncias de maltrato infantil al día y en su mayoría las víctimas son niñas.

El informe recalca que, de acuerdo con datos del Hospital Infantil de México, más de la mitad de los menores atendidos por maltrato, mueren. Las lesiones más frecuentes son quemaduras de cigarrillo, hierros candentes, azotes, supresión de alimentos, baños con agua helada, encierros e intoxicación con barbitúricos y yerbas, aunque la agresión que más se oculta es la violación.

Durante 1997, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) recibió 25,378 denuncias de maltrato infantil en toda la República Mexicana. Del total de quejas recibidas se comprobaron 16,843 que afectaron a 25,259 infantes, pues en algunos casos había más de un menor involucrado. Del total de estos niños perjudicados, 9 mil 174 presentaron daño físico, mientras que 10 mil 317 (casi 50%) fueron maltratados por su madre. Respecto al tipo de maltrato, además del daño físico, en 5 mil 760 menores se denuncia falta de cuidados, 5 mil 130 fueron afectados emocionalmente, mil 479 fueron abandonados y mil 57 resultaron víctimas de abuso sexual. (Gaceta Parlamentaria, 1998)

Para el 2001, el DIF del Distrito Federal dio a conocer de 1577 casos de maltrato infantil, de los cuales 34% fue de tipo emocional, 33% maltrato físico y 28% por descuido o negligencia de los padres. Aunado a ello, de acuerdo con la Red de Unidades de Atención a la Violencia Familiar, de 9 mil 132 usuarios específicos, 96% de las víctimas eran mujeres o niñas, mientras que el porcentaje de agresores masculinos fue de 91%. Asimismo, el sistema de servicio público de Localización Telefónica (Locatel) registró 8 mil 198 llamadas relacionadas con la misma situación (<http://www.dif.gob.mx/dif/prensa/noticias/enero>).

En el Estado de México, según el DIF se registraron 3 mil 44 denuncias en la dependencia estatal, de las cuales el 47% de los casos fueron comprobados. Según los datos, más del 43% de los infantes que sufren este problema cursan el nivel primaria, mientras que el segundo grupo más vulnerable son los lactantes,

siendo la negligencia y el maltrato físico y emocional, los que más se registran ([http: www.dif.gob.mx/dif/prensa/noticias/octubre](http://www.dif.gob.mx/dif/prensa/noticias/octubre)).

Este informe cuantitativo, como bien se menciona, solamente contempla una parte de la población infantil, dado que en el caso específico de México, únicamente se abordan datos gubernamentales. Por lo tanto, faltaría aún una proporción significativa, lo que quiere decir que la situación de maltrato es alarmante y su control está aún alejado de instituciones, hospitales y otras asociaciones que tratan de mitigar dicho problema. De esta manera, es necesario conocerlo a mayor profundidad y entender cómo este fenómeno está conceptualizado hoy en día, desde diferentes perspectivas.

2. GENERALIDADES DEL MALTRATO INFANTIL FÍSICO.

2.1. Antecedentes.

Así como se ha revisado la historia del maltrato infantil, también es de gran importancia conocer los esfuerzos que hospitales y organizaciones realizaron en contra de esta situación, al igual que los estudios que han tratado de presentar este fenómeno a lo largo de las épocas. Dado que es el físico el más evidente, estos antecedentes se enfocan hacia este tipo de maltrato y cómo algunos médicos se daban cuenta de ciertas lesiones “ilógicas”, por lo que empezaron a escribir al respecto.

De acuerdo con Casa, Díaz y Martínez (1997; en Bringiotti, op. cit.), la evolución del maltrato infantil, como problema social, atravesó diferentes periodos:

1. Desconocimiento (hasta 1946). La mayoría de los profesionales ignoraban su ocurrencia.

En el siglo II a. de J.C., Temkin tradujo a Soranus, médico griego, su obra *Gynecology*. En la sección “How to recognize the newborn worth rearing”, el médico griego claramente hace un señalamiento del infanticidio, ya que según él los niños deben ser de “término, tener un llanto vigoroso y estar perfecto de todas las partes”. (Loredo, 1994; pág. 3)

En nuestra era, San Bernabé condenó el infanticidio y el aborto. En el siglo II, San Justino, San Félix, Clemente de Alejandría y San Cipriano inspiraron a los emperadores paganos, iniciándose con Nerva y el español Trajano, la protección a miles de niños abandonados, y la primitiva obra *Tabullae Alimentarie*. En el siglo IV, Constantino obligó a los padres a criarlos con la fórmula: las necesidades de los recién nacidos debían de atenderse sin aplazamiento. San Basilio y San Juan Crisóstomo fundaron los primeros hospitales y asilos para niños en Sebaste (355) y en Cesárea (372). En ese mismo siglo, en Trevisia, se instaló junto a la puerta de una iglesia una cuna de mármol para que depositaran en ella a los niños y pudieran ser prontamente socorridos. Para el siguiente siglo, el Código

Teodosiano (438) y más tarde las leyes visigodas, prohibieron a los padres vender a sus hijos y darlos en prenda. Justiniano, en el 530, dio libertad a los expósitos y ordenó que se les educara con fondos públicos. En 815, el Arcipreste Dateus fundó en Milán el Hospicio para niños.

Más adelante, en el siglo XII, en Roma, en una ocasión los pescadores del Tíber encontraron cadáveres de niños recién nacidos; al saberlo el Papa Inocencio III, dispuso que en el Hospital del Espíritu Santo se asistiera a los niños expósitos; y en 1136 se creó el Hospital de los Inocentes de Florencia.

En 1362 se fundó en París el Hospital de Saint Esprit; en 1536 el de Enfants Dieu para acoger a los hijos de los que morían en el Hôtel Dieu y cuyos lechos compartían con los adultos. En los siglos XV y XVI el Cabildo de Nuestra Señora de París asistía a los niños expósitos en la casa del puerto de Saint Landry. En 1537, Santo Tomás de Villanueva convirtió parte del Palacio Episcopal de Valencia en Hospicio para niños abandonados; por ello fue llamado el Padre de los pobres.

En 1567 se instauró en Madrid la Inclusa o Casa de Expósitos, y en 1600 el médico Jerónimo Soriano creó en Teruel el primer Hospital de niños y escribió un tratado de infancia. Por aquel entonces surgió la gran figura de Mr. Vincent, más tarde San Vicente de Paúl, creando la casa Couche, la Comunidad de Hijas de la Caridad e inspirando a Luis XIII, en 1642, y a Luis XIV, 1670, a favor de los niños.

En España, Carlos III, en 1780, y Carlos IV, en 1794, fomentaron la educación de niños abandonados y mandaron que los justicias de los pueblos castigaran por injurias y ofensas a quienes llamaran a estos niños “bordes, ilegítimos, bastardos o espúreos”, y se les librara de las penas de azotes y de la horca. En Sevilla se instituyó el hogar llamado “Los Toribios de Sevilla”, fundado por el hermano Toribio de Velasco, lejano antecedente de la que fuera jurídica del menor.

Para el siglo XIX, un paso trascendental en orden a la medicina infantil fue la creación en las universidades de las Cátedras de Pediatría en España.

En Estados Unidos se creó el Child Welfare Movement y el refugio para niños vagabundos, maltratados o abandonados en 1825, lo que da pauta a cambios en los enfoques culturales.

En 1860, Ambroise Tardieu, catedrático de medicina legal en París, escribió el primer artículo que claramente presenta el problema aunque no lo identifica como tal; basado en los hallazgos de necropsias, describió las lesiones encontradas en 32 niños, 19 de los cuales murieron quemados o por asfixia. Y aunque varios de esos menores tuvieron fracturas repetidas, éstas fueron explicadas por la existencia de un supuesto raquitismo. En el mismo año, Athol Johnson, del Hospital for Sick Children de Londres, llamó la atención sobre la frecuencia de fracturas múltiples en los niños. Las atribuyó al estado de los huesos, ya que en aquella época el raquitismo era casi general entre los niños londinenses. Sabemos actualmente que casi todos los casos descritos por él eran, en realidad, niños maltratados. Las estadísticas oficiales de Londres revelan que de 3.926 niños de menos de cinco años de edad que fallecieron por accidente o violencia en 1870, 202 muertes fueron atribuidas a homicidio casual, 95 a negligencia, 18 a exposición al frío, debiéndose todas ellas a los malos tratos recibidos. No obstante, la teoría del raquitismo prevaleció hasta bien entrado el siglo XX.

Un ejemplo de la evolución histórica del problema es el caso de Mary Ellen, una niña de 9 años, hija ilegítima, nacida en Nueva York en 1866. La trabajadora de caridad detectó que sufría malos tratos físicos, además presentaba síntomas severos de desnutrición y señales de negligencia en su cuidado. Su presentación ante la policía, los abogados y las agencias de protección no fue tomada en cuenta por carecerse de leyes que protegieran a los niños del maltrato infligido por sus padres o cuidadores; el caso se presentó ante la Sociedad Protectora de Animales con el argumento de que la niña pertenecía al reino animal y por lo tanto era merecedora del mismo trato adecuado que un animal. El proceso judicial fue ganado por la defensa de la niña en 1874, reconociendo la existencia del maltrato y abandono en la sociedad.

En 1875 se fundó en Nueva York la Society for the Prevention of Cruelty of Children, y posteriormente, en 1884, en Londres, la National Society for the Prevention of Cruelty to Children.

Para 1883, médicos ingleses erigieron la primera English Society for the Prevention of Cruelty to Children en la ciudad de Liverpool. También por esa época, galenos, ingleses y franceses describieron la presencia de diversos tipos de fracturas en niños, pero no pudieron establecer una asociación entre dichos fenómenos y la existencia de maltrato. Ellos seguían pensando que el raquitismo y la sífilis ocasionaban múltiples fracturas. En 1885 se fundó en Londres la London Society. Esta sociedad analizó 762 casos de niños con diversos tipos de lesiones y la muerte de 25 de ellos. Sin embargo, no pudo precisarse que los padres fueran los agresores.

La introducción de los rayos X, ya en el siglo XX, permitió disponer en la práctica médica habitual de un elemento técnico que facilitara el registro del fenómeno llamado “trauma desconocido” (fracturas en diferentes etapas de recuperación observadas en niños ingresados en hospitales), y cuyo origen no se podía establecer ya que el relato de los padres era contradictorio o ambiguo.

En esta época, la ideología imperante era que los pediatras debían atender a las lesiones producidas por los malos tratos, pero éstos no eran considerados un problema social.

2. Descripción de síntomas sin identificar (1946-1961): se abre la etapa específicamente científica, con la realización de investigaciones y la publicación de trabajos.

Cuando Caffey publicó en 1946 los hallazgos de fracturas múltiples y hematoma subdural en seis niños, es posible decir que realmente se inició la descripción de lo que en la actualidad se conoce como Síndrome del Niño Maltratado (SNM). Sin embargo, es necesario aclarar que Ingraham ya había descrito los síntomas, signos, patología y tratamiento de este tipo de pacientes, sin establecer claramente el origen del problema. Años más tarde, en 1953,

Silverman describió lo que llamó “traumatismos esqueléticos no reconocidos” y sugirió que muy posiblemente los padres eran los culpables de tales hechos. Así el panorama, tanto Kempe como Silverman introdujeron el término de “Síndrome del Niño Golpeado” al establecer claramente una relación entre la existencia de diversas fracturas y, en ocasiones, presencia de hematoma subdural. Pero lo más importante fue descubrir que este tipo de lesiones habían sido ocasionadas por alguno de los padres o algún adulto que cuidaba al menor.

En 1955, Wooley y Evans, publicaron un trabajo donde insinúan que el origen de algunas lesiones traumáticas en los niños puede deberse a la violencia de los padres o cuidadores; dicho trabajo fue publicado en el Journal of the American Medical Association titulado “Significance of Skeletal Lesions in Infants Resembling Those of Traumatic Origin” (“Significado de las lesiones esqueléticas de los lactantes, similares a las de origen traumático”).

Paralelamente se observa una serie de medidas de protección hacia los niños, específicamente a partir de la Declaración de los Derechos del Niño, presentada en 1923, y que es aprobada en 1959 en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

3. Identificación (desde 1961 hasta mediados de los años '70): en 1961, Kempe organizó un simposio interdisciplinario en la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatría sobre el Síndrome del Niño Golpeado y en 1962, el Journal of the American Medical Association publicó una descripción completa del síndrome desde el punto de vista pediátrico, psiquiátrico, radiológico y legal, así como las primeras cifras de prevalencia en Estados Unidos. Así se acuñó el concepto de Battered Child Syndrome –síndrome del niño golpeado- en la literatura médica mundial.

Unos años después, en 1972, Caffey describió el Shaken Baby Syndrome –síndrome del bebé sacudido-, forma no común de maltrato infantil, con especial repercusión neurológica, caracterizada por la presencia en niños lactantes de hemorragias retinianas subdurales con ausencia de trauma externo o signos

mínimos de maltrato. Su causa es la brusca sacudida de la cabeza al ser sujetado por el tronco o los miembros, produciendo un daño cerebral importante.

El espectro del síndrome se amplió cuando Fontana señaló que también es factible observar en estos niños una serie de alteraciones emocionales, carencia nutricional, negligencia en su atención general, etcétera, por falta de atención del adulto. Este fenómeno puede ocurrir de una manera aislada, o bien asociada con maltrato físico o abuso sexual que se conoce como “deprivación” social o emocional o ambas, dependiendo del fenómeno existente. La presencia de diversas formas de abuso sexual obligan a considerar esta problemática dentro del contexto integral del fenómeno que está analizando en virtud de su elevada frecuencia y por la repercusión que dicha agresión puede tener en las esferas emocional o social de los pacientes.

4. Reconocimiento (desde mediados de los años '70 a mediados de los años '80): se incluye la tipificación del maltrato infantil como problema clínico, psicológico y social, y se comienza a registrar el síndrome del niño maltratado.

En 1977 comenzó a funcionar la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia al Niño (ISPCAN) y el 13 de mayo de 1986 surge la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados.

5. Prevención (desde mediados de la década del '80 hasta el presente): esta etapa ha tenido mayor desarrollo en los países del Primer Mundo. Allí es factible observar diferentes programas dirigidos a las familias en riesgo, a padres adolescentes, a los propios niños y a diferentes situaciones de abordaje comunitario.

La prevención sólo es posible de llevarse a cabo cuando el problema mínimamente es reconocido por la sociedad y se han establecido canales adecuados de detección y derivación, los cuales permiten destinar recursos

humanos y financieros para adelantarse a la ocurrencia de las diversas formas de violencia hacia el niño.

2.2. Aspectos Legales.

Uno de los aspectos esenciales para tratar de erradicar el maltrato infantil, es el legal; es un sustento para las acciones que se ejecutan hacia la prevención, la educación, el tratamiento, y puede ser la pauta para un cambio en los patrones socioculturales en nuestro país. Sin embargo, el conocimiento de esto por parte de profesionistas y comunidad en general, no es muy amplio, por lo que es importante detenerse a mencionar aquellas leyes que se han establecido para el problema general de violencia intrafamiliar, en el que por consiguiente quedará incluida la situación que se compete.

La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar aprobada en 9 de Julio de 1996, se describe de la siguiente manera:

En el Título Primero, Capítulo Único, dentro de las Disposiciones Legales, se mencionan los siguientes artículos:

ARTICULO 1.- Las disposiciones contenidas en la presente ley son de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer las bases y procedimientos de asistencia para la prevención de la violencia intrafamiliar en el Distrito Federal.

ARTICULO 2.- Incluye:

- I. Administración Pública.
- II. Consejo.
- III. Delegaciones.
- IV. Ley.

ARTICULO 3.- Para Los efectos de esta Ley se entiende por:

- I. Generadores de Violencia Intrafamiliar: quienes realizan actos de maltrato hacia personas con algún vínculo familiar.
- II. Receptores de Violencia Intrafamiliar: los que sufren de maltrato.
- III. Violencia Intrafamiliar: Acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclico dirigido a cualquiera de las siguientes clases:
 - A) Maltrato Físico. En el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia; y provoque algún daño físico.
 - B) Maltrato Psicoemocional. Consiste en actos y omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser: devaluatorias de abandono y que provoquen en quien los recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad.
 - C) Maltrato Sexual. Pueden ser: negar las necesidades sexoafectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen daño.

ARTICULO 4.- Corresponde al Jefe del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Gobierno, la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social y las Delegaciones, la aplicación de la Ley.

ARTICULO 5.- A la Secretaría de Gobierno, a la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social del Distrito Federal y a las Delegaciones les corresponde la asistencia y prevención de la violencia intrafamiliar. Para efectos de la aplicación de la Ley, dichas instancias establecerán los mecanismos de coordinación.

En el Título Segundo, Capítulo Único de la Coordinación y Concentración, incluye los siguientes artículos:

ARTICULO 6.- Se crea el Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar en el D.F., como órgano honorario, de apoyo y evaluación.

ARTICULO 7.- El Consejo deberá contratar un equipo técnico integrado por expertos.

ARTICULO 8.- El Consejo tendrá las siguientes facultades:

- I. Diseñar el Programa Global.
- II. Fomentar la coordinación, colaboración e información entre las instituciones que lo integran.
- III. Evaluar trimestralmente los logros y avances del Programa.
- IV. Analizar el establecimiento de los lineamientos administrativos y técnicos en esta materia, así como de los modelos de atención más adecuados para esta problemática.
- V. Elaborar un informe anual.
- VI. Promover la creación de instancias para allegarse a recursos a efecto de dar cumplimiento a sus fines.

En el título Tercero, Capítulo 1 de la Asistencia y Atención se menciona:

ARTÍCULO 9.- La atención especializada, será tendiente a la protección de los tal violencia, así como a la reeducación respecto a quien la provoque en el familia.

ARTICULO 10.- La atención a quienes incurran en actos de violencia intrafamiliar se basará en modelos psicoterapéuticos reeducativos

ARTICULO 11.- El personal de las instituciones, deberá ser profesional acreditado por algún o algún organismo especializado, público o privado.

ARTICULO 1 2.- Corresponde a las Delegaciones:

- I. Llevar Constancias administrativas.
- II. Citar a los involucrados y reincidentes para erradicar dicha violencia.
- III. Aplicar e instumentar un procedimiento a administrativo.
- IV. Resolver en los casos en que funja como amigable componedor y sancionar el incumplimiento de la resolución.
- V. Proporcionar psicoterapia especializada gratuita.
- VI. Elaborar convenios entre las partes involucradas cuando lo solicite.
- VII. Imponer las sanciones administrativas que procedan en los casos de infracciones a la ley.

VIII. Atender las solicitudes de las personas que requieran el servicio.

ARTICULO 13.- La Secretaria de Gobierno del Distrito Federal, deberá:

- I. Coadyuvar a través del Registro Civil a la difusión del contenido y alcances de la presente ley.
- II. Promover la capacitación y sensibilización de los defensores y personal profesional auxiliar.
- III. Emitir los lineamientos técnico-jurídicos a que se sujetará el procedimiento a que alude el Título Cuarto, Capítulo 1 de la Ley.

ARTICULO 14.- Las Delegaciones podrán solicitar a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal:

- I. Le sean canalizados todos aquellos receptores y presuntos generadores de la violencia intrafamiliar.
- II. Que requiera la certificación de las lesiones y el daño psicoemocional que sea causado como consecuencia de actos de violencia intrafamiliar.
- III. Pida al órgano jurisdiccional competente que dicte las medidas provisionales a fin de proteger a receptores de violencia in intrafamiliar

ARTICULO 15.- La Secretaria de Seguridad Pública:

- I. Contará con elementos especializados.
- II. Hará llegar los diversos citatorios.
- III. Llevará a cabo la presentación para hacer efectivos los arrestos administrativos.
- IV. Incluirá en su programa de formación policíaca, capacitación sobre violencia intrafamiliar.

ARTICULO 16.- Los órganos jurisdiccionales, podrán solicitar a las Delegaciones o a instituciones debidamente sancionadas por el Consejo o que se encuentren

señaladas expresamente por el Reglamento de la Ley, la realización de los estudios e investigaciones correspondientes, las que remitirán los informes dictámenes, procesos psicoterapéuticos de asesores y receptores de la violencia intrafamiliar, y en general, todos aquellos que les sean de utilidad.

Dentro del Capítulo II, comprende lo referente a la Prevención:

ARTICULO 17.- Corresponde a la Secretaria de Educación, Salud y Desarrollo Social, además de las funciones que en materia de asistencia social tiene asignadas, las siguientes:

- I. Concurrir a sitios diversos con fines preventivos.
- II. Fomentar la instalación de- centros de atención inmediata a receptores de la violencia intrafamiliar en coordinación con las instancias competentes.
- III. Promover programas educativos para la prevención.
- IV. Fomentar la sensibilización.
- V. Promover acciones y programas de protección social.
- VI. Fomentar campañas públicas encaminadas a sensibilizar y concientizar a la población.
- VII. Establecer las bases para- el sistema de registro de la información estadística en el Distrito Federal.
- VIII. Llevar un registro de Instituciones gubernamentales y organizaciones sociales que trabajen en la materia.
- IX. Concertar con organizaciones sociales para incorporar sus acciones y estadísticas al sistema de información del Distrito Federal.
- X. Promover que se proporcione la atención o. este problema en los diversas instituciones.
- XI. Coordinarse con la Procuraduría Social del Distrito Federal de Conformidad con las atribuciones que estas tengan.
- XII. Promover programas de intervención temprana
- XIII. Impulsar la formación de promotores comunitarios.

- XIV. Fomentar, en coordinación con instituciones especiales, públicas, privadas y sociales, la realización de investigaciones sobre el fenómeno de la violencia intrafamiliar.

En el Título Cuarto, del Capítulo 1, el cual habla de los procedimientos Conciliatorio y de Amigable composición o Arbitraje, se menciona los siguientes rubros:

ARTÍCULO 18.- Las partes en un conflicto intrafamiliar podrán resolver sus diferencias.

ARTICULO 19.- Cada. procedimiento se llevará a cabo en una sola audiencia.

ARTICULO 20.- Al iniciarse la audiencia, el conciliador procederá buscar la avenencia entre las partes.

ARTICULO 21.- De no verificarse el supuesto anterior, las delegaciones con posterioridad procederán a iniciar el procedimiento que concluya con una resolución que será de carácter vinculatorio y exigible para ambas partes.

ARTÍCULO 22.- El procedimiento ante el amigable componedor a que hace alusión el artículo anterior, se verificará en la audiencia de amigable composición y resolución de la siguiente forma:

- I. Se iniciará comparecencia de ambas partes o con la presentación de la constancia administrativa.
- II. Las partes de dicha comparecencia ofrecerán las pruebas que a su derecho convenga a excepción de la confesional.
- III. Se recibirán los alegatos verbales de las partes quedando asentados en autos.

ARTICULO 23.- Cuando alguno de las partes incumpla con las obligaciones y deberes establecidos en los convenios o en la resolución del amigable componedor en los términos previstos en el Código de procedimientos Civiles para el Distrito Federal, podrá acudir ante la autoridad jurisdiccional respectiva para su ejecución, independientemente de la sanción administrativa que se aplique.

En el Capítulo II, se estipulan las Infracciones y Sanciones, diciendo de la siguiente manera:

ARTICULO 24.- Se consideran infracciones a la presente Ley:

- I. El no asistir sin causa justificada a los citatorios.
- II. El incumplimiento al convenio derivado del procedimiento de conciliación.
- III. El incumplimiento a la resolución de la amigable composición.
- IV. Los actos de violencia intrafamiliar ya antes señalados.

ARTICULO 25.- Las sanciones aplicables a las infracciones serán:

- I. Multa de 30 a 180 días de salario mínimo
- II. Arresto administrativo inmutable hasta por 35 horas.

ARTICULO 26.- Se sancionará con multa de 30 a 90 días de salario mínimo y que se duplicará en caso de conducta reiterada hasta el máximo de la sanción establecida.

ARTICULO 27.- Se sancionará con multa de hasta 180 días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal.

ARTICULO 28.- Se citará nuevamente a las partes para que éstas manifiesten lo que a su derecho convenga, antes de que el amigable componedor sancione dicho incumplimiento sin mayor justificación.

Dentro del Capítulo III, se mencionan los Medios de Impugnación:

ARTICULO 29.- Contra las resoluciones y la imposición de sanciones de la Ley, procederá el recurso que establece la Ley de procedimiento Administrativo del Distrito Federal.

En los Transitorios se dicta así.

PRIMERO. La Ley entrará en vigor 30 días después de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

SEGUNDO. El reglamento de la presente Ley deberá expedirse dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que entre en vigor la Ley.

TERCERO. El consejo a que se refiere el artículo 6 de este ordenamiento deberá instalarse dentro de los 90 días naturales a partir de la entrada en vigor de la ley.

CUARTO. En tanto es nombrado el Jefe del Distrito Federal, las facultades que esta ley le confiere, serán ejercidas por el Jefe del Departamento de! Distrito Federal.

QUINTO. Se derogan todas aquellas disposiciones administrativas que se opongan al contenido de la presente Ley.

El 5 de Octubre de 1990, en el Diario Oficial de la Federación, se estipula el Acuerdo del Procurador General de justicia del Distrito Federal, para crear el Centro de Atención de Violencia Intrafamiliar (CAVI). En general, este acuerdo, menciona que el Centro, dependerá a la supervisión General de servicios a la Comunidad por el conducto de la Dirección de atención a Víctimas, asimismo, dicho centro dará una atención integral a través de servicios médico-psicológico, social y legal. También tendrá la función de realizar programas tanto preventivos como de rango psicoterapéutico para la atención de los víctimas del maltrato. De igual manera, cabe recalcar que dicho servicio es gratuito las 24 horas del día, todo el año.

Otro aspecto legal en nuestro país, son los Derechos Humanos de los Niños, los cuales se ejecutan a través de las Leyes nacionales y a nivel internacional, a partir de la Convención Mundial de los Derechos del Niño aprobada en 1989 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU); y que en 1990, el Gobierno de México ratificó dicha convención.

A continuación se presenta lo más relevante de los 40 artículos que hablan sobre los derechos de los niños, referidos a la situación mexicana; empezando por una definición que se hace del Niño: es todo ser humano menor de 18 años. No importa su raza, sexo, idioma, religión, nacionalidad, si es rico o pobre si tiene padres o no, si tiene impedimentos físicos o mentales.

Todos los niños mexicanos pueden exigir y gozar de estos Derechos:

- I. El Derecho a la vida y a la supervivencia:
 1. Todo niño tiene Derecho a la Vida.
 2. Tiene Derecho a nacer sano y fuerte aún estando en vientre materno.
 3. Nadie puede quitarle la vida.
 4. Tiene Derecho a que lo cuiden de su salud.
 5. Tiene Derecho a alimentarse bien a pesar de ser pobre.
 6. No se puede impedir que los niños busquen en cualquier lugar y forma, lo necesario para alimentarse vestirse y lo que les haga falta.

- II. El Derecho a un nombre, una nacionalidad y una familia.
 1. El niño recién nacido debe ser registrado para tener nombre y la nacionalidad mexicana.
 2. Nadie podrá separarlo de su familia, solo cuando lo maltraten y abusen de él será separado, las autoridades podrán tomarlo en custodia y buscarle una nueva familia.

- III. El Derecho a una vida digna:

1. El Gobierno ayudará a los padres a darles lo necesario, cuando estos no puedan darle todo lo necesario.
2. Tienen que ser protegidos de la explotación económica, y que sigan estudiando y no tengan que verse obligados a trabajar antes de tiempo.
3. El Estado debe crear instituciones, instalaciones y servicios para los pequeños (jardines de niños) para los padres que trabajan.

IV. El Derecho a ser protegido de todo tipo de abusos:

Las autoridades protegerán de cualquier adulto para que:

- a) No se abuse sexualmente de ellos.
- b) No sean encarcelados (o encerrados en sus casas), golpeados ni torturados.
- c) No se ataque con actos o palabras su dignidad, su honra o reputación.
- d) No sean entregados en adopción ilegalmente o por dinero.
- e) No sean obligados a trabajar y entregar el producto de su trabajo a otros.
- f) No se les impida decir libremente lo que sienten y piensan.
- g) No se les acuse de malos actos sin probabilidad de defenderse.
- h) No se les quiten sus pertenencias, su dinero, o se abra su correspondencia.

V. El Derecho a ser tratado con respeto por las autoridades.

1. A no ser golpeado, torturado, humillado por la policía aún siendo niños callejeros.

2. Ningún menor puede ser arrestado excepto, a) cuando sea por orden de presentación firmada por un juez y b) si un niño es sorprendido cometiendo un acto ilícito.
3. Si un niño es detenido, debe estar separado de los adultos, deben ser atendidas sus necesidades, y no ser golpeado, insultado o atemorizado.
4. Todo niño privado de su libertad debe recibir cuanto antes la ayuda de un abogado, de una trabajadora social, de un médico y de un psicólogo.
5. Todo menor de 18 años es inocente mientras no se compruebe su culpabilidad conforme a la ley.
6. Debe informársele de qué actos ilícitos se le acusa.
7. No será obligado a presentar testimonio o a declararse culpable.

VI. El Derecho a ser educado en la libertad:

En México existe ese Derecho escrito en el Art. 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

1. La educación preescolar, primaria y la secundario hace poco es obligatoria y gratuita, los niños pobres que viven con su familia y los niños de la calle, tienen el derecho a que el Estado los ayude, con alimentos, ropa y útiles escolares.
2. Vivan o no vivan con su familia deben recibir, una educación que desarrolle al máximo sus capacidades intelectuales, artísticas, espirituales, y físicas.
3. En las escuelas Públicas o privadas los maestros, inspectores, o directores no pueden usar golpes, gritos, insultos o amenazas para mantener la disciplina.
4. Los niños deben ser educados para. respetar los derechos humanos, la libertad y la paz entre las personas y los países, en las escuelas,

ningún niño puede recibir ataques, a su honra o reputación -o a la de su familia. Tampoco se puede invadir su vida privada, su correspondencia o su religión.

5. Debe enseñárseles a los niños la importancia de mantener limpios el agua, el aire y el suelo de nuestro ambiente (árboles, plantas y animales).
6. Si es indígena tiene el derecho de ser educado en su lengua.
7. Dentro y fuera de la escuela el niño tiene derecho a asociarse libremente con otros niños y a celebrar reuniones pacíficas.
8. Tiene derecho a la libertad de expresión, siempre y cuando lo que diga no dañe los derechos o la reputación de otros.
9. A ningún niño se le impedirá jugar.
10. Los niños con impedimentos físicos, tendrán derecho a todo lo que se les da a los otros niños, además de protegerlos para que no sufran ningún daño.
11. Los niños con impedimentos físicos más severos (ciegos, sordos y con daño cerebral) para ellos habrá escuelas especiales gratuitas., sin embargo deben tratar de que asistan a escuelas comunes y corrientes y los niños sin impedimentos deben aprender a verlos como compañeros dignos de respeto y comprensión, También tienen derecho al juego, la recreación y la cultura.

VII. El Derecho al juego, la recreación y la cultura:

8. El juego es indispensable para el desarrollo del niño, porque jugando se prepara para la vida.
9. Todos los niños tienen derecho a la recreación, los adultos deben de llevarlos al circo, al zoológico, al teatro, espectáculos al aire libre, a jugar con ellos o dar una vuelta.

10. Los niños tienen derecho a la cultura de nuestro pasado y presente indígena.
11. El Estado se encargará de producir todo tipo de libros, películas y videos para que los niños conozcan la sabiduría de nuestros pueblos antiguos en lo que se refiere a la medicina, manejo de (a naturaleza y las ciencias.
12. Otro derecho es acercarse al trabajo artístico.

VIII. El derecho a ser primero en todo.

Cualquier niño no importando su sexo, raza, idioma, nacionalidad, religión o si es rico, pobre, tiene derecho a ser atendido en primer lugar y en cualquier situación y su bienestar es más importante que los de cualquier persona, en especial en situaciones de emergencia civil o de guerra.

Este derecho es universal y válido en cualquier momento o lugar de nuestro país, porque resume todas las obligaciones que todos los adultos mexicanos debemos cumplir.

La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por todos los países de la región, aparece como un hito histórico en la demarcación de nuevos rumbos en contra de las múltiples manifestaciones sociales de maltrato infantil. El Art. 19 de este tratado internacional dispone que “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o Abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo custodia de sus padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”

Si bien la CDN sitúa al niño como sujeto pleno de derechos, antes de su existencia, las leyes locales entendían el castigo de los padres a sus hijos como algo perfectamente válido. Hoy, esta situación ha sido transformada para bien de

la infancia en el artículo 5 de la CDN que establece que “los Estados Partes respetarán las responsabilidades de los padres, de impartirles dirección y orientación apropiada para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la Convención”.

El proceso judicial no sólo cumple con el objetivo de proteger al menor y sancionar al agresor, sino que le permite al menor reubicar sus experiencias en un nuevo orden ético y moral.

El proceso de rehabilitación del niño maltratado implica que se reconozcan sus derechos. Es necesario que se le escuche en “su verdad”, es decir, que los testimonios de los niños puedan constituir prueba y que le sea asignado un abogado. Esto implica la necesidad de enfrentar los mitos que descalifican a priori el relato del menor. En la cultura de lo adulto, se tiende a desvalorizar la declaración del niño, aduciendo que éste miente o bien fantasea. Cuando guarda silencio se habla de “retracción”. La protección del niño necesita basarse en su credibilidad. En caso contrario, el riesgo continuará con mayor fuerza, debido a la impunidad del agresor. (UNICEF, 1999).

El Centro de Orientación y Prevención de la Agresión Sexual, A.C., publica un artículo en el cual se menciona a la Secretaría de Salud, que en su Norma Técnica de Prestación de Servicios de Salud y en los criterios para la atención médica de la violencia familiar, (NOM-19OSSA1-1999) define a ésta como: “... Acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder —en función del sexo, la edad o la condición física— en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico sexual o abandono.”

En el estado de Jalisco, el artículo 193 del Código de Asistencia Social, conceptualiza la violencia intrafamiliar como: “La acción u omisión intencional que ponga en peligro, o afecte su integridad física, psicológica o sexual, que se ejerce en contra de algún miembro de la familia, por otro integrante de la misma, independientemente de que pudiese constituir delito.”

Para los efectos de este libro, las instituciones a cargo del Estado también atenderán los casos de violencia que se cometen en contra de determinada persona que, sin estar en alguno de los supuestos del párrafo anterior, habite en el domicilio del agresor y exista una relación de tutela, custodia o cuidado con dicha persona. El Código Penal para el Distrito Federal, en su artículo 343 Bis, señala lo siguiente:

“Por violencia familiar se considera el uso de la fuerza física o moral, así como la omisión grave, que de manera reiterada se ejerce en contra de un miembro de la familia por otro integrante de la misma contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones”.

“Comete el delito de violencia familiar el cónyuge, concubina o concubinario; pariente consanguíneo en línea recta ascendente o descendente sin limitación de grado, adoptante o adoptado, que habite en la misma casa de la víctima”.

Artículo 343 Ter. “Se equipara a violencia familiar y se sancionará con seis meses a cuatro años de prisión, al que realice cualquiera de los actos señalados en el artículo anterior en contra de la persona con la que se encuentre unida fuera de matrimonio; de los parientes por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado de esa persona, o de cualquier otra persona que esté sujeta a la custodia, guarda, protección, educación, instrucción o cuidado de dicha persona, siempre y cuando el agresor y el agredido habiten en la misma casa”. (<http://www.contralaviolencia.org>).

Con lo anterior, puede demostrarse que ante la ley, el maltrato infantil está delimitado y por consiguiente se puede actuar para combatirlo, empero, no es suficiente debido a que existen aún otros factores que probablemente impidan y hasta fomenten este problema, como es el aspecto social que a continuación se detallará.

2.3. Aspectos Sociales.

Muchas personas se han enfrentado en algún momento con el concepto de maltrato infantil; es más, se han encontrado frente a un niño maltratado y a pesar de no ser expertos en el tema reconocen la presencia del fenómeno. No se trata de algo nuevo; hay un conocimiento social que dice de qué se trata, que da sentido a lo que se ve y, a partir de allí, será la conducta a seguir, se sabrá qué hacer o no hacer, etc.

Sin embargo, el concepto de maltrato infantil suele estar representado socialmente a través de una serie de construcciones sociales, no siempre exactamente coincidentes con la realidad. Hay mitos y representaciones sociales instalados en nuestra cultura, que distorsionan la percepción misma del concepto de maltrato infantil y que influyen directamente a la hora de captar su alcance y significado. Nos detendremos a analizar los más comunes, aquellos que tienen un fuerte peso en los significados cotidianos.

Diferentes estudios han planteado las distorsiones más comunes en la representación social del maltrato (De Paúl y Arruabarrena, 1995 y Casas, 1993; en Bringiotti, op. cit.) y en los mitos acerca de la violencia (Corsi, 1994).

1. Se suele asimilar el maltrato infantil, en sentido general, al primer tipo de maltrato conceptualizado por Kempe en 1974, como es el maltrato físico y, en general, a los casos más graves y siniestros. Esto nos lleva a desarrollar una real conciencia social del problema, ya que los casos de maltrato quedan definidos como muy graves y poco frecuentes y no se detectan las otras formas que adopta el maltrato infantil, además del físico.
2. El maltrato infantil es considerado como una consecuencia de la maldad intrínseca de los padres o como una deformación patológica individual. De ahí se desprende la instalación de medidas punitivas “ejemplificadoras” para evitar males mayores, sin registrar que, además de medidas de

protección, se necesitan medidas sociales para apoyar el desempeño de la función parental.

3. En cuanto a determinar en qué grupos sociales se produce el maltrato, nos enfrentamos con dos posturas, ninguna con suficiente peso propio para imponerse a la otra. Se suele afirmar que el maltrato se observa en los grupos más desfavorecidos o marginales, en pésimas condiciones de vida, hacinamiento, pobreza, limitaciones psíquicas, en los cuales pueden ocurrir todo tipo de aberraciones. La otra postura pretende democratizar la ocurrencia de la violencia, afirmando que ocurre en todos los grupos sociales por igual. Desde cierto punto de vista ambas tienen razón. El mejoramiento de las condiciones de vida y marginalidad de muchos sectores llevaría a un mejoramiento o, por lo menos, a un control de la ocurrencia de episodios violentos. Al mismo tiempo, es cierto que los sectores sociales más acomodados también ejercitan vínculos violentos, a veces con más sutilezas que, aunque menos impactantes, son igualmente perniciosos y la posibilidad de esconderlos resulta más fácil: “de eso no se habla”, “acá eso no ocurre”, etc.
4. Respecto de las conductas a seguir frente a la ocurrencia de malos tratos, se ha pasado de una actitud permisiva –lo padres tienen derecho a criar a sus hijos de la manera que consideren adecuada- a una mayormente intervencionista del Estado: el niño debe ser protegido y aun sacado del hogar si en él corre peligro su vida o existe el riesgo de secuelas psicológicas.

Corsi (op. cit.) menciona algunos de los mitos más comunes que se han instalado con respecto a la violencia familiar. Muchos de ellos, dado su carácter “universal” –por lo menos en la cultura occidental y en muchas áreas de la oriental-, reiteran algunos de los conceptos que hemos analizado en la enumeración de las representaciones sociales:

- Los casos de violencia familiar son escasos, no representan un problema tan grave.

- La violencia familiar es producto de algún tipo de enfermedad mental.
- La violencia familiar es un fenómeno que sólo ocurre en las clases sociales más necesitadas.
- El consumo de alcohol es la causa de las conductas violentas.
- Si hay violencia, no puede haber amor en una familia.
- Las víctimas de maltrato a veces se lo buscan, algo hacen para provocarlo.
- La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la esencia del ser humano.

Estos mitos conllevan a creer que el maltrato se considere como vergüenza y por consiguiente se niegue, por lo que en algunos países (tanto desarrollados como en desarrollo) este problema es escondido.

Son muchas las razones que inducen a creer que el maltrato y descuido de menores se tornará todavía más común a medida que los países hacen la transición de economías reglamentadas a economías de mercado más abiertas y con menos estructuras para el bienestar social. Lo anterior es debido a que el crecimiento urbano recarga los servicios médicos y sociales, a que las mujeres ingresan al mercado de trabajo cada vez en mayor número, y a que por diversas causas más familias se ven desplazadas de sus hogares y su entorno cultural. (Galeano, 2003)

La cultura y las tradiciones de cada país también influyen en la concepción que se tenga sobre el maltrato infantil. Por ejemplo, las formas de crianza en distintas culturas nos demuestran que cosas que nosotros hacemos y nos parecen naturales, en otras sociedades están ausentes casi totalmente.

Los indicios a los mecanismos que empiezan como algunas formas de violencia intergeneracional pueden encontrarse tras examinar estudios transversales sobre la cultura. Levinson (1989; en Buchanan, 1996) demuestra

cómo algunos factores dentro de una misma sociedad pueden influenciar si en ella existe mayor o menor violencia. Whiting y Edwards (1988; en Buchanan, op. cit.) demuestran que los estilos parentales en los cuales hay mayor o menor nivel de agresividad se pueden producir diferentes condiciones de vida.

Cuando el trasfondo cultural de un progenitor es muy distinto del de la comunidad en general, esto puede conducir, como es natural, a un sentimiento de extrañeza. El mero hecho del aislamiento puede hacer que el sujeto se aferre más a sus viejos valores, considerando su pérdida como una amenaza a su propia identidad. Cuando los valores culturales incluyen prácticas de crianza del niño que no son aceptadas por la comunidad actual, los padres pueden resistirse enérgicamente a cualquier tentativa de cambio. Un padre puede aferrarse a su autoridad masculina, en vías de desaparición, y reaccionar con furia irracionalmente, ya que el deterioro de la autoridad familiar representa para él la pérdida de muchas más cosas. En otra cultura, una situación potencialmente peligrosa puede ser evitada debido a lo adecuada de la demanda parental. Así, por ejemplo, un padre severo no tendría que manifestar sus exigencias tan agresivamente si la comunidad que le rodea está de acuerdo con él en que su hija no tiene que salir con chicos hasta los diecisiete años (Kempe y Kempe, 1996).

En nuestra sociedad aún impera la idea de que los padres, al ser los que deben educar a sus hijos, son quienes deben también decidir los medios que hay que utilizar para hacerlo. Este factor, unido al que se refiere a la creencia de que los hijos son propiedad privada de los padres, hace que sean pocas las personas que, ante el conocimiento de un caso de maltrato, se decidan a intervenir a favor del menor (De Torres y Espada, 1996).

La explicación que proviene del estudio de las tradiciones culturales que prevalecen y que, con base en una fundamentación acaso servilista, justifican que los niños son considerados con frecuencia como “propiedad de los padres” y, en tal condición, deban someterse con obediencia a sus decisiones en materia de educación, disciplina, comportamiento, desarrollo de la personalidad, etc.

No les va mejor a los niños, a las niñas y a los adolescentes, a quienes con frecuencia las propias madres obligan a justificar sus lesiones con causas totalmente ajenas frente a los demás familiares, así como con los maestros de la escuela, o ante las autoridades responsables de la protección de los menores, cuando estos hechos son denunciados ante la Procuraduría de Justicia.

En México, el Centro de Orientación y Prevención A.C. (<http://www.contralaviolencia.org>) describe lo angustiante que es la notoria violencia en contra de los infantes, y que no se pueda actuar; ya que al ser interrogados estos por el médico de urgencias o por personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, cuando son reportados al Programa de Prevención y Atención al Menor Maltratado, los chicos con frecuencia y ante el temor de sufrir peores consecuencias, son obligados a mentir en relación con la causa de sus lesiones: (“unos niños me pegaron”, “me caí de la bicicleta”, “no son golpes; es que me picaron los mosquitos y se me infectaron”, “sin querer mi mamá me pegó pero ella no quería darme tan fuerte”, “mi hijo mayor tiene que corregir a los más chicos, sólo que a veces se le pasa la mano”).

Con el tiempo, tanto las niñas como los niños, llegan a justificar tales actos. Cabe aclarar que un alto porcentaje de menores de edad son víctimas de maltrato físico, por parte de la madre principalmente, quien con el ánimo de “corregir y educar”, o por desesperación al no encontrar la forma de trato o control del menor, se excede y les llega a provocar lesiones severas e incluso la muerte.

UNICEF (1999) ha publicado un estudio de la Cámara de Diputados, en el cual revela que sólo en la capital mexicana se reciben cinco denuncias de maltrato infantil al día y en su mayoría las víctimas son niñas. Según datos, el 70 por ciento de los adultos mexicanos, considera normal y parte necesaria de la educación dar golpes y gritos a los menores. En este sentido, el 30 por ciento de los niños asegura haber recibido castigos de sus padres por la vía de los golpes, el jalón de orejas y reprimendas emocionales.

Esto, es ejemplo de que la eliminación del castigo corporal es esencial para reducir el maltrato físico, sin embargo este factor de riesgo ha sido virtualmente ignorado. Están involucrados mitos que refieren que el castigo físico es “algunas veces necesario e inofensivo cuando se hace con moderación por padres amorosos” (Sánchez y Pacheco, 2003; p. 2)

Otro de los problemas sociales que puede actuar para que se produzca una situación de maltrato, son los factores económicos:

- * Situación laboral: desempleo, inestabilidad laboral, excesiva carga horaria, entre otras.

- * Vivienda: hacinamiento, viviendas compartidas con otras familias, malas condiciones de habitabilidad, etc.

- * Necesidades básicas insatisfechas, problemas de marginalidad, entre otras. (Cárdenas, 1998)

Los medios de comunicación masiva, de igual manera influyen socialmente y tienen un rol fundamental como formadores de opiniones. “Son unas de las instituciones que proporcionan definiciones “oficiales” de la realidad, conjuntamente con el sistema educativo y los estratos más elevados del sistema legal” (Barrios, 1999; p. 43)

El acceso a la información es un derecho esencial de todo individuo, y como tal se debe lograr una representación plural y democrática de las distintas temáticas sociales que involucran a nuestro país y al mundo.

Lamentablemente, en muchas ocasiones los medios realizan el abordaje periodístico desde una óptica sensacionalista, y en otros casos el tema no es tratado en forma completa. Estos son algunos de los problemas que ponen en riesgo la construcción democrática y plural de la información, contribuyendo a que la sociedad civil se forme una visión sesgada del tema.

En relación con la infancia, saber cuánto y cómo se aborda el tema parece ser un elemento fundamental para pensar estrategias que promuevan y difundan su realidad en forma integral.

Al referirnos específicamente al maltrato infantil, se identifican dos grandes problemas en la forma en que los medios de comunicación masiva plantean la temática:

- a. El problema del maltrato infantil no es abordado en todas sus dimensiones
- b. El “modo” con que cada nota informa. Este aspecto refiere a los términos que se utilizan en la escritura periodística para referirse a casos de maltrato.

Con base al primer punto, se encuentra que “...el maltrato común no es noticia y que aquellos casos en que la noticia se publica, el estilo utilizado es sensacionalista, parece ser que interesa más el amarillismo que la denuncia de la situación” (UNICEF, op. cit.; p. 30).

Son muy escasas las oportunidades en que los medios se han involucrado en tareas de prevención y difusión de información sobre las reales dimensiones del problema y sus posibles consecuencias.

Con respecto al segundo punto, parece existir una diferencia substancial en el modo con que cada nota informa dependiendo del universo al cual se refiera.

A modo de ejemplo, es interesante citar algunas de las interrogantes presentadas por José Laso en su estudio “Prensa y Maltrato Infantil”:

¿Por qué se señala a unos con su nombre propio y a otros se los protege en el anonimato?

¿Por qué se carga a los contextos físicos de estereotipos: suburbio: lugar de violencia, barrio residencial: espacio protegido y apacible?

¿Por qué hay un tratamiento absolutamente diferenciado de los presuntos actores del hecho: “distinguido profesional”, “fiesta rosada” que hace presumible su inocencia, mientras los otros por el contexto y un “adjetivo” son condenados de antemano?

¿Por qué de unos se sacan conclusiones generales y los otros aparecen como casos raros e insólitos?

¿Por qué se reduce el problema del maltrato a una sola de sus dimensiones, la dimensión policial y por qué se clasifican los hechos como únicamente delictivos y policiales?

La actual permisividad ante la violencia en los medios de comunicación y la poca sorpresa que nos causa ver escenas violentas en la calle (sirvan de ejemplo, las agresiones verbales y físicas que se ven a diario en los atascos de tráfico), crean un clima que favorece cualquier forma de reacción violenta, incluidos los maltratos a los menores. Esto es porque la violencia nos parece natural, lo que conlleva a una insensibilidad hacia el maltrato y la explotación hacia el infante (Cárdenas, 1998).

Por lo tanto, aquellas personas que trabajan en los distintos medios de comunicación masiva no escapan a esta realidad, forman parte de nuestra sociedad y se encuentran mediatizados con la estructura de la vida cotidiana.

Esto no significa en modo alguno justificar un tratamiento “sesgado” de la problemática, sino que las personas que trabajan en los distintos medios de comunicación deben ser conscientes de su propia realidad para poder afrontar los temas de la manera más objetiva posible. (http://www.iin.oea.org/Presentaciones_del_Director_General/discurso_maltrato_infantil.html)

Socialmente, una de las situaciones que igual han fomentado que el maltrato infantil continúe es la poca denuncia por parte de profesionistas y sociedad en general.

Uno de los principales obstáculos para realizar la denuncia son los sentimientos personales del eventual denunciante. Muchos no se quieren “meter en problemas”, otros sencillamente tienen temor de hacer la denuncia, y estas barreras se acrecientan si el involucrado como acusador es un conocido, un familiar o un compañero de trabajo. Algunos creen que la denuncia no sirve para

nada, o aun más, que esta puede volverse en contra del niño a quien supuestamente se quiere proteger; otros opinan que pueden ayudar más si ellos mismos se acercan al niño y su familia. En muchos casos los propios médicos, enfermeras, asistentes sociales, agentes sanitarios, psicólogos o docentes en general desconocen su obligación legal de realizar la denuncia ante la confirmación o sospecha de maltrato infantil.

En el ámbito escolar en particular los obstáculos que impiden la denuncia incluyen entre otros: falta de información suficiente para saber cómo detectar y denunciar casos de maltrato ; temor a las posibles ramificaciones legales que pueda traer aparejada la denuncia o a las consecuencias relacionadas con la misma ; problemas con la familia denunciada, que rechaza y desmiente las sospechas ; miedo a “inmiscuirse” en la privacidad de una familia e interferir o perjudicar aun más la relación entre padres e hijos ; falta de compromiso de la escuela o directamente desaprobación de las autoridades a este tipo de denuncias. Los maestros deben estar más y mejor informados sobre el maltrato infantil en todas sus formas, y las autoridades de los establecimientos escolares, así como la comunidad en su conjunto, deben apoyar a aquellos que denuncian la sospecha del maltrato. Son las autoridades escolares las que deben transformarse en participantes activos en la prevención del abuso infantil en cualquiera de sus formas (Galeano, op. cit.).

Con frecuencia, estos casos son detectados en el centro escolar o en centros de salud y son pacientes, o mejor dicho, clientes cotidianos de atención en el área de urgencias médicas, sin que ello genere perspicacia en el personal médico para investigar las verdaderas causas de las lesiones, o prefieren que el caso del menor pase inadvertido para no perder el tiempo con la denuncia y la declaración ante el Ministerio Público. Por ello, prefieren ver a sus mismos pacientes de violencia familiar mes tras mes, asumiendo con ello una conducta negligente que en nada favorece a los menores de edad, quienes requieren del apoyo de las instituciones ante la carencia de apoyo familiar para poner un alto a la violencia de la que son

objeto(http://www.iin.oea.org/Presentaciones_del_Director_General discurso_maltrato_infantil.html)

Tanto la violencia intrafamiliar como el maltrato infantil son problemas comunitarios, y por tanto, todos tenemos la obligación de asumir un protagonismo activo.

2.4. Detección del niño maltratado.

A diferencia de otras situaciones, en los casos de maltrato infantil generalmente la víctima no denuncia el hecho, como tampoco pide ayuda al agresor.

Los hechos de maltrato son difíciles de ver por personas ajenas al grupo familiar, entre otras cosas porque el maltrato ocurre en el hogar y las secuelas no se aprecian fácilmente. Por lo tanto, la detección activa debe constituir el primer paso de cualquier programa de intervención.

Se deben implementar redes a nivel comunitario que permitan la detección del maltrato y una rápida denuncia. Al mismo tiempo, es fundamental la capacitación a los educadores y a todos aquellos funcionarios que por su trabajo tienen relación con los niños agredidos. (UNICEF, 1999).

Las familias en las que tiene lugar abuso infantil suelen ser familias con múltiples problemas. Muchos servicios comunitarios, por ejemplo colegios, juzgados, centros de salud mental y de atención social, pueden verse implicados en una misma familia. Es esencial que estos agentes coordinen sus servicios y sus esfuerzos con el fin de ofrecer un programa eficaz para detener los malos tratos y ayudar a las familias a aprender y practicar formas positivas y cálidas de relacionarse.

Las dificultades que puede presentar el niño abarca una diversidad de problemas, como falta de estimulación, retraso madurativo, dificultades en el

aprendizaje, problemas de conducta, agresiones, retraimientos, asilamiento... todos ellos presentes luego de descartar una base orgánica para su ocurrencia. En estos casos, la escuela y el docente no pueden ignorar el “caso problema”: lo que empezó en el hogar tiene posibilidades de penetrar en el ámbito educativo e instalarse en él (Bringiotti, op. cit.)

Algunos autores tales como López y Alvarez (1996) y Bringiotti (op. cit.) hacen mención de una serie de indicadores que pueden ayudar en una observación a nivel académico, sin embargo hay que tener en cuenta que éstos por sí solos no son suficientes para demostrar la existencia de maltrato sino que además debemos considerar la frecuencia de las manifestaciones, cómo, dónde y con quién se producen.

Por ello es importante saber interpretar estos indicadores y no quedarnos ante ellos como observadores o jueces de una forma de ser ante la que no podemos hacer nada. Estos indicadores no siempre presentan evidencias físicas, sino que pueden ser también conductas difíciles de interpretar.

Algunos de los indicadores, entre otros, que se pueden dar son:

En el niño:

- Señales físicas repetidas (morados, magulladuras, quemaduras...)
- Niños que van sucios, malolientes, con ropa inadecuada, etc.
- Cansancio o apatía permanente (se suele dormir en el aula).
- Cambio significativo en la conducta escolar sin motivo aparente.
- Conductas agresivas y/o rabietas severas y persistentes.
- Relaciones hostiles y distantes.
- Actitud hipervigilante (en estado de alerta, receloso...)
- Niño que evita ir a casa (permanece más tiempo de lo habitual en el colegio, patio o alrededores).
- Tiene pocos amigos en la escuela.
- Muestra poco interés y motivación por las tareas escolares.
- Presenta dolores frecuentes sin causa aparente.

- Retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual (que no tiene una causa física o neurológica).
- Presenta conductas antisociales, fugas, vandalismo, pequeños hurtos, etc.
- Intento de suicidio y sintomatología depresiva.
- Regresiones conductuales (conductas muy infantiles para su edad).
- Relaciones entre niño y adulto secreta, reservada y excluyente.
- Falta de cuidados médicos básicos.
- Es sumamente hiperactivo o por el contrario excesivamente responsable
- Desinterés de llevar al domicilio los trabajos escolares ante la acogida negativa que tiene en los padres.
- Incertidumbre sobre quién irá a recogerlo a la salida.
- Inquietud desmedida frente al llanto de otros niños.
- Inhibición en el juego.

En los padres o cuidadores:

- Parecen no preocuparse por el niño.
- No acuden nunca a las citas y reuniones del colegio.
- Desprecian y desvalorizan al niño en público.
- Sienten a su hijo como una “propiedad” (“puedo hacer con mi hijo lo que quiero porque es mío”)
- Expresan dificultades en su matrimonio.
- Recogen y llevan al niño al colegio sin permitir contactos sociales.
- Compensan con bienes materiales la escasa relación personal afectiva que mantiene con sus hijos.
- Abusan de sustancias tóxicas (alcohol y/o drogas).
- Trato desigual entre los hermanos.
- No justifican las ausencias de clase de sus hijos.
- Justifican la disciplina rígida y autoritaria.

- Ven al niño como malvado.
- Ofrecen explicaciones ilógicas, contradictorias no convincentes o bien no tienen explicación.
- Habitualmente utilizan una disciplina inapropiada para la edad del niño.
- Son celosos y protegen desmesuradamente al niño.

Estos indicadores pueden observarse en otros casos que no necesariamente se dan en niños maltratados, la diferencia más notable es que los padres maltratadores no suelen reconocer la existencia del maltrato y rechazan cualquier tipo de ayuda, llegando a justificar con argumentos muy variados este tipo de acciones; en cambio los padres con dificultades suelen reconocerlas y admiten cualquier tipo de ayuda que se les ofrezca. (López y Álvarez, op. cit.)

Varios motivos nos llevan a resaltar el papel privilegiado del ámbito escolar en el abordaje del maltrato infantil (De Paúl y Martínez-Roig, 1993) la guardería y la escuela son puntos de referencia social de los niños; en ellas se rompe el aislamiento social que supone la permanencia constante en el núcleo familiar. Los menores son vistos diariamente, durante largos períodos, por profesionales que cada vez deben estar más capacitados en el tema para observar conductas y apariencias y poder establecer comparaciones con los distintos estadios evolutivos. Otro elemento fundamental es la posibilidad de contacto con los padres y/o familia; su “ausencia” es en sí un dato a registrar.

Según los autores, el personal de las escuelas –agregaríamos tanto en el nivel inicial como en el primario, así como en las guarderías y las escuelas especiales- desempeña un papel fundamental en cuatro aspectos.

1. Conocimiento previo del entorno social y familiar del niño: se debe conocer la problemática sociolaboral del barrio para interpretar inadecuadamente lo que se ve.

2. Capacidad personal de observación: saber escuchar en silencio, y no sólo en las horas de clases, sino también durante las actividades lúdicas, las salidas, y sobre todo incluir a la familia.
3. Trabajo en grupo: implica la búsqueda de información también de manera indirecta a través de otras personas, como compañeros, familiares, vecinos.
4. Sistematizar adecuadamente la información: sobre todo, indagar acerca de la historia del niño y protocolizar la información para que los diferentes docentes o aquellos que lo seguirán en la tarea educativa puedan acceder a ella.(De Paúl y Martínez-Roig, op. cit.)

Otro espacio de socialización importante en donde se puede descubrir el maltrato, es en el hospital.

El Pediatra Roberto Sánchez (en Alejandro, 2002), de la Facultad de Medicina, añadió que muchas veces los menores no reciben atención médica oportuna por el miedo de los padres a ser descubiertos. Señala que por lo regular los agresores son los padres –en mayor medida las madres- quienes no procuran la atención médica oportuna de los menores.

Por esa razón, cuando los infantes acuden a consulta, los especialistas de la salud deben buscar, en primer término, daños físicos como cicatrices, golpes y lesiones en huesos.

Un artículo publicado por ADITAL de Soledad (2003), menciona sobre un reporte que presentó el especialista mexicano Perea Martínez (en Jarquin, 2003) en el VII Congreso Latinoamericano y II Iberoamericano sobre “La violencia contra niños, niñas y adolescentes”. En él presenta seis casos del Síndrome del Niño Sacudido, que se caracteriza por hemorragia intracraneal y ocular sin una lesión externa aparente, el cual es reconocido como una forma extrema y grave de maltrato físico infantil y se produce por la aceleración y desaceleración brusca de la cabeza de la menor o el menor, al ser sacudido en forma violenta.

Expuso que se reportan hasta 3 mil 750 casos cada año en Estados Unidos, mientras en México los reportes son aislados. Perea Martínez (en Jarquin, op. cit.) indicó que las lesiones más comunes son el hematoma subdural y la hemorragia retiniana bilateral en el 72% y en el 85% de los casos respectivamente.

Otras lesiones que presenta son las fracturas de costillas y de húmero por el sitio donde es sujetado el niño al ser sacudido.

Su diagnóstico -agregó- es clínico y apoyado en los estudios de tomografía axial computarizada y de resonancia magnética, requiere de tratamiento inmediato. Los casos tienen mayor letalidad cuando el niño o niña llega en estado de coma. Este tipo de agresión presenta una mortalidad del 33% y el 66% que sobrevive presenta secuelas graves.

Haro (2003), comenta que el Dr. Pezoa en el I Congreso de Psicología de la Escuela de Psicología Educativa de la Universidad de Montemorelos, Monterrey, N.L., indica algunos síntomas clínicos para un diagnóstico favorable a un maltrato físico dentro de un hospital:

- Sospechar de abuso físico, siempre que un niño presente hematomas o lesiones que no pueden explicarse en forma adecuada.
- Hematomas y marcas en forma simétrica, como lesiones en ambos lados de la cara, espalda, glúteos y muslos.
- Los hematomas tienen la forma de los instrumentos utilizados, como cuerdas o hebillas de cinturón.
- Señas de quemaduras de cigarrillo en miembros superiores, inferiores, espalda, abdomen.
- Inmersiones en agua hirviendo, provocando quemaduras en forma de guante o calcetín.
- Fracturas múltiples o en espirales, especialmente en bebés.
- Hemorragias en la retina, especialmente en los niños pequeños.

- Niños llevados con frecuencia a los hospitales, para el tratamiento de problemas peculiares, y cuyos padres dan explicaciones incoherentes.
- Deshidratación causada por privación en la ingesta de líquidos.
- Incapacidad para movilizar ciertas extremidades, por dislocaduras o daño intracraneal.
- Rupturas inexplicables del hígado, estómago, intestinos y páncreas.
- Convulsiones, estado de coma y, en algunos casos muerte.
- Niños retraídos y asustados.
- Conducta agresiva y labilidad emocional.
- Depresión, ansiedad y baja estima personal.
- Niños con intento de esconder las señales físicas producto del abuso, por miedo al rechazo de sus progenitores.
- Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Dificultades en la relación con sus compañeros.
- Conductas autodestructivas o suicidas

Descubrir un caso de maltrato genera una infinidad de consecuencias negativas en las relaciones entre los miembros de la familia. Por ejemplo, puede ser el desencadenante de rupturas matrimoniales en parejas que se mantenían unidas exclusivamente por el afán de protección hacia los hijos de uno de sus miembros.

Por éstos y por otros motivos, es muy importante tener claro y asegurarse de que el caso que se presenta es realmente de malos tratos.

Se propone una serie de requisitos para tener la certeza de que el menor ha sido maltratado.

-El daño se ha producido al menos una vez, apreciándose lesiones evidentes.

-Se tiene la seguridad de que el menor ha sido víctima de maltrato por parte de sus padres, aunque en ese momento no existan lesiones físicas.

-Se tiene la seguridad de que los padres emplean el castigo corporal de forma desproporcionada con su hijo (De Torres y Espada, 1996).

En México, existe una norma mexicana para detectar el maltrato infantil en los hospitales, pero todavía no se han establecido programas estandarizados en escuelas (Alejandro, op. cit.).

3. EL MALTRATO INFANTIL FÍSICO DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

3.1. Posibles variables relacionadas con el ejercicio de la violencia en el menor.

Desde que se hizo conciencia del problema social del maltrato infantil, se han realizado estudios para tratar de explicar sus diferentes causas. Diversos autores tales como Loredo (1994); De Torres y Espada (1996); Trujano (1997 y en prensa) y Gallardo, Trianes y Jiménez (1998), entre otros, han tratado de señalar y de entender y explicar la mayoría de ellas, las cuales se puntalizan de la siguiente manera:

AGRESOR/A

Edad. Con respecto a la edad del agresor, ésta en apariencia no constituye un factor de predicción en cuanto al comportamiento anormal. El maltrato ocurre a pesar de que la mayoría de los progenitores agresores tienen una edad en que la maduración biológica es ideal para procrear. Por ello se insiste en que este dato de referencia por sí solo no es suficiente para explicar el problema de maltrato.

Sexo. En la mayoría de los estudios el agresor físico predominante es del sexo femenino y de éste, la madre constituye el principal autor. Se ha recurrido a la idea de que el problema se desencadena debido a que la madre pasa mucho más tiempo con el niño que otros adultos. Por otro lado, es muy probable que existan otros factores psicosociales que condicionen el que la madre se convierta en agresora; aunque no se descarta al padre o tutor, no siendo determinante su edad ni su nivel socioeconómico.

Escolaridad. Al igual que la pobreza, una deficiente preparación académica puede condicionar desconocimiento de cómo atender a un recién nacido o a cualquier niño, hacer caso de tabúes o brujerías para evitar ciertos actos habituales en niños sanos como llanto continuo, salivación excesiva, cólicos, etcétera, o bien que se sigan patrones de conducta aprendidos en la propia infancia para manejar ciertas

situaciones, predominantemente las disciplinarias. Aunque es lógico y entendible todo lo anterior, el fenómeno de maltrato no sucede de manera exclusiva como consecuencia del analfabetismo.

Ocupación. La inestabilidad ocupacional de los padres agresores constituye probablemente una variable muy importante en la génesis de la agresión al menor. La escasa remuneración del trabajo, el horario requerido, la aceptación de la actividad, etcétera, son algunas de las variables que producen inseguridad, la cual puede repercutir en el comportamiento general del maltratador. La casuística de los autores muestra un espectro que incluye desde gente sin empleo hasta profesionistas.

Toxicomanías. El alcoholismo, la drogadicción y la farmacodependencia entre los progenitores de niños maltratados son más evidentes en los países industrializados. Se han realizado algunos estudios en los que se han encontrado tasas altas de consumo de alcohol y drogas como la investigación de Jellined y colaboradores en 1992. Un investigador, Cohn en 1987, al recolectar datos policiales descubrió que el 60% de los casos de maltrato físico había ocurrido cuando uno de los progenitores consumió alcohol o drogas. Sin embargo, en otros estudios la incidencia de problemas de alcohol fue bastante menor, por ejemplo Simons, Downsm, Hruster y Archer en 1966 encontraron sólo el 10% de los progenitores adictos al consumo del alcohol y drogas. Aunque la incidencia de los problemas con alcohol es irregular en los diversos estudios, posiblemente porque dependa de otros factores, la tasa media es alta si se compara con la obtenida en los grupos de control (niños normativos, no maltratados) como han hecho diversos trabajos desde la década de los años 60. Cuando un adulto se encuentra bajo los efectos del alcohol o las drogas, sus habilidades intrapersonales, tales como el autocontrol, autodisciplina y autoevaluación suelen estar afectadas, por lo que es difícil que respondan de forma adecuada a la interacción educativa con el hijo. Estos hogares con problemas de adicciones ofrecen, por un lado, unas pautas negativas de crianza y modelado hacia la prole

y, por otro, una mayor probabilidad para que surja el maltrato hacia el hijo o hacia el otro cónyuge, al presentar una menor inhibición de la agresividad, la hostilidad y la conducta impulsiva (Garbarino y Vondra, 1987; en Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.).

La transmisión intergeneracional de los malos tratos. La hipótesis de la transmisión intergeneracional, indica que aquellos adultos que fueron maltratados en su infancia, cuando son padres tienen mayor probabilidad de desencadenar comportamientos antisociales en sus hijos, debido fundamentalmente a ese trato coercitivo. Rutter en 1979 y Steele y Pollock en 1974 pusieron de manifiesto, según los datos expresados en sus series, que más de las tres cuartas partes de los padres abusivos habían sufrido rechazo, crueldad o infancia violenta y una mayoría habían tenido una infancia adversa. En otros casos, para 1981, los autores Breton, Welbourne y Waters encontraron que las madres maltratadas no pudieron amamantar a sus hijos y tuvieron muchos más problemas en sus relaciones matrimoniales que las que no habían sufrido maltrato. A su vez, Gil en 1970 y Steele en 1980 hallaron que estos padres con alguna historia de abuso o negligencia en su infancia pueden considerar la agresión física como un método disciplinario aceptado sin que necesariamente maltraten a sus hijos de la misma forma en la que ellos lo fueron. Por lo tanto, este tópico se ha cuestionado; pues en 1979 Hunter y Kilstrom, y en 1984 Egeland y Jacobvitz, encontraron que aquellos padres que fueron maltratados en su infancia, no hicieron esto mismo con sus hijos, debido posiblemente a que todos ellos manifestaron una serie de conductas positivas (mayor apoyo social, menos estrés, bebés sanos y una actitud menos ambigua hacia el embarazo y hacia sus hijos), ausentes en los padres abusivos. Estudios recientes sugieren que la experiencia de una infancia cargada de castigos físicos por sí sola no desencadena el maltrato, a no ser que converjan otros factores, como por ejemplo una disfunción familiar. En conclusión, comenta Trujano (1997), las explicaciones centradas en alteraciones conductuales enfatizan que la violencia es una conducta aprendida y por lo mismo, susceptible de modificarse.

Conducta de “cuidado” y “control”. Otro punto a mencionar es la conducta sobre “cuidado y “control” que los padres deban proveer a sus hijos. El cuidado consta de la anticipación de las necesidades del niño de acuerdo a su edad y proveerle de comida, calor y protección. El niño debe ser procurado y tratado como una persona con su propio derecho, y debe sentirse respetado por parte de sus padres. Para proveerle tales cuidados, los padres deben ser capaces de poner las necesidades del niño por encima de las propias y tolerar su dependencia e inmadurez. El control involucra el asegurar que el niño se encuentre a salvo y poner límites a la conducta, tener un cuidado consistente y de acuerdo al nivel de desarrollo en el que se encuentre el niño. El control debe evitar el ser punitivo y los padres deben tener un ejercicio de auto-control. Claramente, la interrelación de facetas y problemas parentales pueden ser vistos como una inhabilidad para mantener un equilibrio entre ambas características. Esto puede observarse en adultos quienes realizan controles punitivos y que desconocen las necesidades del infante. Sus experiencias frustradas de cuidado los hacen a ellos especialmente vulnerables amenazando la relación, su autoestima e ignorando o intolerando las demandas de dependencia. Cualquiera de estos estresores puede provocar una ansiedad extrema y el adulto puede sentirse fuera de control, resultando en una explosión de enojo o intento para castigar o controlar a la persona que produce la inseguridad. Usualmente, este es un impulso violento, pero al agregarlo con un intento de prevenir tales sentimientos, se provoca el surgimiento de tratos violentos o negligentes hacia el niño. Los padres que tienden a maltratar a sus hijos consideran también que el castigo físico constituye un método apropiado para tratarlos. Pueden sentirse desalentados cuando, como es lógico, los azotes no proporcionan ningún resultado, pero no ven auténticamente otra alternativa y quedan deprimidos tanto por su propio comportamiento, como por las respuestas obtenidas. Al no ver otra solución, continúan dentro del mismo círculo vicioso: castigo, deterioro de la relación con el niño, frustración y, de nuevo, castigo (Reder, Duncan y Gray, 1993)

Expectativas y percepciones. Bauer y Twentyman en 1985 encontraron que las madres maltratantes tenían unas expectativas más negativas de sus hijos y además tendían a realizar atribuciones internas y estables de las conductas negativas de sus hijos y atribuciones externas e inestables de las conductas positivas (Arruabarrena y De Paúl, 1997). Los padres maltratadores también suelen tener sesgos perceptivos muy negativos sobre la conducta de sus hijos. Estas distorsiones contribuyen a: 1) desencadenar las conductas de abuso; 2) disminuir la satisfacción de los padres con la relación; 3) dificultar su eficacia para influir en el niño (Gállegos, 2001). Reid, Kavanagh y Baldwin (1987) señalaron que las madres que habían maltratado gravemente a sus hijos percibían a éstos como inferiores en capacidad intelectual que las madres de niños del grupo control, a pesar de que ambos grupos de niños habían sido emparejado en rendimiento escolar. Los padres maltratadores disponen de escasos recursos, que son casi siempre de tipo coercitivo y suelen aplicarlos de forma inconsistente sin relacionarlos con la conducta del niño. La mayoría de los padres maltratadores suelen justificar su maltrato, incluso el que se produce de forma reactiva, en función de la conducta del niño. Dicha justificación es uno de los principales mediadores que contribuye a que el maltrato se mantenga y se agrave (Gállegos, op. cit.)

La psicopatología de los padres. Las investigaciones recientes han puesto de manifiesto que existe psicopatología parental más o menos generalizada allí donde el abuso es más intenso. Jellinek y sus colaboradores para 1992, detectaron en su serie un 84% de padres maltratantes, que habían sido diagnosticados como drogadictos (42%), con problemas psiquiátricos (31%) y con evidencias psicóticas y conductas graves depresivas (11%). Por otra parte, no todos los padres padecen psicopatología grave, sin embargo a partir de algunos estudios de Kempe y Helfer en 1972 y Steele y Pollock en 1974, se acepta que un 10% aproximadamente sufre serios desajustes y desarrollan más violencia y conductas abusivas de otro tipo. No obstante, estos resultados no quieren decir que el factor psicopatológico será determinante para que se desencadene el

maltrato físico. Algunos padres presentan antecedentes de maltrato, abuso sexual durante su infancia y características psicológicas, como baja autoestima, desconfianza, aislamiento social, deficiente manejo del estrés, etc. Un estudio realizado en 1992 por Cuevas, Mendieta y Salazar en instituciones de custodia con mujeres acusadas de infanticidio, reveló que éstas provenían habitualmente de hogares con serios conflictos psicopatológicos, en donde su propia madre era abusada física y sexualmente por su compañero y tenían el común denominador de mostrarse tímidas, aisladas e introvertidas. Muchas de estas mujeres llegan a asesinar a sus hijos presionadas por su compañero que no está dispuesto a cargar con hijos ajenos o que acostumbra maltratar a toda la familia. Otro caso común es que las víctimas sean hijos de la pareja y no de ellas, manifestándose una especie de baja tolerancia de las madrastras al llanto de sus hijastros, a sus enfermedades, o a las complicaciones que les representa: al parecer, son factores que desencadenan fácilmente la desesperación y la agresividad. Pero también existen algunos casos en los que la simple ignorancia, la falta de previsión y las pocas habilidades de crianza de los padres llegan a ser factores que conducen a un evento desgraciado en el que los menores resultan victimizados. En la mayoría de los estudios realizados, sólo se ha encontrado de un 10% a un 15% de casos de sujetos maltratadores que sufren de algún tipo de trastorno psíquico diagnosticable. Es decir, que la mayoría de estos sujetos no son enfermos mentales. Sin embargo el maltrato infantil se asocia a una serie de características de personalidad que reflejan un estado de desajuste o malestar emocional generalizado y permanente. (Gallardo, Trianes y Jiménez, 1998). Entre ellas:

1. Mayor presencia de síntomas de tipo depresivo, unido a un cierto grado de ansiedad y un bajo nivel de autoestima personal.
2. Alto grado de impulsividad, es decir, incapacidad de control racional de los impulsos agresivos y ausencia de evaluación previa de las consecuencias de sus actos. Al mismo tiempo aparecen datos que señalan una escasa tolerancia a niveles normales de tensión ambiental.

3. Déficit en las estrategias de enfrentamiento a los problemas. El repertorio de estas estrategias suele organizarse en torno a los siguientes tipos:
 - a) Formas de enfrentamiento directo y centradas en el problema.
 - b) Formas de enfrentamiento centradas en las emociones, es decir, dirigidas a reducir el displacer emocional y la activación fisiológica que provoca la situación que se trata de resolver.
 - c) Formas de enfrentamiento centradas en la búsqueda de información y de apoyo social.

En los casos de maltratos físicos, las madres tienden a utilizar de manera generalizada el segundo tipo de estrategias. Cuando se encuentran con un problema que no pueden resolver, especialmente en su relación con el niño, dirigen sus acciones a intentar regular su propio estado de malestar emocional y activación fisiológica generado por la situación problemática. Se busca el alivio emocional inmediato, ya sea a través de la evitación o de la descarga emocional agresiva. Esto conduce a un habitual fracaso en la resolución de los problemas que hace que éstos sigan presentes o se agraven y acumulen.

4. Ausencia o déficit en la capacidad empática, es decir, en la habilidad para ponerse en cualquier momento en la situación del otro. La empatía es uno de los medios más poderosos del control de la agresión. Parte del control de esa agresividad viene dado por la capacidad de ponerse en el lugar del otro y sentir lo que el otro pueda sentir. Sin empatía, el paso a la acción agresiva es fácil.
5. Aproximadamente el 30% de los sujetos que han sufrido maltratos en su infancia repiten este comportamiento con sus hijos, mientras que el 70% restante no lo hacen y parece que les cuidan adecuadamente. El ser objeto de abuso en la infancia es un importante factor de riesgo, muchos de los sujetos que maltratan a sus hijos han tenido una infancia caracterizada por el castigo físico exagerado, por el

rechazo emocional o por el abandono físico. Parece ser que es la percepción de rechazo afectivo lo que se encuentra de manera más frecuente en estos sujetos.

FAMILIA

Así también, se incluyen variables por parte del ámbito familiar y social que rodean tanto a los progenitores como el niño y que pueden influir en el desarrollo de la violencia en contra del infante; éstas son:

Nivel socioeconómico. Está muy claro que el fenómeno de maltrato puede ocurrir en cualquier nivel socioeconómico. Lo más común es que en hospitales y agencias que informan este tipo de casos, primordialmente atienden a personas de condición socioeconómica débil. Asimismo, es muy probable que los sujetos de clase media o alta enmascaren el cuadro solos o con los pediatras privados, y si éstos últimos no tienen la suficiente suspicacia o no saben cómo manejar este tipo de casos, generalmente fingen no darse cuenta y se desentienden del caso.

Vivienda. La inestabilidad económica habitualmente se traduce en un tipo de vivienda deplorable. Así, en la mayoría de los casos, las habitaciones no cuentan con los servicios mínimos indispensables. Por tal motivo, es posible que un ambiente poco atractivo y hostil favorezca el desarrollo de una personalidad agresiva, que propicia el hábito del alcohol o el consumo de drogas, así como un aumento en la tendencia al crimen y a la prostitución, entre otros efectos.

Toxicomanías. La existencia de adicciones como el alcoholismo o la drogadicción en algún miembro del núcleo familiar en que está presente el fenómeno de maltrato ha sido establecida en diversas sociedades. En el alcoholismo y famacodependencia, ninguno de estos padres será completamente capaz de dedicar su tiempo para el cuidado y educación de sus hijos; y difícilmente destinará parte de su atención en brindar amor, seguridad, confianza y estimular el

sano crecimiento de los menores a su cargo. Por el contrario, cuando sientan que éstos afectan su adicción o no colaboran a su pronta satisfacción es posible que los agredan, sin control, encontrándose generalmente ausentes de todos sus actos.

Número de hijos por familia. Quizá la carga económica que significa el atender a una familia numerosa pueda, en un momento dado, constituir un factor que contribuya a incrementar el estado de tensión en el adulto y por lo tanto favorecer el desarrollo del maltrato. Diversos estudios han señalado el excesivo número de hijos, el escaso espaciamiento entre ellos y la presencia de varios niños pequeños en el hogar, como factores situacionales que pueden suponer una carga de estrés importante para los padres y provocar alteraciones en el desarrollo normal de la relación paterno-filial. Sin embargo, también se ha demostrado que es factible observarlo cuando existen relativamente pocos hijos.

Tomando en cuenta estas causas, Trujano (en prensa) señala que en países industrializados se encuentran más correlacionados el alcohol y algunas toxicomanías; mientras que en países pobres suele acompañarse de algunas toxicomanías junto con miseria, hacinamiento e ignorancia.

Nivel de ajuste marital. En el caso de las familias con maltratos físicos a sus hijos, diversos estudios han demostrado que el conflicto y discordia marital es frecuente en ellas. El conflicto entre la pareja, al aumentar el nivel de hostilidad, puede provocar un aumento en el comportamiento agresivo (Gállegos, op. cit.). Silva, Soto y Zamudio (1998) expresan que el maltrato a menores de edad puede ser la manifestación de una serie de diferencias que surgen entre los cónyuges o concubinos (según sea el caso) que dan por resultado la desintegración del vínculo que lo une como pareja y consecuentemente de lazos familiares. Además, puede ser fuente de conflicto conyugal el que uno de sus miembros, ya sea el varón o la mujer, inicien un proceso de abandono de las responsabilidades inherentes a su rol como padre, madre o cónyuge. Esto se ha demostrado en

diversos estudios mencionados por Gallardo, Trianes y Jiménez (op. cit.) donde autores como Webster-Stratton y Wolfe en 1985, y Whitfield en 1989, encontraron que el maltrato infantil está asociado significativamente con los problemas existentes entre la pareja; es decir, allí donde aparecen conflictos entre la pareja es más probable que se desencadene el maltrato hacia los hijos. En los trabajos de Dielman, Barton y Cattell para 1977, y Stoneman, Brody y Burke en 1989, se correlacionaron las disputas conyugales con el rol maternal / parental, comprobándose la aparición de disfunciones en el desempeño de ese rol, un aumento de la agresión, una disminución de las recompensas ante los éxitos de sus hijos y una disminución también del uso del razonamiento como estrategia disciplinaria. En 1976 Health observó cómo la competencia paternal fue predicha por la satisfacción marital y la habilidad de intercomunicación de los esposos. Diversos trabajos han encontrado una relación entre bajos niveles de satisfacción marital y maltrato tales como el de Straus en 1980. Para autores como Belsky y Vondra en 1989 apuntaron que la posibilidad de que la satisfacción de la pareja influya directamente en la paternidad es escasa, en cambio es más probable que esa influencia sea indirecta al efectuar un influjo en el bienestar psicológico general del individuo.

Escaso apoyo social y familiar. La experiencia de los profesionales y la investigación han mostrado que en las familias maltratantes se da una mayor pobreza en la red de apoyo de los amigos y de los parientes, y, de manera especial, que las madres maltratantes se encuentran mucho más aisladas que las madres no maltratantes (Weiner, 1999).

Familias monoparentales. En estudios previos, los autores han detectado una “anormalidad” en la integración de las familias. Solamente en una cuarta parte de los casos el núcleo familiar se encuentra “aceptablemente” constituido. Esto quiere decir que una situación familiar inestable tal vez favorece el fenómeno de maltrato como un factor agregado a agravantes. Al parecer se demuestra una mayor presencia de familias con una única figura parental o con una grave inestabilidad en la pareja. Son abundantes los casos de madres solteras,

divorciadas, separadas o viviendo con un compañero que no es el padre de los hijos (Fantuzzo, McDermott y Lutz; en Ammerman y Hersen, 1999). Estos datos empíricos sobre las familias monoparentales deben relacionarse con la importancia de la ausencia de apoyo social como factor de riesgo para el maltrato físico (Arruabarrena y De Paúl, op. cit.). Creighton en 1989, informa acerca de los datos recogidos desde 1977 hasta 1984 sobre la composición de las familias de niños maltratados en sus diferentes formas (5711 niños). Se pudo observar que el 47% de los niños convivía con ambos padres, un 18% sólo con la madre y cuando ésta estaba unida sentimentalmente a un hombre, que asumía el papel de padre sustituto, el maltrato aumentó al 26%. Cuando el hijo habitaba solamente con el padre, el maltrato fue del orden del 3%, pero cuando volvía a compartir su vida con una compañera, al igual que en el caso de las mujeres, el abuso físico ascendió al 4%; el resto de la muestra (2%) acusó un maltrato sin perpetrarlo los progenitores. Datos recogidos por Jones y McCurdy para el año 1992, revelan que los hijos residían con los progenitores en el 39,8% de las familias estudiadas. El 33,7% lo constituyó familias monoparentales y el resto (26,5%) vivía en instituciones ajenas al hogar familiar. Dentro de las familias uniparentales, un alto porcentaje (el 89,9%) de las esposas se consideró cabezas de familia. Una de las causas que suele contribuir a la disolución del matrimonio fue la falta de fidelidad o el maltrato generalizado hacia la esposa (Gallardo, Trianes y Jiménez, 1998).

El apego ofrecido por los padres. En 1951 Bowlby llegó a afirmar que los niños se desarrollan más y mejor en los hogares con problemas que en las instituciones, por mucho empeño que pongan estas últimas en el cuidado de los bebés internos. Si trasladamos este concepto a nuestro tema, los padres construyen una relación de apego con sus hijos basados en el estilo experimentado durante su infancia y si éste no ha sido lo suficientemente agradable y placentero es muy probable que se consoliden unas relaciones frías con sus hijos. En la misma línea, Kobak y Sceery hacia el año de 1988 relacionaron el tipo de apego “adecuado”, fueron más ansiosos y hostiles e incluso se describieron como sujetos solitarios y con insuficiente apoyo o soporte familiar.

Estrés. El número y tipo de situaciones que generan tensión psíquica es considerado como un factor etiológico importante a la hora de analizar las causas del maltrato infantil. Numerosas investigaciones han confirmado la presencia de mayores niveles de estrés social en familias en las que existen comportamientos de este tipo. Las fuentes situacionales de tensión que peor influencia suelen tener, se centran sobre todo en la calidad de vida, los problemas económicos, problemas de tipo laboral, problemas en la relación matrimonial y en el tipo de constitución familiar. Una importante fuente de dificultad y estrés familiar procede, sin lugar a dudas, de las condiciones extremas de pobreza y de las dificultades que de ella suelen derivarse en la vivienda familiar (condiciones higiénicas, falta de espacio, temperaturas extremas) (Gállegos, op. cit.). De acuerdo con Silva, Soto y Zamudio (1998) en la práctica diaria se han manejado casos en los que el agresor de menores refiere que la presión que lo agobia por no lograr satisfacer oportunamente todas las necesidades de su familia lo llevan a acumular tensiones emocionales negativas que en un momento determinado se expresan a través de agresividad para con aquellas personas con quienes conviven mayormente, incluyendo desde luego a los menores de edad que tiene bajo su responsabilidad. ¿Por qué, bajo niveles semejantes de estrés, unas familias maltratan o abandonan a sus hijos mientras que otras les cuidan de manera adecuada? La respuesta se basa en la comprensión del estrés como resultado de un doble proceso evaluativo: por un lado la evaluación del grado de amenaza que implica una situación, y por otro, de la evaluación de las capacidades que el sujeto percibe disponer para enfrentarla. Si esto no es percibida como amenazante o el sujeto se considera capaz de controlar dicha amenaza, no se dará el estrés.

Finalmente, cabe señalar que los sistemas humanos requieren permanecer lo suficientemente estables, por lo que necesitan conocer y cumplir sus tareas y ser lo bastante flexibles para crecer y adaptarse. En cualquier momento, los patrones de interacción pueden ser observados a lo largo de todos estos sistemas. La familia constará a través de todo su ciclo de vida de cumpleaños, muertes, inclusión de nuevos miembros, separaciones y cambios naturales, tales como la

pubertad y la adolescencia. Además de influencias externas, como una enfermedad que puede intervenir en la vida familiar. Estas transiciones afectan a todos los miembros del sistema familiar porque cada uno debe adaptarse. El rol y significado que cada persona tiene de los demás se puede modificar y renegociar para las relaciones. Este periodo de ajuste puede ser estresante, lo que tal vez involucre aparentes problemas emocionales, conductuales y relacionales. Por lo tanto, usualmente cuando se considera que en una familia ocurre abuso infantil, se pone atención a los efectos del ciclo familiar y a eventos transicionales. Esto puede incluir una muerte, o la llegada de un nuevo bebé o padre. (Reder, Duncan y Gray, op. cit.).

Las anteriores causas que incitan al abuso infantil han surgido a la luz poco a poco a lo largo de la historia del estudio del maltrato, como un esfuerzo para tratar de explicar dicha problemática; de esta forma se desarrollaron varios niveles explicativos, los cuales atravesaron por diferentes etapas. Los primeros casos detectados fueron observados hasta en sus mínimos detalles a fin de establecer factores en común que pudiesen ser la causa de esa situación. Con el paso del tiempo, se descartaron algunos que sólo aparecían aisladamente, y se fueron confirmando otros que se repetían en la mayoría de los casos.

MODELOS EXPLICATIVOS.

A continuación se presenta la evolución de los modelos explicativos para analizar qué elementos nos aportan cada uno para la comprensión del maltrato infantil (Grossman y Mesterman, 1992; en Trujano en prensa).

1. Modelos de la primera generación o unicausales. A los primeros modelos explicativos sistematizados, de la década del '60, se los denominó unicausales, porque analizaban una serie de factores independientes entre sí.

- a. Modelo psicopatológico. Fue el primer intento de explicación del maltrato, adjudicándolo a las características de personalidad y los desórdenes psicopatológicos de los padres. Los principales estudios llevados a cabo dentro de este marco teórico apuntaron a investigar la relación entre maltrato y a) características de la personalidad de los padres; b) alcoholismo y drogadicción; c) la transmisión del maltrato entre diferentes generaciones de la misma familia; d) las formas de cognición social, y e) las pautas de crianza y las formas de interacción entre padres e hijos. Los estudios posteriores han mostrado que sólo el 10% de los padres maltratadores presentaban desórdenes mentales o psicopatologías graves.
- b. Modelo sociológico o sociocultural. Tuvo su origen a fines de la década del '60. Su planteamiento es que las condiciones sociales generarían estrés deteriorando el funcionamiento familiar; asimismo los valores socioculturales avalan la resolución violenta de los conflictos.
- c. Modelo centrado en las características del niño. Únicamente atiende a aspectos tanto físicos como conductuales, que al entrar en relación con determinada capacidad parental para comprenderlos y sostenerlos, así como las influencias externas que soporta la familia, pueden precipitar la ocurrencia de los maltratos.

2. Modelos de la segunda generación o de la interacción social. Ya no se podía seguir hablando desde una determinada y única línea explicativa. En la década del '70 surgieron nuevos replanteos explicativos de mayor complejidad.

- a. Modelo ecológico-ecosistémico. Los principales representantes son Garbarino y Belsky. Se apoya en el modelo ecológico del desarrollo humano planteado por Bronfenbrenner. Se explica a partir del desarrollo ontogenético, del nivel del microsistema, del exosistema y

macrosistema; el primero representa la herencia que los padres que maltratan a sus hijos traen consigo a la situación familiar y al rol parental; en el microsistema se incluyen todas aquellas situaciones que implican los comportamientos concretos y las características psicológicas de los miembros de la familia nuclear, y se valora fundamentalmente la interacción entre los diferentes miembros del sistema familiar; el exosistema se refiere a las estructuras sociales, tanto formales como informales (trabajo, vecindario, etc.); y el macrosistema representa los valores culturales y los sistemas de creencias que permiten y fomentan el maltrato infantil a través de la influencia que ejercen, en los otros tres niveles, el individuo, la familia y la comunidad.

- b. Modelo transaccional. Fue elaborado por Cichetti y Rizley. Para ellos, la conducta parental estaría determinada por el equilibrio relativo entre los factores de riesgo –factores que incrementan la posibilidad que ocurra el maltrato- y factores de compensación – factores que disminuyen esta posibilidad- que experimenta una familia. Los malos tratos ocurrirían cuando los factores de riesgo transitorios o crónicos sobrepasan o anulan cualquier influencia compensatoria.
- c. Modelo de Componentes. Presentado por Vasta, combina las actitudes y estrategias disciplinarias utilizadas por padres abusivos con su reactividad emocional, en general muy fuerte. Se basa en teorías sobre la agresión, que sostienen la existencia de aspectos impulsivos no controlables.
- d. Modelo transaccional. Propuesto por Wolfe, es similar al anterior en el planteo básico, ya que articula la secuencia de aparición de maltratos con los procesos psicológicos relacionados con la activación y el enfrentamiento de la cólera.

3. Modelos de la tercera generación. Surgen en la década del '90 como crítica a los modelos tradicionales y los modelos de la segunda generación.

- a. Teoría de procesamiento de la información social. Planteada por Milner (1993), esta teoría habla de tres estadios que se refieren en primer lugar a las percepciones que los padres tienen de las conductas de sus hijos como amenazantes o provocadoras; en segundo lugar, a las interpretaciones, evaluaciones y expectativas de los padres que evalúan las conductas como más graves de lo que son en realidad –por los mismos motivos anteriores- y, en tercer lugar, a la integración de la información –generalmente de manera inadecuada- y a la selección de la respuesta dentro del repertorio que la familia y los padres poseen, que puede ser amplio o restringido e influido por sus historias previas. La cuarta etapa consiste en la ejecución y posibilidad de control de las respuestas –generalmente de forma automática, impulsiva y no controlada-. Los factores cognoscitivos influyen directamente en el tipo de respuesta planteada –explicación versus castigo-.
- b. Teoría del estrés y del afrontamiento. De Hillson y Kuiper, este modelo profundiza el anterior estableciendo que las estrategias de enfrentamiento que utilizan generalmente los padres desempeñan un papel fundamental en la determinación de los malos tratos físicos y abandono de sus hijos. Dado que existe una gran variabilidad en las respuestas de los padres, los autores sugieren que influyen la evaluación cognoscitiva primaria –que determina la naturaleza estresante o no de la situación planteada- y la evaluación secundaria –que establece los recursos internos y externos de los que dispone el adulto-. En función de los resultados se activan conductas de afrontamiento funcionales / positivas o disfuncionales / negativas. (Cantón y Cortés, 1999; Bringiotti, 2000).

Así también, Grossman y Mesterman (1992; cit. en Trujano, en prensa) distinguen tres modelos explicativos:

- a. **Modelo Intrapersonal.** Postula que la violencia tiene su origen en una “anormalidad” presente en la psicología del sujeto y es la postura a la que más recurren la publicidad y la opinión pública en general para explicar los hechos violentos. Se suman factores como daño cerebral, bajo coeficiente intelectual, incapacidad para tolerar el estrés y el rol de padres, inmadurez, egocentrismo e impulsividad, frustración, carácter antisocial evidenciado por comportamientos desviados, diversos, alcoholismo o drogadicción, perversiones sexuales, etc. Empero, no parece comprobarse que los enfermos psiquiátricos como grupo sean más violentos que otros individuos. De la misma manera, según varios autores, no cabe establecer una relación causal entre la adicción al alcohol o las drogas y el maltrato infantil, aunque pueden llegar a estar presentes.

- b. **Modelo psicosocial.** Se señalan cuatro factores vinculados al maltrato:
 1. La repetición de una generación a otra de hechos violentos, negligencia o privación física o emocional.
 2. El niño es considerado indigno de ser amado, o es rechazado por sus características. Se suma el castigo físico como medio para corregirlo y acercarlo a sus expectativas.
 3. Las crisis aumentan la probabilidad del maltrato; se asocia con el hecho de que muchos padres no están capacitados para adoptar su rol de vida adulta.
 4. En el momento conflictivo no hay líneas de comunicación con agentes externos de quienes los padres podrían recibir apoyo.

Se agrega la teoría de la frustración-agresión, en donde los padres responden agresivamente hacia el más indefenso en respuesta a sus propias frustraciones.

c. **Modelo Socio-Cultural.** Focaliza su atención en las macrovariables de la estructura social, sus funciones, las subculturas y los sistemas sociales. De la cual se derivan las siguientes teorías:

- La Teoría Funcional asegura que la violencia puede ser importante para mantener la adaptabilidad de la familia a las circunstancias externas en cambio, evidenciándose una función dirigida a garantizar la supervivencia de la entidad familiar.
- La Teoría Cultural afirma que los valores y las normas sociales dan significado al uso de la violencia.
- La teoría de los Recursos especifica que la violencia es uno de los medios que el individuo o la comunidad pueden usar para mantener o mejorar sus propias condiciones. El uso de la fuerza o su amenaza se relaciona con la cantidad de medios que posee una persona (económicos, fuerza, autoridad, etc.).
- Las Teorías de Género ponen el acento en un sistema social de dominación, en el cual el fuerte ejerce su poder sobre el débil, el hombre domina a la mujer, el adulto al niño, etc.
- La Formulación Estructural señala que muchos grupos sociales y muchas familias pueden ser más violentos que otros por tener que combinar un nivel más alto de estrés con menores recursos.

d. El Modelo Ecológico se centra en la progresiva y mutua adaptación entre organismos y medios que deriva de una concepción integrada de la naturaleza aplicable a la sociedad humana. El abuso perpetrado por “individuos normales” puede ser descrito como una forma de incompetencia situacionalmente definida en el rol de dador de

cuidados, aunado a estrés social, a nivel bajo de habilidad en la función parental, etc.

Por último, cabe mencionar la Teoría General de los Sistemas, que aparece como una superteoría capaz de integrar a las demás. Explica la interacción familiar en relación con el uso y estabilidad de ciertos niveles de violencia. Concibe a la familia como un sistema cuyo objetivo es mantener la homeostasis a través de una compleja serie de operaciones, entre ellas la violencia. Los conflictos, origen de la violencia, aparecen como resultado de la violación de reglas explícitas, implícitas o secretas que la familia impone.

Así, debido a la variedad de componentes en una situación, y específicamente en la de maltrato infantil, no podemos generalizar ni hablar de factores determinantes ya que como puntualiza Kempe y Kempe (1996), los padres que maltratan a sus hijos proceden de todos los estamentos sociales, son ricos o pobres, bien educados o mal educados, pertenecientes a cualquier etnia o religión. Resulta posible describir muchas de las características que tienen en común, pero no corresponden a un estereotipo; dichos padres no se ajustan a un patrón psicológico único que permita establecer un diagnóstico psiquiátrico.

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 más 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 en 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 la ruptura son un aspecto esencial en la comprensión de la etiología del maltrato infantil (Belsky, 1993).

ESTADÍSTICAS.

Finalmente, se apunta a continuación, información cuantitativa acerca de estas variables a fin de realizar un panorama concreto de las causas que más se presentan en nuestro país; esto, de acuerdo a un estudio realizado en el DIF por García y González (1999), con el objetivo de proporcionar una alternativa al maltrato físico y verbal del menor, dicho reporte arrojó datos acerca de algunas variables que podrían involucrar este problema:

Referente al estado civil, el 18% de los padres son divorciados, el 6% son viudos, el 3% viven en concubinato, el 23% en unión libre, el 44% son casados y el 6% son separados y madres solteras. Así, se puede decir que el mayor porcentaje lo obtuvieron los padres casados. Por lo que no necesariamente la familia monoparental es “anormal” ni predictora del maltrato.

Respecto a la zona donde se ubica la vivienda de la víctima, se encontró que el 24% está situada en una zona urbana, el 41% se ubica en una suburbana y el 35% en una zona rural. Como se puede observar, en la zona suburbana se encontró un mayor porcentaje, empero cabe mencionar que en la zona urbana también existe el maltrato, y que no es tan notorio debido a que en estos casos solicitan el servicio médico particular y por tal motivo no se reportan.

En cuanto al tipo de vivienda, se obtuvo que el 50% vive en casa, el 6% en vivienda proletaria, el 35% en vecindad y el 9% en cuartos rentados. Sin embargo, tomemos en cuenta que también influye el ambiente que los rodea, el tipo de escolaridad que los progenitores tengan, el número de hijos y el lugar donde se sitúe la vivienda, al igual que el espacio que tengan dentro de ésta, pueden ser factores que produzcan el maltrato.

El 24% proviene de una familia nuclear, el 29% pertenece a una familia uniparental, el 6% a una familia extensa y el 41% proviene de una familia reconstruida.

En su mayoría quien arremete al menor con mayor frecuencia son ambos padres, o bien la madre y tíos, éstos obtuvieron un 38% en comparación al padre quien obtuvo el 21%, ya que es quien tiene menos relación con el niño, mientras que el 12% lo obtienen padrastros puesto que pueden no sentir un vínculo afectivo por el menor, el 3% lo obtuvo la madrastra y por último la madre del menor obtuvo un 26%.

Como se puede observar, el mayor porcentaje lo obtuvieron ambos padres, madre y tíos, mientras que el 26% correspondió únicamente a la madre, lo cual se corrobora con la información que se obtiene del Sector Salud, donde con frecuencia resultan ser las madres quienes dan el maltrato al menor.

De acuerdo con la escolaridad del agresor, el 17% son analfabetos, el 53% alfabetos, el 6% cuentan con una primaria completa, el 3% con preparatoria completa, el 9% tiene una profesión completa, el 6% cuenta con una carrera comercial y el 6% restante, ambos padres tienen primaria y preparatoria completa.

El mayor porcentaje lo obtienen los padres que cuentan con escolaridad y recursos socioeconómicos bajos, por lo que se puede decir que son dos de los factores más susceptibles para que se produzca un maltrato. Sin embargo aquellos padres que presentan un mayor grado de escolaridad, tal vez se encuentren expuestos a una variedad de estilos de enseñanza, y estas experiencias pueden modificar las creencias, así como las formas en que interactúan con los niños, aunado a otras circunstancias como problemas de trabajo y estrés laboral es probable que se descarguen en el menor, o en caso contrario que se descuiden debido a que no toman en cuenta sus necesidades emocionales.

Cabe mencionar que de acuerdo a la ocupación del agresor, el 9% es profesionista, el 9% se dedica al hogar, el 32% de los padres son empleados, el 6% son comerciantes, el 9% son obreros, el 9% son desempleados, el 3% son domésticas y el 23% restante son otros (cuando ambos padres trabajan).

Algunas estadísticas realizadas por parte de CAVI quien llevó a cabo un estudio acerca del maltrato infantil, señala que el 99% de los hombres son agresores físicos, psicológicos y sexuales, cuyas edades se encuentran entre los 20 y 40 años, su estado civil es casado y su nivel educativo es de primaria, secundaria y empleados no profesionales.

3.2. Factores de riesgo para que un menor se convierta en víctima y probables consecuencias.

Ciertas características que un niño posee pueden conllevar a que se conviertan en factores de riesgo para que sufra maltrato. Varios autores como Gállegos (2001); Gallardo, Trianes y Jiménez (1998); De Torres y Espada (1996) y Loredó (1994) se han dado a la tarea de describir algunas de ellos.

Gállegos (op. cit.) comenta que algunos investigadores se han preocupado por analizar las características de la víctima del maltrato, es decir, el niño. Hay que tener en cuenta que algunos casos de maltrato (físicos especialmente) se suelen centrar en un solo niño en particular. Quedando el resto de los hermanos, en muchos casos, sin sufrir ningún problema grave. Por esta razón se han desarrollado estudios que han tratado de encontrar estas características particulares de vulnerabilidad:

Edad. En el maltrato físico, niños de todas edades pueden sufrir agresión de este tipo. Sin embargo, aquellos que requieren de mayor cuidado y protección por parte del adulto son los que sufren más esta forma de maltrato, es decir, recién nacidos, lactantes menores y preescolares. Independientemente de ello, es

necesario estar consciente de que la agresión también se puede establecer en niños escolares y, lo que es aún más grave, en adolescentes. Se pone énfasis en esta última edad por la repercusión que puede tener en la personalidad del menor y en su comportamiento posterior. Algunas investigaciones han encontrado que próximo al 14% de todos los casos estudiados tenía una edad inferior al año, y el 75% más de dos años, de los que cerca de la mitad de éstos tuvo más de seis años. El estudio llevado a cabo por Creighton en 1989 puso de manifiesto que el 55% (3147 niños) de una muestra total de 5708 casos detectados de maltrato físico tenía una edad inferior a los cuatro años, y que la variable edad fue inversamente proporcional al número de casos localizados (Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.). Los datos epidemiológicos muestran que las tasas de maltrato decrecen con la edad del niño. La mayor frecuencia de maltrato físico en los niños más pequeños puede deberse a una mayor tendencia a usar con ellos la fuerza física que el razonamiento o al hecho de que son más dependientes física y psíquicamente y pasan más tiempo en contacto con los adultos. Los niños más jóvenes tienen, por otra parte, más dificultades en la regulación de la emociones y esto puede aumentar las posibilidades de provocar la irritación de los padres y la pérdida de su control. La mayor autoassertividad de los niños en determinadas fases del desarrollo evolutivo hace que traten de funcionar autónomamente y pueden generar más conflictos con los padres (Belsky, op. cit.)

Sexo. Estadísticamente se sabe que las víctimas más frecuentes son los varones. En muchos estudios se ha encontrado la prevalencia en varones cuando son hijos únicos, y en mujeres si son el tercer o cuarto hijo. Esto es a causa de que dichos hijos no fueron deseados y que trae como consecuencia un desequilibrio que no es muy tolerable (Loredo, op. cit.). Sin embargo, la opinión más reciente es que no existen diferencias significativas entre ambos géneros a la hora de atraer el maltrato, pues muestran unos porcentajes similares. Hay autores que encontraron implicados con mayor frecuencia a la población masculina, como Jacquot y Robert en 1988, otros investigadores como Schloesser y colaboradores hacia el año de

1992 descubrieron una mayor incidencia en las niñas (el 61.5%), mientras que en 1983 Jasón y Andereck no hallaron diferencias significativas.

El orden entre los hermanos. Dentro del ámbito del niño maltratado, el orden del nacimiento puede ser importante en dos aspectos: a) el primogénito tiene mayor probabilidad de recibir castigos físicos y b) si los primogénitos son, por definición, menos agresivos, entonces igualmente deberían manifestar menor agresividad respecto a sus hermanos. Sin embargo, esto no es así porque la asociación, comenta Kinard, entre el orden del nacimiento y la conducta agresiva es algo confusa y contradictoria si no se estudia en conjunción con el efecto del género (Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.).

Temperamento. Al igual que su color de ojos, la forma de la nariz y la predisposición a la diabetes, el niño hereda de sus padres una serie de rasgos de carácter llamados temperamento, esto es la forma más primitiva en que el ser humano reacciona ante los estímulos del “medio ambiente”, este factor puede teñir el carácter del niño durante toda su vida, ¿quién no ha escuchado la frase “fue rebelde desde que nació” o “es un flojo de primera desde la cuna”? El temperamento, pues, permitirá a un niño reaccionar ante el mundo y sus padres, pero, ¿cómo puede esto producir maltrato?. Si el niño es muy sensible puede fácilmente presentar llanto intenso ante el hambre, los ruidos, el frío, etc., y esto puede producir en los padres una reacción de enojo y como consecuencia maltrato, aunque, existen muchas más reacciones temperamentales que pueden provocar maltrato, por ejemplo un niño que no le gusta ser cargado, que no responde emocionalmente a los padres, que tiende a ser muy pasivo, etc. Sin embargo, otros no han encontrado en su programa de investigación una evidencia clara de que el temperamento de los niños aumentara el potencial del maltrato. De modo que si, bien desde el ámbito clínico, se hace hincapié en esta variable como desencadenante de actos punitivos, los datos empíricos arrojan una evidencia mixta poco concluyente (Loredo, 1994).

Desarrollo. El niño crece y va adquiriendo nuevas habilidades y capacidades, algunas de estas, si no son bien entendidas y toleradas, pueden producir maltrato, cuando el niño empieza a caminar explora su mundo con sorprendente intensidad y esto puede ocasionar accidentes diversos (ej. romper el jarrón de porcelana favorito de mamá). Cerca de los 8 meses puede presentar ansiedad ante extraños y la madre o el resto de la familia pueden responder violentamente ante el rechazo del niño a ser cargado en circunstancias sociales (ej. cuando la tía no lo había visto desde que nació y lo quiere cargar). A los 2 años de edad suele presentarse un periodo especialmente difícil cuando presenta desobediencia como parte del desarrollo incrementándose los berrinches y obviamente la posibilidad de maltrato. Mención aparte requiere la adolescencia cuando el chico en su afán de independencia e individualidad es particularmente susceptible de maltrato (Loredo, op. cit.).

Niños prematuros y / o con bajo peso al nacer. Sus características físicas pueden defraudar las expectativas parentales. Son niños más pequeños, físicamente menos agradables. El llanto de esos niños posee unas características específicas al ser arrítmico y de tonalidad alta. Este tipo de lloro suele provocar en los adultos un nivel de activación fisiológica mayor que el del resto de los niños. Los cuidados especiales que necesitan al nacer obligan a la separación más o menos prolongada de los padres. Esto puede provocar que el proceso de vinculación afectiva que se establece en los primeros momentos, especialmente entre la madre y el hijo, se vea alterado. Para la madre, un embarazo no deseado puede estar complicado con problemas personales, incluyendo la desertión del padre, el propio mal estado de salud o una total ausencia de apoyo por parte de cualquier allegado. Todo esto puede desembocar en un parto prematuro que constituye una difícil prueba que debe afrontar sola. La prematuridad de su bebé puede ocasionar una grave contrariedad, separación del hijo y miedo a vincularse a un ser que no va a sobrevivir, todo ello añadido al esfuerzo y la preocupación de cuidar de un niño que la madre siente tan frágil y alejado. La prematuridad o una enfermedad posparto de la madre o del niño vienen a sobrecargar la responsabilidad de “ser madre” y puede agotar los recursos de una madre

potencialmente capaz de maltratar al niño. No obstante, la presencia de mayores tasas de maltrato físico en niños prematuros o de bajo peso no ha sido corroborada de manera generalizada en todas las investigaciones y los resultados son inconsistentes, también cuando se evalúa la salud general, la utilización de cuidados intensivos o la presencia de handicaps físicos. No obstante, desde una perspectiva interaccional es comprensible que tales factores de vulnerabilidad no aparezcan como factores de riesgo de manera clara hasta que no se presenten en familias con padres vulnerables por razones de tipo psicológico o social (Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.; Gállegos, op. cit.).

La etnia. Respecto a las razas, también hay cierta diferencia. Las familias de raza negra son más negligentes que maltratantes; en cambio, las de origen blanco suelen ser más abusadoras, combinándose el maltrato y la negligencia. Jones y McCurdy en 1992 encontraron que los niños de raza blanca, con respecto a los de raza negra, presentan porcentajes más altos de maltrato y negligencias físicas. (Gallardo, Trianes y Jiménez, 1998)

Patologías específicas. Que se han asociado con el que el niño sea maltratado, las expondremos brevemente a continuación (Loredo, op. cit.):

-Deformaciones craneofaciales u otras. Un niño que presenta alguna alteración física es blanco de maltrato por sus padres, en el que principalmente lo pueden percibir como un fracaso personal y agredirlo.

-Retraso mental. Por sus limitaciones intelectuales y el “fracaso” que resulta ser para los padres así como la demanda de atención tan grande, producen con mayor facilidad el maltrato.

-Inteligencia limítrofe. Este es un problema muy especial ya que los niños no presentan un franco retraso mental, sin embargo su inteligencia tampoco es normal, esto ocasiona fracaso escolar y pobre entendimiento de las demandas del medio ambiente, lo cual los hace especialmente vulnerables.

-Trastorno por déficit de la atención con hiperactividad. Este problema, de acuerdo a las estadísticas mundiales, se presenta entre un 10% y un 20% de la población de niños en edad escolar y preescolar y por sus características conductuales tienden a ser agredidos de manera importante, mucho más que la población en general.

-Depresión. Un niño deprimido, triste, apático, con pobres resultados escolares está predispuesto a sufrir maltrato lo cual no hará sino acentuar la depresión y caer en un círculo vicioso muy difícil de resolver.

-Ansiedad. La ansiedad tiende a mostrarse como una serie de temores que producen en muchos casos, maltrato por parte de los padres, principalmente a nivel emocional y como en el punto anterior, esto genera un círculo vicioso ansiedad-maltrato-ansiedad.

-Obesidad. Las burlas, el desprecio y las dietas a que son sometidos ciertos niños son un maltrato físico y emocional severos.

Los niños llamados “difíciles”. Forman un grupo especialmente vulnerable para el maltrato. Suelen ser niños con un mayor nivel de actividad, menos sociales y responsivos a la interacción con los adultos, más irritables y difíciles de controlar y consolar cuando lloran, con problemas en aspectos tan importantes como las pautas de alimentación y el ritmo de sueño, etc. Hay que tener en cuenta que los estudios en los que se basa este tipo de información son retrospectivos. En este sentido, es imposible determinar cuál es la relación causa – efecto. No se puede deducir ni que el maltrato se produce porque el niño es especialmente difícil de tratar, ni que el niño es difícil por el tipo de relación que ha venido desarrollando con sus padres. En la mayoría de los casos, ambas cosas son ciertas y la espiral de distorsiones que se establecen en la interacción con el niño facilita la aparición de los maltratos físicos, especialmente. Los niños objeto de maltrato suelen ser percibidos por sus madres – padres como difíciles o malos. (Gállegos, 2001).

Conducta. Se puede entender que se haya afirmado con cierta frecuencia que la propia conducta del niño pudiera ejercer un efecto en generar o mantener la conducta del maltrato físico. Parece que hay resultados que confirman que los niños maltratados presentan más problemas de conducta que los niños de familias no problemáticas (De Paúl y Arruabarrena, en prensa; en De Paúl y Arruabarrena, op. cit.). De todas formas, no queda claro si los niños presentan más problemas de conducta o son únicamente percibidos como más problemáticos por los padres, ni si tales problemas de conducta, en caso de existir, son previos o posteriores a la aparición del maltrato físico. Se necesita más estudios de tipo longitudinal que delimiten el papel real que el niño desempeña en la interacción maltratante (Belsky, op. cit.).

Cabe destacar que algunos niños inmediatamente después del nacimiento, son percibidos por uno u otro de sus progenitores, sencillamente tan distintos de lo que ellos habían imaginado, que el comportamiento perfectamente normal, al llorar o al defecar, por ejemplo, es considerado negativamente y no se desarrolla ningún lazo de amor. Y si el niño es prematuro, demasiado pequeño debido a la edad gestacional, nace enfermo, tiene algún defecto hereditario o no es cariñoso, sino adusto y no responde a las caricias y las sonrisas, puede desarrollarse una relación desastrosa. El niño disgusta y se le trata de acuerdo con ello. Ya fuese primeramente bien acogido o no, muy pronto puede convertirse para los padres en un verdadero monstruo y comienza a ser odiado.

El llanto parece ser, con mucho, el comportamiento más irritante, aun cuando sea precisamente el modo normal de señalar el bebé su necesidad de que le atiendan. Para muchos padres que maltratan, el llanto del niño les provoca una intolerable ansiedad y tienen que suprimirlo.

El lactante de muy poco tiempo que ha sido maltratado puede no mostrar anomalías psicológicas o del desarrollo; entre episodios de malos tratos, puede ser objeto de estimulación y de atenciones positivas. Este tratamiento tan inconsecuente explica la observación, que con tanta frecuencia choca a médicos y

enfermeras sin experiencia, de que un niño pueda comportarse de un modo positivo con aquella persona que le ha maltratado reiteradamente. En realidad, muchos de estos niños siguen buscando el amor de sus padres, a no ser que hayan perdido toda esperanza. Pueden no conocer otra clase de atenciones y aceptarán por lo general la violencia como algo perfectamente natural. (Kempe y Kempe, 1996)

POSIBLES CONSECUENCIAS.

Ahora bien, para entender la problemática social del maltrato infantil, esencialmente al que compete la presente investigación que es el físico, de igual forma hay que comentar las consecuencias que pudiera conllevar debido al abuso, con el objeto de realizar lo más exhaustivo y preciso un diagnóstico para estos casos. Estas consecuencias se apuntan a continuación:

Talla pequeña. Este dato clínico es de especial importancia en algunos niños maltratados. Loredó y colaboradores (1994), al estudiar niños maltratados en México, encontraron que 11 de 16 pacientes mostraron talla pequeña sin alteración importante del peso corporal. Aunque la situación de estrés crónico podría afectar la secreción de las hormonas tróficas hipofisarias, no pudo demostrarse una clara tendencia o relación entre el retardo del crecimiento físico y un espectro endocrinológico característico. El retardo del crecimiento de los pacientes con el síndrome del niño maltratado es multifactorial y no nada más el resultado de alteraciones en la dinámica de secreción de HC.

Consecuencias físicas del maltrato. Algunas lesiones son determinantes y pueden desencadenar la muerte del niño; otras, en cambio, pueden originar déficits cognoscitivos y psicomotores permanentes. Ya en trabajos iniciales se observó en los niños maltratados una alta incidencia de daño cerebral, problemas en el aprendizaje, retardo en el crecimiento, así como la falta o dificultad para coger peso (Kempe y cols. 1962; en Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.).

Tiempo de hospitalización. La estancia hospitalaria depende de las lesiones, magnitud de las mismas y complicaciones que se presenten. Estas últimas pueden ser médicas o sociales. Cabe mencionar que el motivo más importante por el que se prolonga su estancia es que frecuentemente son abandonados completamente y si ellos cursan con daño neurológico es muy difícil que los acepten en casas cuna o en hogares sustitutos (Loredo, 1994).

Entre las principales consecuencias que deja la exposición a la violencia física no sólo se deben considerar las heridas sufridas, sino también el daño psicológico y que puede traducirse en alteraciones de conducta como baja autoestima, falta de confianza en sí mismo y en los demás, aplanamiento afectivo, déficits en la comunicación y la socialización, trastornos del aprendizaje, etc. (Trujano, 1997), entre otros:

Impacto en el coeficiente de inteligencia (CI). En cuanto al nivel de funcionamiento cognoscitivo del niño maltratado físicamente, los resultados obtenidos son muy diversos. Al comparárseles con grupos de control de clase media suele comprobarse que los maltratos evidencian más dependencia, menos curiosidad y peor funcionamiento cognoscitivo. Distintos estudios indican que los niños maltratados están intelectual y académicamente retrasados, según los resultados obtenidos en los tests de inteligencia (Lamphear, 1985; Rogeness, Amrung, Macedo, Harris y Fisher, 1986; Hansen, Conaway y Chistopher, 1990; en Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.).

Los niños maltratados, desde la edad escolar, son más propensos a mostrar retrasos en el desarrollo cognoscitivo que sus iguales no maltratados. Este retraso es atribuido, en general, a la escasa estimulación recibida en el hogar por sus padres, los cuales se preocupan excesivamente por aspectos conductuales y por lograr la obediencia del niño, en detrimento de las necesidades exploratorias del niño y de la exposición a nuevos estímulos cognoscitivos y sociales.

Aspectos motivacionales y emocionales pueden influir negativamente en la realización de las pruebas, por lo que todas estas circunstancias ocultarían y

disminuirían el verdadero nivel del niño. Asimismo, puntualizan Calam y Franchi que puede suceder que un funcionamiento cognoscitivo con dificultades no deba ser atribuido exclusivamente al maltrato sufrido por el niño, sino a otras patologías o deficiencias en el ámbito social o emocional.

Debido a que existen resultados contradictorios, en algunas investigaciones (Straker y Jacobson, 1981; Frodi y Smetana, 1984; Barahal, Waterman y Martín, 1981; Herzberger, Potts y Dillon, 1981; en Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.) han utilizado la inteligencia como variable a controlar, con el objeto de eliminar los sujetos con niveles fuera de la media, o para equiparar los grupos del estudio, al trabajar con variables que pueden mostrar una influencia del CI. Así, se ha equiparado a los sujetos en CI al estudiar en niños maltratados el desajuste emocional, la empatía y agresividad, la discriminación de emociones, la evolución de las conducta antisociales, y la depresión, autoestima, lugar de control (locus) y desesperanza.

Browne y Saqi (1990; en Pineda, 1996) agregan que, además de tener niveles de inteligencia bajos, en ocasiones presentan retraso en el lenguaje como consecuencia de los estilos patológicos que se originan en la interacción padre-hijo, las cuales se establecen tempranamente en forma por demás inadecuada. Eso tiene también como consecuencia una dificultad de aprendizaje de la lecto-escritura y que es común que durante la edad escolar obtengan calificaciones por debajo de lo que podrían tener bajo circunstancias más favorables.

Consecuencias en el desarrollo sociocognoscitivo y emocional. Algunos autores han mostrado que estos niños suelen tener desde muy temprano dificultades para relacionarse de forma adecuada con otros niños. En comparación con otros niños de su edad que no han sufrido maltrato, tienden a ser más agresivos en sus relaciones con iguales, aparecen con más frecuencia conductas como la agresión física, la amenaza, el insulto, tienden a no compartir cosas con sus iguales, etc (Simón y cols., 2000; en Gállegos, 2001)

Las deficiencias en la interacción social de los niños maltratados respecto a los no maltratados se manifiestan tanto en la cantidad como en la calidad de las conductas de participación social. Es decir, no sólo interactúan menos sino que además cuando lo hacen es con menos entusiasmo, menos imaginación y con menos capacidad para disfrutar de esa relación (Jacobson y Straker, 1982).

En otros trabajos se encuentra que los niños maltratados tienen dificultades para interpretar de forma adecuada las claves sociales, lo que se traduce en una carencia de estrategias para solucionar problemas interpersonales, y en una tendencia a interpretar de forma hostil la conducta de otros niños (Dodge, Bates y Pettit, 1994). Sin embargo, en este punto mientras que unos autores consideran que los maltratados dan menos soluciones alternativas a problemas interpersonales que los no maltratados, otros autores consideran que el maltrato está asociado a niveles elevados de agresión y con el rechazo a los iguales, pero no con unas habilidades sociocognoscitivas más pobres.

Otros autores aseguran que estos niños obtuvieron tendencias agresivas, inhibición y dependencia, así como secuencias combinadas de “acercamiento” y “alejamiento” en muchos de sus contactos sociales. Incluso ha habido casos en los que se han encontrado actitudes suicidas y autodestructivas (Illán, y Cruz, 1992; en Pineda, 1996). Puede también presentar alteraciones de tipo regresivo de la personalidad y tienden a un ensimismamiento y preocupación excesiva por sí mismo, por su personalidad y por su propio cuerpo (como el niño hipocondriaco). El hijo muestra una conducta aislante, poco participativa, con muy poco desarrollo, con actitudes de indiferencia y apatía; provocando así frustración (Silva, Soto y Zamudio, 1998).

Los niños físicamente maltratados no se diferencian de los normales en la frecuencia de acercamiento espontáneo a los adultos ni a otros niños. Sin embargo cuando el adulto se acerca a ellos de manera amistosa, éstos no continúan dicho acercamiento y se diferencian claramente de los niños no maltratados. Se produce una inhibición del acercamiento ante gestos afiliativos de

los adultos. Se puede inferir que en estos niños víctimas del maltrato, la interacción y atención mutua con adultos es displacentera y percibida como peligrosa o amenazante. Sin embargo, cuando esta interacción se da con percepción de control por parte del niño (cuando él la inicia espontáneamente) se acerca a lo normalmente esperado. La mayor agresividad y respuesta negativa al acercamiento de los adultos constituyen factores que aumentan la dificultad de estos niños para cualquier tipo de interacción social en épocas evolutivas posteriores.

Desde el aprendizaje social, la observación de la utilización de conductas agresivas facilita que estos niños aprendan a responder a la frustración, rabia o miedo de manera agresiva, lo que dificulta la probabilidad de establecer relaciones sociales positivas.

Los maltratos en la infancia amenazan seriamente la capacidad del niño de alcanzar con éxito un objetivo fundamental del desarrollo psicosocial: la exploración e incorporación en su entorno social, aunque cabe recordar que cada niño es único y no es posible generalizar.

Los escasos estudios que han examinado las relaciones entre el maltrato infantil y el desarrollo de la empatía coinciden en señalar que los niños maltratados responden más pobremente en medidas de sensibilidad social y habilidad en discriminar emociones en los otros. Manifiestan problemas en la identificación y descripción de las emociones, así como en la descripción de las causas sociales e interpersonales de emociones específicas.

Se ha encontrado una tendencia en los niños víctimas de maltrato físico a considerar los acontecimientos externos fuera de su control e inevitables. En otros casos se ha encontrado que los niños que han sufrido abuso atribuyen las cosas negativas que les ocurren a factores internos y estables.

Este estilo atribucional que se podría considerar depresógeno, descrito por Cerezo y Frías (1994; en Gállegos, op. cit.), está caracterizado por la realización de

atribuciones internas, estables y globales para las cosas negativas que les suceden, a lo que habría que añadir la sensación de incapacidad para controlar esta situación. Los niños desarrollan síntomas depresivos al encontrarse ante una situación que no pueden controlar, en la que sus conductas son independientes del resultado y del comportamiento de los demás.

Consecuencias en la adaptación y ajuste social. Este horizonte enfatiza la continua interinfluencia entre niño y entorno, de tal manera que el niño está envuelto en un continuo proceso que a muchos les puede producir una deficiente adaptación. Así, este punto de vista contempla el maltrato como una disfunción del sistema padres-hijos-entorno, más que un resultado único de rasgos de personalidad aberrantes de los padres, estrés ambiental, o características desviadas del niño (Cicchetti, 1989; en Gallardo, Trianes y Jiménez, 1998).

Existen dos teorías relevantes para el estudio del niño maltratado, que arrojan modelos explicativos del déficit o disfunciones acerca de la conducta social que pueden manifestar estos niños. Por un lado, la teoría del apego de Bowlby, que en 1969 predice que, se desarrollará eficazmente el funcionamiento con los iguales, según sea la calidad de las primera experiencias del niño con sus padres o cuidadores. La teoría del apego resulta relevante para explicar el déficit del niño maltratado en su conducta social, porque se ha encontrado una asociación entre el maltrato en la infancia y la inseguridad del apego (Egeland y Sroufe, 1981; en Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.). El maltrato y la negligencia, en los que domina el rechazo y la inconsistencia, parecen dos extremos patológicos de las relaciones de crianza normal. Estas formas de actuación, según se ha encontrado en muestras normativas, pueden ser fuente de inseguridad en el apego.

En la segunda teoría, que es la de las redes sociales, se ha demostrado un vínculo entre el maltrato y la teoría de las redes sociales, cuando se afirma que los padres maltratantes suelen estar socialmente aislados dentro de sus grupos de referencia o comunidades (Parke y Collmer, 1975; en Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.). Por último, las interacciones entre iguales representan, en el niño

maltratado, una vía de prevención y de tratamiento de gran importancia clínica. Existen niños que, aunque provengan de un ambiente familiar hostil o descuidado, se desenvuelven con éxito en el mundo de los iguales, por lo que sería importante descubrir y asilar qué factores los protegen de la inadaptación, al superar las secuelas negativas del maltrato (Mueller y Silverman, 1989; en Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.) lo que representaría un objetivo de enseñanza y prevención para reducir la vulnerabilidad de estos niños de alto riesgo.

Efectos de los maltratos en la formación de relaciones de vínculo. El desarrollo de vínculos seguros entre el niño y sus cuidadores es un área crítica del desarrollo que tiene lugar en el primer año de vida. Sin embargo, la relevancia de la formación de relaciones de vínculo en el contexto más amplio del desarrollo psicosocial del niño se extiende más allá de ese periodo temporal. De acuerdo con la teoría del vínculo, la calidad y seguridad en la primeras relaciones que se establecen entre el niño y sus cuidadores son elementos esenciales para el desarrollo adaptativo del niño.

Conductas parentales durante el primer año de vida caracterizadas por la insensibilidad, el rechazo y la no respuesta pueden tener como resultado una relación de vínculo insegura entre el niño y sus padres. Este vínculo inseguro se encuentra generalmente asociado con la aparición de problemas posteriores en diversas áreas del funcionamiento adaptativo como la interacción con otros adultos, la exploración del mundo físico, el desarrollo del juego simbólico y habilidades cognoscitivas como la resolución de problemas.

Una de las posibles consecuencias del maltrato infantil, es la aparición de serias dificultades para realizar una de las tareas evolutivas más importantes de los primeros años de la vida: el desarrollo de un vínculo afectivo o apego seguro. Las alteraciones que el maltrato puede producir en la relación de apego, pueden ser el origen de graves dificultades socio – emocionales a corto y largo plazo. Algunos autores han incluido entre estas consecuencias a largo plazo la transmisión intergeneracional. Se plantea que las personas que fueron maltratadas en su

infancia pueden carecer de modelos de interacción adecuados que guíen la forma de interaccionarse con sus hijos, y tienden a reproducir los modelos que han tenido durante su infancia. Con relación a este aspecto, aunque en algunos casos la transmisión intergeneracional es un hecho, no podemos suponer que todo niño maltratado será un futuro maltratador ni que todo maltratador ha sido maltratado en su infancia (Simón, López y Linaza, 2000; en Gállegos, op. cit.).

Por otro lado, son muy pocos los estudios que recogen las repercusiones de los maltratos en la elaboración de juicios morales en los niños. Gracia y Musiti (1993) presentan una revisión de los pocos estudios de investigación que se han realizado sobre este aspecto. La metodología utilizada trata de historias en donde se presentan escenas con diferentes tipos de transgresiones. De ésta se destacan algunas conclusiones de este trabajo:

1. Los niños víctimas de maltratos difieren de los no maltratados en los juicios morales relacionados con sus experiencias de maltrato. Muestran una sensibilidad especial a la incorrección de las transgresiones morales relacionadas con la experiencia de los maltratos sufridos por ellos.
2. Aparece una discrepancia entre la alta sensibilidad moral y los altos niveles de agresividad encontrados en estos niños.
3. Cuando se presentan los niños situaciones hipotéticas, los juicios en relación a la corrección o incorrección de una conducta no difieren de los juicios de sus iguales no maltratados. Sin embargo cuando se presentan situaciones reales los niños maltratados consideraban las transgresiones de terceros que atentaban contra el bienestar de otros como más permisibles, especialmente cuando el daño causado era importante.
4. Los niños maltratados son más egocéntricos que sus iguales no maltratados a la hora de justificar su conducta.

5. Los niños maltratados pueden desarrollar umbrales de dolor diferentes a los de otros niños y juzgar acciones que causan daño a terceros como menos serias y más permisivas.

En otro estudio, Hennessy y Rabideau (1994), examinaron las respuestas de niños con abuso físico a diferentes formas de enojo entre adultos. Estos niños documentaron un alto nivel tanto directo como indirecto de agresión y enojo. Se hipotetiza que el niño con abuso presenta mayor miedo en respuesta a todas las expresiones de enojo de los adultos, y más miedo cuando ese enojo entre adultos no se resuelve. En los resultados se encontró que los niños con abuso presentaron mayor miedo a la interacción de los adultos en el enojo, además de que eran más sensitivos a la resolución del enojo, y expresaban mayor miedo cuando el conflicto no era resuelto, ya que elicitan estos actos a fuertes reacciones de emociones negativas, y por lo tanto se presentan patrones de miedo que pueden contribuir a varios tipos de conductas internas, tales como la ansiedad y la depresión. Las respuestas de estos niños al enojo resuelto fueron similares al de los niños sin abuso. El tipo de respuesta, que es el miedo exhibido por el niño, puede representar un intento para calmar el enojo y así evitar la agresión por parte del padre.

Los menores en estos casos, suelen crecer en ambientes completamente heterogéneos con muchas carencias o con demasiado proteccionismo; y tanto en uno como en otro caso el resultado puede ser que se formarán como personas inseguras e incapaces de prolongar y solidificar la célula básica de la sociedad, que es la familia (Silva, Soto y Zamudio, op. cit.).

Un último punto, es que la percepción que tenga el niño hacia el castigo (en este caso físico), dependerá del efecto que éste tenga en el pequeño en todos los aspectos emotivos, sociales, e intelectuales; por lo tanto, dicha percepción es diferente en cada uno de ellos y por ende, son diferentes sus consecuencias. Esto se ha demostrado en un estudio realizado por Catron y Masters (1993); en el grupo de niños de edad preescolar (4-5) fue aceptable el castigo corporal

(bofetada), sin embargo se percibía como severo en cualquier infracción y por cualquier agente disciplinario (persona que aplica el castigo). Los niños de quinto grado, también observaron el castigo como aceptable, aunque apropiadamente severo para las violaciones de prudencia y moral, y aceptable cuando era administrado por el maestro. En los niños pequeños, utilizaron como criterio de juicio la violación de la regla, sin hacer caso al tipo de infracción y agente, esto, debido a que es más frecuente el castigo por estos tipos de infracción y los agentes punitivos; además por parte de los padres por querer corregir conductas indeseables, así también estos niños pueden detectar diferentes tipos de castigo (verbales, no corporales y corporales) como severos, ya que les causa altos niveles de ansiedad y miedo. En los niños grandes, si se identificaron el tipo de infracción y el agente para el juicio. La aceptabilidad por parte de los niños preescolares, tal vez tienen que ver con que conceptualizan a los adultos en general como una autoridad; y en los grandes, con que ven a los adultos como falibles, y por lo tanto evocan menor miedo. En cuanto a su aceptabilidad del castigo corporal en los maestros, tal vez se explica por su propia experiencia en el ambiente escolar, ya que en la escuela en que iban realmente se ejecutaba este tipo de castigo.

Si los niños, aún con una bofetada juzgan al acto como negativo, entonces cabría reflexionar cómo podrían conceptualizar algo con mayor daño, y por consiguiente las repercusiones que podría tener en el infante.

Es necesario señalar que muchas veces en el maltrato físico existen bandos entre uno de los padres y un hijo del mismo sexo o del sexo opuesto; se pueden llegar a establecer relaciones de tipo simbólico entre el niño y el progenitor involucrado determinando una detención, un retraso e inclusive una regresión en el crecimiento emocional del niño; lo que le llega a causar serios conflictos, particularmente en su desarrollo como ser independiente. Además, ante las amenazas que pueden presentarse en el medio familiar contra el niño y su desarrollo, el hijo puede atacar a su familia, a uno o a ambos progenitores, o a los hermanos, y tratar de forzar así la satisfacción de algunas de sus necesidades.

Dentro de esta categoría caerían los desórdenes agresivos de la conducta y algunos trastornos de tipo sociopático, los cuales a su vez establecen el mantenimiento de un círculo vicioso en el que la agresión inicial de los padres determina conductas que generan más agresión paterna y materna. Así, la violencia familiar se puede generalizar y el niño puede volverse contra la sociedad y convertirse en delincuente.

Asimismo, el maltrato infantil puede provocar que el menor que es agredido al ser adulto se sienta frustrado, ya que padeció una infancia difícil en la que conoció la humillación, el desprecio, la crítica destructiva y el maltrato físico, lo cual lo hizo que llegara a la edad adulta sin autoestima ni confianza, lo que le puede provocar una vida precaria que luego proyectará hacia los demás, entre ellos a sus hijos. A su vez quizás será una persona mal adaptada que se cree impedido y que suele ser impulsivo e incapaz en su hogar, situaciones que lo conducirán a reaccionar violentamente en contra de sus hijos (Silva, Soto y Zamudio, op. cit.; y http://www.iin.oea.org/Presentaciones_del_Director_General/discuso_maltrato_infantil.html)

A pesar de tener en cuenta estos índices de maltrato, Cerezo (1995; en Gállegos, 2001) después de hacer una revisión sobre este tema, concluyó que:

1. No todos los niños maltratados desarrollan problemas.
2. No todos los niños maltratados desarrollan los mismos problemas, no hay un patrón ni cognoscitivo ni conductual característico o típico del niño maltratado.
3. No hay un patrón diferencial de síntomas o problemas, ni cuantitativo ni cualitativo que distinga a niños maltratados de la población de niños clínicos.

Por ende, es necesario tener en cuenta todos los factores que en un determinado momento puedan presentarse en el menor para que se convierta en

un índice de atención psicológica, esto se realizaría, pues, con métodos de evaluación eficientes, de los cuales se describirán en el siguiente apartado.

3.3. Evaluación.

A continuación se darán a conocer algunos métodos de evaluación que se pueden utilizar para un diagnóstico en el abuso infantil, esencialmente el que nos compete, que es el físico; esto, teniendo en cuenta los puntos de detección que ya en el capítulo anterior se mencionaron y las posibles consecuencias que se desarrollaron en el apartado anterior.

De acuerdo con Arruabarrena y De Paúl (op. cit.), valorar una situación de maltrato infantil significa realizar tres tipos de actuaciones: 1) confirmación de la veracidad del maltrato; 2) evaluación del estado del niño, y 3) evaluación diagnóstica. A continuación se describen brevemente las características y objetivos básicos de estos tres tipos de valoración. En los apartados siguientes se abordará en detalle el procedimiento de la evaluación del estado del niño y la evaluación diagnóstica.

La confirmación de la veracidad del maltrato, es la primera tarea a realizar cuando se recoge información acerca de su posible existencia, y consiste en verificar si realmente se está produciendo y si lo que sucede ha de calificarse como maltrato. Esta primera valoración resulta de gran importancia, pues determina si se desarrollará una intervención posterior con el caso, cómo y desde qué contexto.

Especificar cuál es la diferencia entre lo que puede ser un comportamiento parental inadecuado pero socialmente tolerable, y un comportamiento parental inadecuado y socialmente intolerable. Pero a esto se añade una segunda dificultad: la de recoger pruebas, testimonios o datos suficientes para verificar la ocurrencia de algo que habitualmente se produce en la intimidad del domicilio familiar y sin testigos. Aunque en el caso de un maltrato físico en extremo, donde el niño presenta lesiones físicas evidentes como consecuencia directa del

maltrato, o aquellos en los que hay testigos fiables, no presentan dificultades para la recogida de los datos requeridos para su verificación. Al igual que en otros procesos de valoración, pero especialmente cuando se trata de verificar la existencia del maltrato, es preciso poner un especial cuidado en el procedimiento de recogida de datos. Para obtener una información veraz y fiable, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- En general, es el profesional responsable de esta tarea quien “irrumpe” en la intimidad familiar y comunica a los padres que se sospecha la existencia de una situación de maltrato, lo que habitualmente provoca en éstos una actitud de defensa y negación. Así, en ocasiones puede ser aconsejable, previo a contactar con los padres, acceder a otras fuentes relevantes de información (maestros, pediatra, personal de guarderías, etc.) a fin de recopilar todos los datos sobre los que se fundamenta la sospecha de maltrato, de manera que la entrevista con los padres tenga como objetivo contrastar con estos una información concreta. La recogida de información del niño, bien sea de manera directa o indirecta (es decir, a través de lo que éste ha manifestado a otras personas o profesionales) constituye en este tipo de valoración una tarea imprescindible, y puede ser aconsejable en algunos casos realizarla previamente al primer contacto con los padres (pues estos pueden intentar influir en el niño para que oculte o distorsione datos).
- La información ha de ser completa, es decir, abarcar todas las áreas o conductas en las que puede materializarse o manifestarse un determinado tipo de maltrato.
- La información ha de ser contrastada. Ello significa que se debe:
 - a) consultar al máximo número posible de fuentes independientes de información, y
 - b) utilizar métodos diversos, tanto directos (por ejemplo, entrevistas a los miembros de la familia directamente

implicados, observación) como indirectos (por ejemplo, entrevistas a terceras fuentes), para la recogida de datos.

- Es preciso diferenciar las valoraciones de los datos objetivos. A la hora de confirmar si se ha producido una situación de maltrato, lo realmente relevante son los datos y hechos que los diferentes informantes consultados han observado o han conocido directamente. La confirmación del maltrato ha de basarse fundamentalmente en una presentación contrastada de hechos y datos objetivables, debiendo evitar las suposiciones o inferencias que no se apoyen claramente en observaciones fiables.

En la evaluación del estado del niño, teniendo en cuenta lo anterior y considerando que el niño ha de ser objeto de protección, la primera tarea a llevar a cabo una vez confirmado que se ha producido el maltrato, consiste en realizar una valoración acerca de si la salud y seguridad básicas del niño se encuentran en peligro. Dicha valoración ha de ser llevada a cabo de manera inmediata y urgente, y tiene como objetivo adoptar, en caso necesario, las medidas requeridas para salvaguardar la integridad del niño y evitar que éste sufra una lesión irreversible o altamente dañina. Es importante clarificar y destacar que en este momento no se trata de realizar un examen detallado y en profundidad del estado físico, psicológico y cognoscitivo del niño. Eso constituye un tipo de valoración que se llevará a cabo posteriormente (en la evaluación diagnóstica), cuando haya tiempo suficiente. En este momento inicial, el único objetivo de la valoración consiste en determinar si el niño necesita ser protegido de manera urgente porque se encuentra en serio peligro.

Realizar la evaluación del estado del niño significa llevar a cabo dos tipos de valoraciones, una de ellas centradas en el presente y la otra en el futuro:

- Valoración de la gravedad. Consiste en determinar si la salud y seguridad básicas de niño han sido puestas en peligro como consecuencia directa del comportamiento maltratante de los

padres. Se refiere, por tanto, a lesiones o daños físicos y/o psicológicos observables en el niño.

- Valoración del riesgo. La valoración de la gravedad proporciona información acerca del estado actual del niño, pero no se ocupa de qué es lo que puede pasar en el futuro. Si el objetivo de los Servicios de Protección Infantil consiste en proteger al niño, será necesario también prever si el maltrato puede repetirse en el futuro (recidiva) y poner en peligro grave su salud y seguridad. La valoración del riesgo tiene como objetivo predecir: a) la probabilidad de que, en una familia donde ya ha habido un incidente de maltrato, se produzca una recidiva, y b) la severidad de la misma.

En un tercer paso que es la evaluación diagnóstica, se recoge información sobre el niño, su familia y su entorno, con el fin de identificar:

- Los factores que han motivado la aparición y mantenimiento de la situación de maltratos hacia el niño.
- Las secuelas que el maltrato ha provocado en el niño.
- Los aspectos o áreas positivas de la familia y su entorno que pueden ayudar en el proceso de rehabilitación.
- Los aspectos o áreas negativas de la familia y su entorno que pueden actuar como impedimentos en el proceso de rehabilitación.
- El pronóstico del caso en cuanto a la desaparición de la conducta de maltrato y a la consecución de un nivel adecuado de funcionamiento de la familia y de sus miembros.
- Los objetivos específicos de la intervención rehabilitadora con la familia y/o el niño.

Estos objetivos de la evaluación diagnóstica mantienen una secuenciación temporal, que finaliza con la determinación de:

1. Si es posible ayudar a unos padres maltratantes a modificar su comportamiento y a ser capaces de cuidar adecuadamente a sus hijos, y
2. En función de lo anterior, cuál es el tipo de intervención que es necesario adoptar con el niño y su familia (provisión de tratamiento, separación temporal y/o permanente del niño del hogar, etc.).

De igual manera se realizan las siguientes valoraciones, con el fin de obtener mayor información en cuestión de efectividad de la evaluación.

Valoración de la gravedad. Se refiere a determinar, una vez confirmada una situación de maltrato, la severidad del daño sufrido por el niño. Esto se realiza básicamente en función de: a) la existencia de lesiones físicas y / o psicológicas en el niño y la intensidad de las mismas, y b) el tipo de maltrato infligido. Con respecto a las lesiones físicas, son las que se localizan en zonas vitales del cuerpo u órganos cercanos a las mismas (cara, cabeza, nariz, lesiones internas. También se califican como lesiones graves aquéllas que necesitan que el niño sea hospitalizado o reciba tratamiento médico especializado para su curación. Referente al tipo de maltrato, solamente el abuso infantil se considera de gravedad máxima, mientras que en otros casos no siempre resultan gravemente dañinos para el niño, pudiendo provocar diferentes niveles de daño en función de otros parámetros tales como su intensidad o frecuencia.

Valoración de riesgo. Es importante valorar qué probabilidad existe de que el maltrato se vuelva a repetir y de que produzca un daño severo. La valoración de riesgo significa utilizar información conocida de una determinada persona o situación (características del maltrato, del niño, de la familia y del entorno en el que éstos se desarrollan) para estimar la probabilidad de que esa persona manifieste o se implique en una determinada conducta de maltrato en el futuro. Lo más importante es no equivocarse afirmando que no se va a producir una recaída, es decir, evitar al máximo la aparición de “falsos negativos”, aun cuando eso

suponga un aumento de “falsos positivos” (pronosticar que se va a producir un maltrato severo y que éste no se produzca). En el momento actual, hay datos empíricos que indican que para evaluar el riesgo de recidiva del maltrato y su severidad, hay que tener en cuenta: a) las características del incidente de maltrato, b) ciertas características del niño que le hacen más vulnerable, c) ciertas características de los padres que limitan su capacidad para ejercer el rol parental, d) ciertas características del entorno familiar, y e) el grado de conciencia de problema y motivación de cambio de los padres. A continuación se describen algunos factores que parecen encontrarse relacionados con un mayor riesgo para el niño:

Características del incidente del maltrato:

1. Tipo: Abuso sexual. Maltrato de carácter sádico a cualquier edad. Situaciones severas de maltrato o abandono (físico y / o emocional) en niños menores de dos años.
2. Severidad y / o frecuencia: Existencia de un patrón crónico de maltrato con lesiones graves en el niño.
3. Cercanía temporal: Producción del maltrato en un período inferior a seis semanas respecto al momento en que se realiza la valoración.
4. Presencia y localización de la lesión: Existencia de lesiones físicas en zonas vitales o cercanas (cara, nariz, cabeza, lesiones internas) u órganos sexuales (ano, genitales).
5. Historia previa de informes de maltrato: Constatación de que el perpetrador ha cometido anteriormente otros actos de maltrato severo o de que se han producido situaciones de maltrato severo en la familia (con otros hermanos o con el mismo niño).

Factores de vulnerabilidad infantil:

6. Acceso del perpetrador al niño: Existencia de un acceso libre por parte del perpetrador al niño, no habiendo ningún adulto que pueda defender a éste si es nuevamente agredido o amenazado con ello.

7. Edad y visibilidad por parte de la comunidad: Niños de edades inferiores a cinco años (especialmente los menores de un año) que no pueden ser vistos habitualmente por personas ajenas al núcleo familiar.
8. Capacidad del niño para protegerse o cuidarse a sí mismo: Niños de edades inferiores a cinco años. Niños mayores de esa edad pero con dificultades para cuidarse o protegerse sin la ayuda / supervisión constante de adultos.
9. Características comportamentales: Existencia de problemas comportamentales en el niño que suponen un nivel de estrés importante para los padres / cuidadores. Bebés con cólicos severos, periodos de lloro prolongado, hábitos de comida / sueños irregulares.
10. Salud mental y estatus cognoscitivo: Existencia de trastornos emocionales diagnosticados o limitaciones cognoscitivas que suponen una incapacitación total del niño en el desempeño adecuado de sus roles.

Características del cuidador.

11. Capacidades físicas, intelectuales y emocionales: Existencia de una incapacidad física, intelectual o trastorno emocional que limita totalmente, de manera permanente o temporal pero sin posibilidad de mejora en un futuro próximo, la capacidad del cuidador para atender las necesidades del niño.
12. Capacidades asociadas a la edad: Madre o padre adolescente sin apoyos positivos en su entorno. Madre o padre adolescente que vive con su familia extensa pero donde nadie asume una responsabilidad clara sobre el niño.
13. Habilidades parentales y expectativas hacia el niño: Existencia de déficits severos en las habilidades del cuidador para la crianza del niño, expectativas totalmente inadecuadas hacia éste, y desconocimiento de las necesidades de estimulación, aprendizaje y emocionales del niño.

14. Métodos de disciplina y castigo hacia el niño: Utilización de la fuerza y el castigo físico como método disciplinario y de ejercicio del poder. Utilización de la agresión verbal de manera constante.
15. Abuso de drogas / alcohol: Incapacitación del cuidador para ejercer el rol parental y atender adecuadamente al niño por su adicción a drogas / alcohol. Rechazo del tratamiento. Abuso de drogas durante el embarazo y nacimiento del bebé con sintomatología asociada.
16. Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva: Comisión de delitos por utilización de violencia física o sexual contra otros adultos o menores. Incapacidad, por su conducta delictiva o antisocial, para atender las necesidades mínimas básicas y de supervisión del niño.
17. Historia personal de maltrato / abandono: Vivencia por parte del cuidador de una situación severa de maltrato / abandono en su propia infancia o ausencia de modelos parentales positivos.
18. Interacción cuidador-niño: Ausencia de indicadores de apego. Percepción negativa constante del niño; atribución de intencionalidad negativa en las acciones inadecuadas de éste.

Características del entorno familiar:

19. Relación de pareja: Violencia conyugal, inexistencia de comunicación afectiva, instrumentalización del niño en el conflicto conyugal, mantenimiento por parte del cuidador principal de múltiples relaciones de pareja breves e inestables.
20. Presencia de un compañero o padre / madre sustituto: Comisión del maltrato por parte del compañero del padre / madre biológico. Influencia negativa del compañero en el cuidado proporcionado al niño.
21. Condiciones del hogar: Inexistencia de las condiciones básicas de habitabilidad (sanitarias, equipamiento, espacio) en la vivienda. Peligro para la salud e integridad física del niño. Inestabilidad de vivienda.

22. Fuentes de apoyo social: Inexistencia de sistemas de apoyo disponibles para la familia, total aislamiento social. Fuerte conflicto en las relaciones sociales o familiares.

Respuesta de los padres:

23. Conciencia de problema y motivación de cambio: Ausencia de conciencia en los padres del daño sufrido por el niño y / o de lo inapropiado de la conducta maltratante. Respuesta agresiva o rechazante ante los profesionales que han intentado intervenir en el caso.

En los instrumentos de valoración del riesgo, el análisis de la información recabada no es en absoluto simple ni responde a una fórmula matemática de suma o resta. Así, puede que en una familia se presenten un número elevado de factores de riesgo y se valore que no es preciso adoptar una medida urgente para proteger al niño. Por el contrario, en otra familia pueden aparecer menos factores y considerarse que la seguridad del niño se encuentra en grave peligro.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.

A continuación se describen algunas herramientas que se utilizan habitualmente en la evaluación diagnóstica para posibilitar y facilitar ese proceso de recogida de información.

Entrevista. Tiene la ventaja de permitir recabar información directamente de los diferentes miembros de la familia y simultáneamente contrastar, es decir, detectar similitudes y contradicciones en la manera en que éstos perciben su realidad y sus problemas. También permite captar otros tipos de comunicación además de la verbal, es decir, el lenguaje no-verbal (tono de voz, posición del cuerpo, contacto físico, etc.). además puede observarse el modo en que los diferentes miembros

de la familia se relacionan e interactúan entre sí (pautas de comunicación verbal y no verbal, técnicas de resolución de conflictos, etc.).

Algunos autores como Mouzakitis y Stern (1985 y 1989; en Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.), recomiendan una serie de precauciones para que la entrevista se lleve a cabo de forma óptima cuando se tiene que desarrollar con sujetos de estas características: a) la presencia de otros niños a la hora de llevarse a cabo, condiciona totalmente la libertad de expresión del entrevistado, por lo cual es imprescindible que esta técnica se desarrolle en un lugar apartado para que puedan expresar sus vivencias con libertad, b) el niño ha de percibir que el objetivo fundamental de dicha entrevista es ayudarle a solucionar sus problemas, c) hay que hablar al niño según su nivel de edad para que comprenda exactamente el alcance de las cuestiones, d) evitar las preguntas cuyas respuestas sean breves y los por qué, y e) no es conveniente hacer juicios valorativos sobre los acontecimientos descritos por el niño.

En el ámbito de la evaluación de familias maltratantes no existe ningún formato de entrevista diagnóstica que haya sido probado empíricamente, salvo la versión de "Family Assessment Form" (FAF) (Children's Bureau of Los Angeles, 1988; en Arruabarrena y De Paúl, op. cit.), que se encuentra en fase experimental. Por otra parte, recientemente ha sido creado bajo encargo del Ministerio de Asuntos Sociales de España, un formato de "Entrevista semiestructurada para padres / madres" (Torres, Arruabarrena y De Paúl, 1993; en Arruabarrena y De Paúl, op. cit.) que ha sido sometida a algunos análisis preliminares de fiabilidad, con resultados satisfactorios.

Cantón y Cortés (2000), destacan a la entrevista como una de las herramientas en las que más se puede apoyar el profesional para indagar el abuso, tomado en cuenta algunos puntos: el grado de exactitud con que los niños informan sobre acontecimientos que han experimentado varía sustancialmente dependiendo de las demandas cognoscitivas de la situación, incluidas las características del suceso en cuestión (por ejemplo, el tiempo transcurrido desde que se produjo) y

las circunstancias en que deben recordarlo (por ejemplo, el tipo de preguntas formuladas). También intervienen factores emocionales y sociales como la motivación que tengan para contar la verdad y sus deseos de agradar al entrevistador.

Se requiere de conocimientos necesarios sobre el desarrollo evolutivo de las capacidades de atención, memoria y control de la información, las cuales se definirán con mayor amplitud:

-Atención. Los niños pequeños se distraen más fácilmente que los mayores y que los adultos, de igual forma no atienden a sucesos y detalles considerados importantes por los adultos y, por tanto, no llegan a memorizarlos. Los resultados actuales sobre el desarrollo de la atención aconsejan adoptar varias estrategias si se quiere mejorar el rendimiento del niño durante la entrevista. En primer lugar, se debe diseñar el ambiente de manera que se reduzcan al mínimo las distracciones, ayudando así a que se centre. En segundo lugar, para que no se canse y deje de prestar atención al poco tiempo hay que diseñar cuidadosamente los objetivos antes de la entrevista. Finalmente, dada la relación existente entre comprensión y atención, el entrevistador debe presentarse y explicar su papel y las reglas de la entrevista lo más claramente posible. El problema sigue siendo la consecución de un equilibrio entre reducir el nivel de estrés del niño y mantenerlo centrado en la tarea.

-Memoria y Metamemoria. La cantidad de información recordada por un niño de tres años de edad disminuye entre una y tres semanas después, mientras que durante este mismo periodo en los de seis años se mantiene. Contrariamente a los adultos, que tienden a prestar atención y recordar la información central, los niños se fijan y recuerdan más los detalles periféricos del suceso. Los niños no toman conciencia de su verdadera capacidad para recordar hasta segundo de primaria aproximadamente, de manera que antes de esa edad tienden a sobrestimar su capacidad y a menudo intentan recordar demasiada información,

repercutiendo en un menor rendimiento a la hora de aportar información real y relevante. Cuanto más se aproxime una nueva experiencia a otra experiencia previa del niño, mejor podrá entender y recordar la nueva información. El conocimiento de la propia memoria (cosas más fáciles de recordar, información que hay que estudiar más a fondo) puede facilitar también el recuerdo. Según Mapes (1995; en Cantón y Cortés, op. cit.), la metamemoria supone tres habilidades básicas. La primera sería consciente de que hay que recordar algo: si el niño cree que algo es importante (atribución de significado a un suceso) y que deberá recordarlo, su recuerdo será mejor. La segunda se refiere a la evaluación de la dificultad de una tarea: los niños de preescolar tienen una escasa comprensión de los distintos grados de dificultad que implican las diversas tareas de memoria (por ejemplo, que repetir algo con sus propias palabras es más fácil que repetirlo al pie de la letra). La tercera habilidad es la monitorización, es decir, la habilidad para evaluar los progresos del propio aprendizaje: con la edad aumenta la capacidad para centrarse en la información relevante y para monitorizar los progresos en el almacenamiento de esta información.

Los sucesos traumáticos y estresantes a menudo dejan una impresión clara en la memoria y el individuo los organiza de un modo coherente, informado sobre ellos con exactitud y con relativamente poca distorsión.

El incremento de estrés durante el momento del “trauma” puede llevar a una concentración de la atención en los detalles básicos del suceso a expensas de los periféricos (Christianson, 1992; en Cantón y Cortés, op. cit.), lo que a su vez, daría lugar a un mejor procesamiento.

Los niños a veces se centran en detalles de los sucesos traumáticos que a ellos les resultan significativos por motivos desconocidos para el adulto. Pedirles que informen sobre memorias que o bien les resultan inaccesibles o bien nunca las han retenido podría llevarles a crear fantasías e informes falsos, simplemente para satisfacer las persistentes peticiones del entrevistador de que aporte más información.

La desconfianza desarrollada por los niños maltratados y subsiguiente hipervigilancia ante situaciones amenazantes puede llevarles a una mejor memoria del suceso y mayor resistencia a la información capciosa.

Los malos tratos pueden tener unos efectos cognoscitivos negativos en el niño. El niño abusado no siempre cuenta con el apoyo de sus padres e incluso, en determinados casos, es posible que intenten confundirlo, engañarlo o inducirlo a error para que no revele lo sucedido.

-Proceso de la información. La codificación, el proceso por el que un estímulo externo se transmite al cerebro para su almacenamiento, está sujeta a una serie de influencias distorsionantes. Características del niño como su personalidad o el estado emocional en que se encuentra influyen en la atención que presta al suceso y en las características del mismo en que se fija. Además, sus expectativas o actitud general pueden perjudicar o fortalecer la exactitud de la codificación. También influyen en este proceso determinados factores temporales (por ejemplo, la duración y frecuencia del suceso repercuten en una mejor codificación) y ambientales (por ejemplo, la claridad o ambigüedad del suceso).

El almacenamiento en el cerebro de la información codificada se lleva a cabo mediante el proceso de retención. Los inputs, alterados ya durante la codificación, sufren una nueva modificación. La retención del suceso almacenado mejora al repetirlo (mentalmente, comentándolo con otros), pero se corre el riesgo de que durante la repetición se incluya información falsa. El cerebro también está preparado para proteger al individuo de pensamientos o sentimientos disfóricos, para lo que se vale de mecanismos de defensa que distorsionan aún más la información almacenada.

El proceso de recuperación de información (recuerdo, decodificación) se encarga de traer la memoria a la conciencia, produciéndose una nueva reestructuración de

la información. Existe en las personas una tendencia general a distorsionar algunas clases de información.

Los niños pequeños parecen ser más susceptibles que los mayores y que los adultos a diversas distorsiones de la memoria, un problema que se va acrecentando conforme aumenta el tiempo transcurrido entre el suceso experimentado y su recuerdo. Sin embargo, algunos estudios, han demostrado que la memoria de los niños pequeños puede ser muy exacta incluso después de haber transcurrido mucho tiempo, sobre todo si se trata de situaciones con las que el niño está familiarizado (Cantón y Cortes, 2000).

Un método para determinar la calidad de la memoria del niño sobre una determinada experiencia consiste en pedirle que cuente lo sucedido sin formularle ninguna pregunta específica (recuerdo libre).

El recuerdo guiado consiste en utilizar palabras o bits de información para aumentar la cantidad de información recordada por el niño. Se puede recurrir a enunciados del tipo verdadero / falso o sí / no, que suelen implicar alguna pregunta sobre si un suceso o detalle ocurrió o formó parte de la experiencia en cuestión, o a un formato de elección múltiple en el que se presentan varias alternativas para que el niño elija una (“¿la persona de la que estás hablando era joven o mayor?”). también se puede optar por un formato de respuesta corta, pidiéndole al sujeto que aporte información sobre un determinado detalle (“¿puedes hablarme sobre la ropa de esa persona?”).

En consonancia con los resultados de algunos estudios, Cantón y Cortés (op. cit.) recomiendan que los protocolos de entrevista señalen que el entrevistador no mencione nombres específicos, objetos o acciones antes de que el niño haya mencionado esta información.

Como último punto es importante destacar que desde el momento en que se hace el diagnóstico presuntivo del SMI es conveniente realizar la menor cantidad de interrogatorios posibles. La entrevista familiar debe ser tomada en un lugar reservado y el interrogatorio debe ser abierto, no dirigido, evitando en todo momento emitir juicio sobre lo escuchado, así como las expresiones de rechazo, enojo, desaprobación y /o acusación. No es el momento de tratar de probar el abuso o negligencia (Jodara, 2000).

Cuestionarios de Auto percepciones y autovaloraciones. Se valora el autoconcepto del niño por medio del Cuestionario A/2 de Autoconcepto de Martorell (1987; en Gallardo, Trianes y Jiménez, op. cit.). Es un test diseñado para los sujetos que están en la etapa de la adolescencia (10 a 15 años). Está integrado por 49 ítems con elección de tipo Lickert. Se encuentra dividido en cuatro variables: la ansiedad-depresión, el autoconcepto, el autoconcepto negativo y la hipervaloración / liderazgo. También se ha valorado, el Locus de Control con la prueba para niños de Nowicki-Strickland (1973; en Gallardo; Trianes y Jiménez, op. cit.); consta de 40 ítems en los cuales hay dos alternativas y presenta dos factores bipolares, la externalidad y la internalidad.

Escalas para evaluar la capacidad intelectual. Un instrumento que se ha utilizado es el de las Matrices Progresivas de Raven que consta de cinco series. La escala contiene 60 problemas divididos en cinco series de doce problemas cada uno. Los resultados se transforman en puntuaciones “pentas” y en vez de tener cinco categorías en la capacidad intelectual, se reagruparon las de los extremos, por lo cual se tienen tres únicos rangos: baja (pentas 1 y 2), media (penta 3) y alta capacidad (pentas 4 y 5)

Prueba de atribuciones sobre situaciones extremas de crianza. La prueba de Atribuciones sobre Situaciones Extremas de Crianza intenta rastrear las atribuciones que realiza el niño sobre distintos comportamientos de los padres: positivos (elogio, afecto y cuidado) y negativos (maltrato, desafecto y descuido).

Consta así de quince historias familiares en donde el niño es el protagonista. De ellas, seis viñetas son positivas, es decir, las situaciones hacia el niño son agradables para él. Las nueve restantes son negativas porque son situaciones conflictivas; en ellas se pretende abarcar toda la tipología del maltrato infantil: maltrato físico, maltrato emocional, abandono y explotación del menor. Con todas las situaciones familiares se confeccionan unos cuadernillos para los chicos y otros para las chicas, para favorecer con ello aún más la identificación con el/la protagonista, según el género. Por otro lado, se elige un formato cerrado para facilitar a los sujetos su aplicación, si la tónica es pobre en cuanto a competencia de expresión, de introspección, de lectura y escritura. Así, en cada una de esas viñetas se especifica ocho posibles atribuciones que fueron la que rotan en el orden de presentación a medida que el sujeto va avanzando en la prueba. Los evaluados pueden elegir todas aquellas que quieran pero en ningún caso todas.

Escalas para evaluar el conocimiento social del niño. A) La respuesta asertiva. Para la evaluación de estas variables se adoptó la Escala del Comportamiento Asertivo para Niños de Michelson y cols (1983; en Gallardo, Trianes y Jiménez, 1998) en donde el niño tiene que dar dos respuestas; una, en relación con otros niños y la otra en relación con un adulto. Respecto a la asertividad, tanto en la escala que se evalúa la relación con los iguales como en la de los adultos, coincide con la respuesta cero, las agresivas con los valores uno y dos; en cambio las pasivas con estos mismos valores pero negativos. B) Las estrategias de solución de problemas interpersonales. Se emplea la prueba del Pensamiento Alternativo (PA); el pensamiento alternativo es la habilidad cognoscitiva para crear o producir el mayor número posible de soluciones distintas a un problema determinado. Para evaluar las estrategias de solución de problemas interpersonales se utiliza la prueba de Jiménez de 1994. Es un test de lápiz y papel de diez ítems y de respuesta libre. Los ítems plantean una serie de situaciones sociales problemáticas de naturaleza interpersonal en los distintos ambientes cotidianos dentro de la familia y del medio escolar. Las categorías son las siguientes: la agresión física directa, la agresión verbal, el enfrentamiento con los adultos, el rechazo hacia los padres, enfadarse, engañar, robar, amenazar /

chantaje, llorar, capacidad de aguante, negociar y compensar, compartir, apelar a la autoridad de los adultos, huir de la situación, razonar, defensa de los derechos, imposición, solución alternativa, respuestas irrelevantes y petición.

Cuestionarios para las variables evaluadas por profesores y compañeros. Se utiliza un cuestionario (CBCL) que consta de 18 ítems que versan sobre problemas de conducta; cada elemento presenta tres alternativas en una intensidad creciente. Una puntuación alta significa un grado elevado de problemas de conducta. Los profesores empiezan a completar las pruebas a los tres meses de estar en contacto con el niño. Las variables que estudian esta prueba son: el aislamiento social, la impopularidad, conductas autodestructivas, comportamientos obsesivos / compulsivos, distracción generalizada, hiperactividad, agresividad y otras manifestaciones. Dentro de esta última variable se han incluido problemas físicos (dolor de ojos, náuseas, problemas estomacales, vómitos, fobia escolar, consumo de alcohol y/o drogas, demasiada preocupación sexual, llorar, gritar, etc.). A su vez estas escalas se reúnen en dos grupos contrastados de problemas de conducta: Internalizantes (Ansiedad, Inhibición, Impopularidad, Autodestrucción y Obsesión-Compulsión) y Externalizantes (Desatención, Hiperactividad y Agresividad).

Evaluación Sociométrica. Para recoger información acerca de las relaciones existentes entre los iguales se empleó una evaluación sociométrica, en el que cada niño califica a todos los demás de la clase en tres criterios: trabajar, jugar y tener confianza. Concretamente, es un instrumento en donde un sujeto, ante la lista de la clase, califica a cada compañero en tres criterios: ¿Con quién te gustaría jugar en el patio del recreo? ¿Con quién te gustaría trabajar? Y ¿A quién le contarías tus secretos?, es decir ¿Te fiarías de él? Cada una de estas cuestiones se respondía en tres intensidades: siempre, a veces y nunca. A partir de estas elecciones, se calcula el índice de preferencia social para correlacionar posteriormente los resultados con la variable del maltrato físico. (Gallardo, Trianes y Jiménez, 1998).

Otro tipo de evaluación sugerido es el que manejó Landa (1998) en un trabajo que realizó con un padre maltratador, se basó en una metodología de evaluación del análisis contingencial la cual comprende cuatro fases: la identificación del problema, la definición del problema, el análisis de soluciones y la intervención.

Identificación del problema. Esto incluye: a) la ubicación social del usuario, b) la queja principal y c) la remisión. Ubicar socialmente al usuario permite conocer su medio físico y social, las actividades a las que se dedica, las personas con las que se relaciona, así como los diferentes grupos sociales a los que pertenece. La queja principal consiste en el problema por el cual el usuario solicita ayuda profesional. Cabe mencionar que la queja principal y la problemática real no siempre coinciden, incluso se puede dar el caso de que la queja principal se refiera a un problema de naturaleza médica, económica, legal, etcétera, por lo que se vuelve obligada la delimitación de la dimensión psicológica del problema referido así como la consideración del trabajo multidisciplinario. La remisión consisten en la identificación de la persona o institución que le sugirió al usuario acudir a solicitar ayuda profesional. Este punto da indicios de la persona o personas que valoran el problema como tal, las razones para solicitar ayuda de tipo psicológico, la intervención de otros profesionales o paraprofesionales e incluso del origen del problema. Finalmente y partiendo de la premisa de que cualquiera de los individuos que participan de la relación valorada como problema es potencialmente capaz de alterarla, en este paso se selecciona a la persona que recibirá el servicio, el usuario, el cual fungirá como el eje de análisis. El usuario se selecciona con la ayuda de tres criterios: a) que esté directamente afectado en la relación valorada como problemática; b) que tenga posibilidad real de alterar la interacción valorada como problema; y c) que esté dispuesto a cooperar.

Definición del problema. Para lograr encontrar una solución adecuada al a problemática que nos plantea un usuario es necesario primero, definir el problema

psicológico. Desde este enfoque la identificación y definición del problema se llevan a cabo de manera conjunta entre el psicólogo y el usuario. El psicólogo, con ayuda de la entrevista como herramienta de evaluación básica, va solicitando la información que requiere y al mismo tiempo informando al usuario de los eventos, personas, circunstancias, juicios de valor, etc. que configuran su problemática. No se pretende dotar al usuario de un lenguaje técnico, sino de un método para analizar sus problemas, de manera que sea él quien, una vez comprendido su problema, opte por la alternativa de solución que mejor se ajuste a su caso. La estrategia que se utilizó para estos fines fue el autorregistro. La definición del problema implica: 1) la evaluación de las relaciones microcontingenciales valoradas como problema; 2) la identificación de la historia de la microcontingencia problema y 3) la evaluación del marco macrocontingencial.

Para evaluar funcionalmente las relaciones microcontingenciales es necesario identificar sus elementos, que son: 1) las situaciones; 2) las conductas del usuario en esas situaciones; 3) las personas implicadas funcionalmente en dichas situaciones y 4) los efectos.

Posteriormente, con la finalidad de proceder a la evaluación de la génesis del problema fue necesario identificar dos aspectos: la historia de la microcontingencia problema y las estrategias de interacción. En esta última, puesto que es posible detectar consistencia en la forma de comportarse del usuario en ciertas situaciones (Landa, Carpio, Nava y Vega, 1997; en Landa, 1998) también se puede predecir con base en dichas consistencias, la probabilidad de que se involucre en nuevas microcontingencias potencialmente problemáticas. Si esta disposición interactiva se presenta en la forma de estilo conductual es necesario planear una estrategia de intervención adicional, que incluya la alteración de dicha disposición del usuario, con el fin de ejercer un enfoque preventivo eficaz. Es preciso explorar entonces: los tipos de contingencias enfrentados por el usuario a lo largo de su vida y si existen consistencias en la forma como ha venido enfrentando tales tipos de contingencias.

En la evaluación del marco macrocontingencial, la valoración como comportamiento está regulada por dimensiones funcionales que no están presentes en forma efectiva en una relación microcontingencial particular. Tales actos de valoración están regulados por relaciones de contingencia establecidas en el pasado, o que en el presente no se encuentran en forma efectiva en una interacción específica; están regulados por macrocontingencias. El análisis de las macrocontingencias no puede darse independientemente de las interacciones concretas que tienen lugar en las situaciones microcontingenciales, de ahí que se plantee el análisis macrocontingencial como un análisis de correspondencias entre microcontingencias socialmente normativas y microcontingencias definidas como problema por el individuo, el grupo o ambos. Las microcontingencias normativas se componen de los mismos elementos descritos en el sistema microcontingencial, lo que las distingue es que implican relaciones explícitamente valoradas. Las relaciones explícitamente valoradas son aquellas en donde los otros significativos para el individuo establecen y regulan la normatividad como “deber ser” de la relación. Para llevar a cabo el análisis de correspondencia entre la microcontingencia ejemplar y la microcontingencia problema es necesaria la consideración de dos dimensiones en los otros significativos para el sujeto: las prácticas conductuales dadas como relación efectiva, en términos del hacer o decir y la conducta sustitutiva referida a tales prácticas, en términos del creer (Rodríguez, 1995; en Landa, 1998).

Para distinguir entre la microcontingencia problema y la microcontingencia ejemplar, se debe identificar al grupo social relacionado con el usuario que actúa, cree y opina de manera similar a él (situación ejemplar) y en donde se norma o ejemplifica o que debe o no debe hacerse, lo que está bien o no está bien hacer en la situación problema. Y el grupo social en donde las acciones, creencias y opiniones no coinciden con las del usuario (situación problema).

El análisis macrocontingencial consistió pues, en la identificación junto con el usuario de correspondencias entre esas dos microcontingencias, la microcontingencia normativa o ejemplar y la microcontingencia problema.

Una vez definido el problema, esto es, evaluado el sistema microcontingencial, la génesis del problema y el marco macrocontingencial, se llevó a cabo el análisis de soluciones.

En el análisis de soluciones, el usuario decidió cuál era la mejor alternativa de solución para su problema, tomando en consideración diez posibilidades, que resultan del cruce de ambas dimensiones, la microcontingencial y la macrocontingencial. La primera dimensión plantea la posibilidad a analizar incidir o no en el sistema macrocontingencial, es decir, alterar las prácticas valorativas propias y/o las prácticas valorativas de otros.

Las alternativas de solución pueden ser, desde no cambiar nada (mantenimiento micro y macrocontingencial) hasta alterar las relaciones microcontingenciales y macrocontingenciales, dependiendo de las decisiones que tome el usuario y de la falta de correspondencias intra e intercontingenciales que resulten críticas en la definición de su problemática. Adicionalmente se consideran aspectos como la motivación del sujeto para el cambio, la posibilidad real de logro, el costo de desarrollo y el costo emocional, los efectos a corto, mediano y largo plazo, y los recursos necesarios y los recursos disponibles.

El último paso del análisis contingencial se encuentra íntimamente relacionado con los pasos anteriores, no es posible generar alternativas de solución, si no se ha definido previamente el problema, identificando sus dimensiones críticas, y no es posible tampoco planear la intervención sin la consideración de tales alternativas de solución entendidas como los objetivos generales del programa de intervención.

El programa de intervención se diseña a la medida de la problemática del usuario y está configurado por los siguientes aspectos:

1. Objetivo general. Que se conforma a partir de la o las soluciones elegidas por el usuario.

2. Objetivos particulares y específicos. Que son las submetas desglosadas de los objetivos generales.
3. Acciones terapéuticas. Son las tareas concretas que el usuario debe llevar a cabo para conseguir paulatinamente los objetivos previstos.
4. Funciones del terapeuta. Son los papeles asumidos por el psicólogo durante todo el proceso terapéutico.
5. Evaluación de la consecución de los objetivos.

Es conveniente hacer notar que a lo largo de todo el proceso terapéutico, el psicólogo debe evaluar los cambios generados tanto en la queja del usuario como en la problemática. Para tal fin se emplea la Guía de Evaluación de Cambios (GEC), la cual está compuesta por dos ejes, el vertical indica el momento terapéutico en el que se genera un cambio, de manera que es posible distinguir qué cambios pueden atribuirse a la aplicación de un procedimiento dado y qué cambios son ajenos al sistema; el eje horizontal que indica la naturaleza cualitativa del cambio generado y si éste está relacionado con la queja referida por el usuario o con la problemática global, que como ya se explicó, bajo esta aproximación no se consideran análogas.

Es importante resaltar que lo significativo es si ocurre o no un cambio en la interacción valorada como problema, qué tipo específico de cambio ocurre y si el cambio se mantiene.

Adicionalmente, se emplean hojas de control por sesión donde se anotan las características significativas de la sesión en curso, lo que permite evaluar a lo largo de la aplicación de la metodología los detalles de su aplicación.

Por otro lado, Echeburúa (1998), comenta como una sugerencia, dentro del programa que realizó para familias con problemas de maltrato y /o abandono infantil, dos sistemas de evaluación que utilizó:

1. Evaluación clínica, que recoge la valoración de los profesionales del programa acerca de si 1)el problema existente en la familia en relación a los menores se ha resuelto y en qué medida y 2) los factores identificados al inicio de la intervención como asociados a tal problema han sido o no corregidos y, en caso de ser así, en qué medida.
2. Evaluación estandarizada, que consiste en aplicar medidas pretratamiento y secuenciales (con intervalos entre la primera y segunda evaluación de ocho meses y posteriormente de seis meses) para evaluar el cambio producido en el conjunto de familias. Las variables evaluadas y los instrumentos utilizados son los siguientes:
 - Historia personal de crianza de los padres. Adaptación española de una subescala del Maternal History Interview (MHI) de Altemeier y colaboradores, creada en 1979.
 - Sintomatología depresiva: Versión española del Beck Depresión Inventory (BDI) de 1967.
 - Potencial para el maltrato físico. Adaptación española del Child Abuse Potential Inventory (CAP), en 1979 y 1980 por Milner.
 - Habilidades de enfrentamiento a los problemas “Inventario de Reacciones Generales” (TEA) de Endler y Parker realizada en el año de 1989.
 - Problemas comportamentales en los niños. Adaptación española del Child Behavior Checklist en su versión para padres (CBCI) establecida en 1983; y para maestros (TRF) en 1986 por Achenbach y Edelbrock.

- Ajuste Marital. Adaptación española de la “Escala de Ajuste Marital” producida por Braiker y Kelley en 1976.
- Apoyo social. Adaptación española del Social Support Appraisals Scale (SS-a de Vaux y sus colaboradores en 1986. Y de Cohen y otros coautores que en 1986 crean el Interpersonal Support Evaluation List (ISEL). Así también el Inventory of Social Supportive Behaviors (ISSB) de Barrera y Ainlay creada en 1983.
- Escalas de Observación acerca del nivel de cuidado recibido por el niño. Adaptación española del Child Well-Being Scales (CWBS) que en 1986 realiza Magura y Moses; y del Home Observation for the Measurement of the Environment de Caldwell y Bradley para 1978.

Por último, la valoración en situaciones de malos tratos exige no sólo un proceso de recogida de información, sino también su interpretación. A través de ello se elaboran una serie de conclusiones, hipótesis y predicciones que servirán de base para decidir cuál será la intervención a seguir con el caso. Dicha decisión afectará indudablemente de manera decisiva o, cuando menos importante, al futuro del niño y su familia, por lo que la responsabilidad que adquiere el profesional que lleva a cabo la valoración es muy grande.

3.4. Tratamientos.

Se han desarrollado diferentes modelos de tratamiento para familias maltratantes y negligentes. Existe actualmente un consenso generalizado en relación a que el tratamiento de estas familias exige una intervención multifactorial que contemple las influencias recíprocas entre el sujeto y su entorno familiar y social. El objetivo de los programas de tratamiento no se focaliza exclusivamente en finalizar la conducta maltratante, sino en posibilitar un funcionamiento

adaptativo de la familia en su conjunto, de sus diferentes subsistemas y sus miembros individuales, y disminuir el nivel de estrés familiar.

A continuación se describen las estrategias de tratamiento más utilizadas a lo largo de los últimos años con este tipo de familias.

a) Programas basados en el modelo cognoscitivo-conductual. En los primeros momentos de aplicación de este modelo al maltrato infantil, éste se circunscribía a lo que se conoce como modelo de aprendizaje social, utilizándose exclusivamente en situaciones de maltrato físico. Desde este modelo, se parte del supuesto de que la agresión física proviene del fracaso de los padres para manejar la conducta del niño de manera apropiada.

Posteriormente diferentes autores incorporaron a este modelo la importancia de los factores cognoscitivos como variables mediadoras fundamentales a la hora de explicar la conducta maltratante (Azar y Twentyman, 1986; en Echeburúa, op. cit.). Este tipo de programas cognoscitivo-conductuales mantienen como objetivos, entre otros, la enseñanza a los padres de habilidades de coping, habilidades sociales y de comunicación, habilidades de trato hacia el niño y técnicas disciplinarias alternativas al castigo físico, nociones básicas de desarrollo infantil y técnicas de autocontrol.

En ambos casos, se trata de intervenciones de corta duración, altamente activas y directivas, donde se intentan modificar secuencias comportamentales actuales específicas que contribuyen o desembocan en el maltrato.

Inicialmente, este tipo de programas comenzaron a desarrollarse de manera individual con los padres en el domicilio o en el marco clínico. En la actualidad, tienden a llevarse a cabo en el domicilio familiar y a incluir no sólo a los padres, sino también a los niños e incluso al conjunto de miembros del núcleo familiar.

Dentro de este mismo rubro, algunas estrategias se han planteado tales como la de Sanmartín (1999), que son:

1) Estrategias cognoscitivas. Es conveniente que algunos padres que maltratan sepan cómo sus ideas acerca de otras personas y situaciones pueden influir en su comportamiento. Se puede preguntar a los padres si este tipo de valoraciones (autoafirmaciones) les ayuda o complica su labor como padres (por ejemplo, si les ayuda a actuar como unos buenos profesores con sus hijos). Por otro lado, existen demostraciones concretas que pueden refutar la creencia de que el entendimiento y las habilidades infantiles son similares a las de los adultos.

2) Estrategias para controlar la ira. Las estrategias más comunes incluyen los siguientes factores:

- Detectar en sus fases iniciales los rasgos fisiológicos y cognoscitivos asociados a la alta excitabilidad.
- Sustituir los pensamientos que producen ira por otras ideas más correctas.
- Desarrollar técnicas de autocontrol que permitan modular la expresión de la ira en las situaciones que la provoquen.

Técnicas como, por ejemplo, la relajación y el autocontrol, la reestructuración cognoscitiva (es decir, ver el comportamiento del niño de una manera más apropiada), y la preparación para resolver problemas y para controlar el estrés y la ira se combinan, a menudo, con el aprendizaje de las habilidades básicas para educar a los niños.

b) Programas eco-conductuales. Este tipo de programas, además de incluir los aspectos trabajados en los modelos cognoscitivo-conductuales, incorporan un enfoque multifactorial, añadiendo, por ejemplo, objetivos relativos a la enseñanza de cuidados básicos al niño, seguridad en el hogar, economía familiar, utilización del tiempo libre, técnicas de búsqueda de empleo, terapia de pareja y tratamiento de problemas específicos (por ejemplo, alcoholismo).

c) Programas basados en la figura del educador familiar. Este tipo de programas se basan en la constatación de que gran parte de los padres maltratantes negligentes han carecido a lo largo de su vida de figuras de vinculación de las cuales hayan podido aprender modelos positivos de relación y desarrollar una imagen positiva de sí mismos.

Estos programas se basan en la premisa de que los padres maltratantes y negligentes han sufrido una historia severa de privación emocional en su infancia, y que necesitan experimentar una relación en la que sus necesidades de dependencia sean satisfechas, sean aceptados como individuos valiosos, puedan tener confianza en otras personas y sean ayudados a alcanzar la independencia necesaria para funcionar de manera adaptativa. El objetivo de los visitadores domiciliarios consiste así en establecer una relación positiva con los padres a partir de la cual puedan hacer de modelos, asesorarles y ayudarles a resolver los problemas de la familia. Sus objetivos se centran en reducir el nivel de estrés de la familia, enseñar a los padres nociones de desarrollo infantil y habilidades parentales, ayudar a los padres a disponer de fuentes de apoyo en su entorno y enseñarles a enfrentarse de manera adecuada a los problemas. Los visitadores domiciliarios funcionan como amigos, maestros y modelos para los padres. Como criterio general se aconseja que las características sociodemográficas del visitador (edad, raza u origen étnico, número y edades de los hijos, valores, etc.) sean similares a las de los padres, de manera que éstos puedan sentirse cercanos e identificados con él. No obstante, es a los factores de personalidad a los que se

concede mayor peso a la hora de realizar el emparejamiento. En el caso de los visitantes profesionales, muchos autores aconsejan que su trabajo no ocupe su jornada laboral completa. La figura del educador familiar (visitador domiciliario) se encuentra ampliamente extendida. Esta figura cumple dos funciones básicas: a) ejercer como figura de apoyo emocional hacia los padres y b) ejercer funciones de modelado y enseñanza (Tannen, 1986; en Echeburúa, op. cit.). La función que ejercen como figuras de apoyo social para los padres y como modelo para que éstos sean capaces de buscar sistemas de apoyo en su entorno.

d) Programas basados en la provisión de apoyo social. Algunas investigaciones han señalado la importancia de que la familia disponga de una red adecuada de apoyo social no sólo para su rehabilitación, sino también para mantener los cambios obtenidos tras el tratamiento.

Con este objetivo se han desarrollado los denominados Grupos de Autoayuda (como Padres Anónimos, Moore, 1983; en Echeburúa, 1998) y de ayuda mutua, formada siguiendo el patrón de los Alcohólicos Anónimos y otros grupos similares. Fue fundada en Los Ángeles a principios de la década de 1970, y se llamó Madres Anónimas, hasta que sus organizadores comprobaron que muchos padres también necesitaban ayuda. Su premisa es que las personas que tienen problemas comunes pueden trabajar juntas para salvarse ellas mismas, una a la otra, y a sus hijos. Los miembros más antiguos se hacen responsables de los recién ingresados, y a medida que éstos van madurando en el grupo, se hacen responsables a su vez de otros más recientes. Estos padres, incapaces de compartir sus sentimientos con extraños incomprensivos, son en cambio capaces de hablar uno con otro. Expresan sus sentimientos e intercambian experiencias, sabiendo que no incurrirán en la ira o la condenación por sus pensamientos o sus actos, y cuando sienten que empiezan en ellos las tensiones, saben a dónde acudir en busca de ayuda. "Ayuda" es una combinación de sesiones de terapia de grupo, de la afirmación del ego y la de la disponibilidad, durante las veinticuatro

horas del día, de un sistema de intervención urgente en casos de crisis. Cuando una madre siente que sus tensiones internas están a punto de explotar en violencia contra su hijo, puede telefonar a una compañera del grupo con quien haya intercambiado el número de teléfono. De ser necesario, las madres pueden incluso intercambiar a sus hijos, porque la madre que sea maltratadora no expresa su hostilidad golpeando a los niños prestados. La mayor parte de los padres de P.A. pronto descubren que es aún más remunerador y terapéutico recibir una llamada de un amigo comprensivo y comunicarle sus propias dificultades. P.A. no tiene la pretensión de dar lecciones sobre la forma de ser padres, sino la de lograr una modificación del comportamiento.

Otro tipo de programas basados en el fomento del apoyo social son los desarrollados con voluntarios, aunque estos trabajan con familias que no presentan índices elevados de violencia y, especialmente, en fases menos intensivas del tratamiento.

Existe un programa llamado “Entrenamiento a padres” llevado a cabo por primera vez por Hawkins, Peterson, Schelweid y Bijou en 1966 (en Ferreira, Salgado y Santos, 1997), cuyas intervenciones se basan en los principios de la teoría del aprendizaje, en donde los padres fungen como agentes de cambio, ya que si los padres provocan ciertos problemas conductuales, estos pueden incrementarlos, eliminarlos, modificarlos y/o fortalecerlos

e)Terapia Familiar. Este tipo de programas son aquellos que centran su intervención en la modificación, desde el contexto clínico psicoterapéutico, de los patrones de interacción familiar. Inciden sobre la relación de la familia en su conjunto con el exterior, de los diferentes subsistemas que la componen, y entre sus individuos. La utilización de la terapia familiar generalmente se funda en la preferencia personal del profesional y su formación y experiencia, más que en datos empíricamente probados acerca de su eficacia. Por otra parte, las condiciones para su aplicación (grado de patología familiar no severo, nivel de

agresividad no elevado, cierto grado de conciencia del problema y motivación de cambio, implicación para mantenerse en el tratamiento, etc.) lo hacen inviable para muchas de las familias maltratantes y negligentes, al menos en las primeras fases del tratamiento (Ferreira, Salgado y Santos, 1997).

Existen diferentes modelos de terapia familiar que en la actualidad se aplican al tratamiento de familias maltratantes y negligentes. Cada uno de ellos aporta conceptos y técnicas terapéuticas diferentes que pueden ser útiles ante determinados tipos de familias, de problemas, o en distintos momentos / fases del tratamiento. A continuación se describen algunos de los modelos más relevantes (Klavans-Simring y Mishne, 1989; en Arrubarrena De Paúl, op. cit.).

1. Modelo psicodinámico y de las relaciones objetales. El objetivo de este tipo de tratamiento consiste en evitar la repetición inconsciente por parte de los padres de patrones de interacción disfuncionales con su familia de origen. Se trata de ayudar a los miembros de la familia a percibir, empatizar e interactuar como sujetos diferenciados en el presente. La interpretación de las interacciones, la transferencia, o los mecanismos de defensa con conceptos básicos de este enfoque freudiano.
2. Modelo estratégico. Su intervención se centra en la interrupción de las secuencias repetitivas de conducta que favorecen y perpetúan la presencia de problemas y síntomas. Es habitual que a las sesiones psicoterapéuticas sean convocados diferentes miembros de la familia. En ocasiones la terapia se centra únicamente en el paciente que presenta el síntoma, pues se considera que si se cambia su conducta puede producirse una modificación o interrupción en la secuencia de interacción que se desea corregir.
3. Modelo estructural. El objetivo de la terapia es cambiar la estructura familiar a fin de capacitar a la familia para resolver sus problemas. Dicho cambio se lleva a cabo mediante la modificación de la distribución y organización de las funciones, los derechos y los deberes asignados hasta el

momento. Es habitual que esta terapia incluya en las sesiones a la familia nuclear.

4. Modelo cognoscitivo-conductual. Este modelo tiende a centrarse más en problemas concretos, en conductas específicas y observables. Realiza análisis minuciosos de las interacciones familiares, buscando los antecedentes y consecuentes de la conducta inadaptada. Este modelo, que inicialmente focalizaba su atención exclusivamente en las conductas manifiestas, ha incorporado progresivamente el análisis de los procesos cognoscitivos y de los patrones de comunicación familiar para la comprensión y abordaje de las disfunciones en las relaciones familiares.

Klavans-Simring y Mishne (en Arruabarrena y De Paúl, op. cit.), plantean que para ofertar una terapia familiar en casos de maltrato y abandono infantil ha de cumplirse que: a) el grado de patología de la familia no sea severo, es decir, el sistema familiar sea relativamente funcional; b) exista un cierto grado de conciencia y reconocimiento de los problemas y un cierto grado de motivación para participar regularmente en el tratamiento por parte de los padres, y c) los profesionales responsables de la terapia tengan una formación específica en violencia familiar. En general, las familias donde se producen situaciones graves de maltrato / abandono son muy disfuncionales y no tienen motivación de cambio; por ello, en estos casos la terapia familiar puede ser útil en fases posteriores de tratamiento, una vez se hayan establecido esas condiciones.

Otro ejemplo es el que citan Cirillo y Di Blasio (1991); esta terapia familiar se basa en la idea de que las manifestaciones de desatención, de violencia física o abuso sexual son la señal de una patología que afecta al funcionamiento global de la familia. Por lo que el objetivo es modificar las pautas disfuncionales que dan origen a la violencia, a fin de situar a la familia en condiciones de recuperar sus propias funciones de educación de los hijos. Se elige trabajar con la familia sin olvidar que el maltrato infantil responde a una multiplicidad de factores individuales, culturales y sociales. Se analizarán los juegos familiares que originan y mantienen el maltrato. Cada miembro de la familia se enfrenta con una

revelación acerca de la intencionalidad encubierta de las propias estrategias y de las ajenas. Así, cada miembro durante la sesión y luego en su casa se verá obligado a comportarse de tal manera que pueda desmentir las afirmaciones del terapeuta. La influencia recíproca de tales cambios llevará a una modificación del juego más o menos consistente. Dependiendo de las características de la familia, se pueden citar también a las familias de origen de cada cónyuge y usarlos como coterapeutas, o bien planear reuniones conjuntas con padres e hijos, con la pareja, o individuales.

f) Enseñanza de habilidades parentales. Tienen como objetivo principal ayudar a los padres maltratantes a subsanar los déficits que presenten en sus habilidades de trato y manejo de la conducta del niño. En el caso de maltrato físico, la intervención se focaliza en enseñarles respuestas conductuales alternativas e incompatibles a las que utilizan habitualmente.

Este tipo de programas incluyen también el entrenamiento en estrategias de entrenamiento a los problemas y en habilidades sociales (es decir, habilidades para el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales). La razón de ello estriba en el reconocimiento de que si los padres no son capaces de hacer frente y resolver los problemas de su vida cotidiana, el nivel de estrés ambiental puede ser lo suficientemente intenso como para dificultar e incluso bloquear e impedir cualquier tipo de aprendizaje sobre habilidades de manejo y trato hacia el niño.

Las habilidades que se trabajan más habitualmente en este tipo de programas son las siguientes:

- a) Autocontrol. Se concreta en la enseñanza de técnicas cognoscitivas para la modificación del pensamiento (corrección de las autoverbalizaciones, previsión de la eficacia de la respuesta, recalificación de atribuciones negativas en positivas o neutras) y técnicas de relajación muscular.
- b) Disciplina. Se trata de enseñar a los padres técnicas disciplinarias o de control de la conducta del niño alternativas al castigo físico.

- c) Respuestas ante la conducta infantil. Se enseña a los padres qué es el refuerzo positivo, cuándo un refuerzo es eficaz, cómo puede estar reforzándose una conducta indeseable y cuáles son las técnicas de refuerzo. También se incluye el aprendizaje de la atención negativa y la ausencia de atención como técnicas a utilizar para la disminución de la conducta indeseable del niño.
- d) Habilidades de comunicación e interacción. Tiene como objetivo la enseñanza de habilidades parentales, que suele incluir como contenido específico el trabajo dirigido a aumentar la frecuencia de interacciones padres-hijos, aumentar las conductas verbales y físicas positivas de los padres hacia los hijos, y disminuir las conductas verbales y físicas negativas.
- e) Desarrollo evolutivo infantil. Su objetivo es que los padres aprendan cuáles son las capacidades de sus hijos en función de su estatus evolutivo, los problemas que normalmente se presentan a su edad y qué es lo que necesita el niño para tener un desarrollo y un crecimiento físico, cognoscitivo, social y afectivo sano.

Los programas de tratamiento basados en la enseñanza de habilidades parentales suelen tener, en general, una duración breve (entre ocho y doce sesiones, de periodicidad semanal o quincenal). El contexto en el que se desarrollan varía, pudiendo hacerlo en el marco clínico, en el hogar, o en ambos simultáneamente. Por otra parte, en ocasiones la enseñanza se realiza de manera individual, mientras que en otras se hace en grupo. De acuerdo a algunos estudios realizados (Isaacs, 1982; en Arrabarrena y De Paúl, op. cit.), la combinación de la enseñanza grupal y una intervención individualizada en el hogar es el método que parece producir los mejores resultados.

g) Tratamiento psicoterapéutico individual. Siguiendo a Mishne para 1989 (en Arrubarrena y De Paúl, op. cit.) plantea este tipo de tratamiento puede ayudar a los padres, entre otras cosas, a:

- Reforzar el funcionamiento del sujeto, particularmente en el área de control de impulsos.
- Adquirir unas habilidades adecuadas para la resolución de problemas.
- Desarrollar la autoestima y la empatía.
- Mejorar el funcionamiento del sujeto en sus diferentes roles y en sus relaciones interpersonales.
- Aprender técnicas adecuadas de manejo de la conducta infantil.
- Desarrollar expectativas más realistas y apropiadas hacia el niño.
- Modificar pautas comportamentales estables.

De acuerdo con Mishne, hay tres grandes tipos de tratamiento psicoterapéutico individual: psicoterapia intensiva (modificación del yo), terapia de apoyo y terapia cognoscitivo-conductual.

La terapia intensiva, de orientación psicodinámica, tiene como objetivo la reconstrucción de la personalidad del paciente. Se abordan sus conflictos internos y pasados para entender sus déficits / problemas actuales.

Este tipo de terapia, descansa en la teoría clásica freudiana y de las relaciones objetales. Sostiene que el fenómeno se produce a causa de los conflictos inconscientes y no resueltos de los propios padres, y que impiden que la familia se desarrolle sanamente. En este tipo de terapias no todos los miembros han de estar presentes en la terapia. El objetivo se dirige a evitar la repetición inconsciente por parte de los padres de patrones de interacción “disfuncionales” con su familia de origen (Trujano, en prensa).

Empero no es muy apto para padres maltratantes en sesiones iniciales dado que exige que el paciente tenga capacidad de introspección, capacidad para verbalizar los sentimientos, que adquiera un compromiso de trabajo a largo plazo, presente un alto nivel de motivación, disponga de una estructura de personalidad lo suficientemente fuerte como para tolerar la rememoración de vivencias pasadas

con una fuerte carga afectiva, y que no existan factores estresantes externos de intensidad elevada.

Los otros tipos de terapia individual presentan una mayor facilidad para su aplicación. La terapia de apoyo tiene como objetivo restaurar, mantener y / o reforzar un funcionamiento adaptativo por parte del sujeto, así como compensar y resolver un déficit en esta área. Es frecuente que este tipo de terapia incluya como objetivos ayudar a los padres a aliviar la ansiedad, aumentar la autoestima, desarrollar expectativas más realistas hacia sus hijos y desarrollar un mejor entendimiento y empatía hacia el niño.

La terapia de orientación cognoscitivo-conductual constituye también una intervención centrada en el aquí-y-ahora. Es una aproximación activa y directiva, donde se intenta influir y cambiar la conducta problemática actual. Tiene como objetivo controlar la cólera y otros tipos de conducta destructiva, cambiar secuencias comportamentales específicas que contribuyen al maltrato y mejorar las habilidades de manejo de la conducta infantil.

Los aspectos básicos de las propuestas terapéuticas (a excepción del psicodinámico y psicobiológico) actualmente han adoptado una visión multifactorial. Las diferencias básicas entre modelos estriban más que en su etiología, en su jerarquización al abordar el tema, asignando un mayor peso a determinados factores y un papel secundario a otros. Sin embargo, tienen en común que su atención incluye a todos los miembros de la familia y suelen contar entre sus objetivos:

- a. Reforzar la capacidad de la familia para enfrentar las diferentes fases de su ciclo vital.
- b. Mejorar la calidad de las relaciones familiares, incluyendo la relación conyugal, la paterno-filial, fraternal, y la familia nuclear en su conjunto.
- c. Mejorar la calidad de las relaciones familiares con su entorno y reforzar los sistemas de apoyo social.

- d. Minimizar los factores de estrés que pueden influir negativamente en la familia. (Trujano, en prensa).

Debido a las escasas investigaciones dirigidas a evaluar la eficacia de la terapia individual, se propone que, en caso de utilizarse, sea complementado con otro tipo de recursos de tratamiento (Blau, Dall y Anderson, 1993; en Arruabarrena y De Paúl, op. cit.).

h) Servicios de Apoyo a la Familia. Además de los servicios / programas de tratamiento descritos hasta el momento, es habitual que la intervención con familias maltratantes y negligentes necesite otros servicios, tales como:

- Alojamiento en situaciones de crisis (por ejemplo, pérdida de la vivienda, salida repentina de madre e hijos del domicilio a causa del conflicto conyugal, etc.).
- Ayudas económicas para garantizar la satisfacción de las necesidades físicas básicas de la familia (alimentación, vestido, vivienda, etc.).
- Ayuda domiciliaria, dirigida a promover en la familia una mejor organización doméstica y mantener el domicilio en condiciones adecuadas en cuanto a habitabilidad.
- Cuidado de los niños (“canguros”, niñeras o guardería) para permitir a los padres realizar sus propias actividades (relacionadas o no con el tratamiento) o para reducir su nivel de estrés.
- Actividades de formación dirigidas a la capacitación laboral y / o búsqueda de empleo.
- Asistencia de formación dirigidas a la capacitación laboral y / o búsqueda de empleo.
- Asistencia legal en situaciones de separación conyugal, comisión de delitos, etc.

- Servicios de tratamiento de problemas específicos tales como abuso de drogas / alcohol.

i) Tratamiento de los niños. Hay situaciones en el que el niño no puede esperar a que sus padres completen su proceso de rehabilitación, pues el tiempo transcurre inexorablemente en su perjuicio. Cuanto antes se aborden los problemas emocionales, cognoscitivos, intelectuales, etc., del niño, más posibilidades existen para su resolución. Por ello, en la mayoría de las ocasiones los niños necesitan también una intervención específica y especializada de apoyo / rehabilitación para superar las secuelas del maltrato. Algunos de los recursos de tratamiento más frecuentemente utilizados son los siguientes:

- Cuidado terapéutico de día. Hay programas que proporcionan una atención terapéutica al niño durante cinco días a la semana, en general entre cuatro y ocho horas diarias. Este tipo de intervención proporciona, en un contexto grupal, una atención individualizada al niño.
- Centro de acogida de urgencia. Se trata de una estancia a corto plazo y temporal, que se produce como consecuencia de la aparición de una crisis en la familia.
- Centro residencial. Son lugares donde el niño es acogido cuando se prevé que su estancia fuera del domicilio familiar va a prolongarse durante un período largo de tiempo. En general, estos centros incluyen otros tipos de servicios terapéuticos para los niños e incluso es frecuente que incluyan también servicios de tratamiento para los padres.
- Terapia individual y grupal. El tipo de intervención a desarrollar depende de la edad del niño, sus necesidades específicas, la severidad de sus problemas, su capacidad de verbalización y la disponibilidad de fuentes de apoyo en su entorno.

- Otros recursos de rehabilitación de problemas específicos. Se incluyen servicios de tratamiento no dirigidos exclusivamente a niños objeto de maltrato y abandono, pero que abordan problemas o déficit que presentan con frecuencia: logopedia, apoyo extraescolar, asistencia médica, estimulación precoz, etc.

De acuerdo con Sanmartín (op. cit.) es importante detectar los signos que el maltrato pueden producir durante el desarrollo del niño. Esos síntomas pueden seguirse del hecho de que el niño esté intentando aprender ciertos comportamientos sociales sin contar con el apoyo de sus padres o tutores. De ahí que la terapia no deba dirigirse sólo a los problemas de comportamiento, sino a los factores que los causan. En consecuencia, hay que intervenir en el refuerzo de aquellas tareas o cualidades que sean importantes desde el punto de vista del desarrollo del niño, además de actuar sobre los problemas específicos fruto del maltrato.

j) Servicios de intervención en crisis. Estos servicios cuentan con profesionales disponibles para acudir inmediatamente al lugar donde se encuentran los padres y / o el niño, evaluar la situación en la que se encuentran y acordar las medidas necesarias para garantizar la salud e integridad de los niños (si es posible manteniéndoles en el domicilio familiar). En estos casos, es frecuente la utilización de:

- Visitadores domiciliarios con permanencia intensiva en el domicilio.
- Acogimiento de los niños con su familia extensa o en un centro residencial.
- Acogimiento de padres e hijos en un centro residencial.

- Servicios de tratamiento de urgencia para los padres: asistencia médica, asistencia psiquiátrica, desintoxicación (alcohol o drogas) (Arruabarrena y De Paúl, 1997)

En el año de 1987 en México se estableció el programa de reeducación a padres en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) cuyo esquema se ha denominado “Grupo a Padres”, tiene su origen en investigaciones realizadas por profesores interesados en plantear alternativas a las diferentes problemáticas, principalmente por la demanda existente en el servicio y como una forma innovadora de aplicar la Psicología Clínica, puesto que de esta manera se reduce el costo y se satisface la demanda al servicio sin restar calidad ni eficacia. Flores, Coffin, Díaz, y Vargas (1987; en Ferreira, Salgado y Santos, op. cit.) partieron de un enfoque conductual en donde se señala que las conductas “problemas” son el resultado de un sistema coercitivo, cuyo origen se ubica en el hogar, proyectándose éstas en los infantes. Cabe señalar que otro factor se debe a los roles y a la manera de interactuar de los integrantes de la familia, principalmente de los padres, que en muchos de los casos no saben cómo relacionarse con sus hijos. Ante esta afirmación se ha propuesto como solución del conflicto el curso a padres, cuyo objetivo es generar una reeducación en éstos, para el mejoramiento de sus relaciones familiares, entendiéndose como reeducación, la modificación de conceptos generados en su vida personal, aplicados de manera incorrecta, por conceptos que le permitan una conciencia del verdadero papel que tienen como seres humanos y como padres.

El tratamiento del maltrato infantil se puede hacer de varias maneras; es decir, se puede aplicar a los padres por separado; a los niños; a los padres y a los niños a la vez, o a toda la familia. Independientemente de cómo se aplique, el tratamiento del maltrato físico normalmente conlleva cambios en la forma de educar, en las prácticas disciplinarias y en la atención que los padres prestan a sus hijos (Sanmartín, 1999).

Generalmente, asumimos cierto nivel de motivación en los clientes que suscriben contratos para cambiar. Sin embargo, en algunos casos la intervención se realiza por un mandato judicial, por lo que la disponibilidad por parte de los implicados no existe. En este caso, Stith, Williams y Rosen (1992) comentan que es esencial que los profesionales que se enfrenten a este reto sean claros respecto de la autoridad que están empleando cuando intervienen en las vidas de estos clientes no motivados; es decir, no imponer un criterio personal de conducta, sino que sólo deben usar la autoridad que le es delegada por estructuras gubernamentales o administrativas.

En ocasiones, el trabajador debe convencer al cliente que él o ella posee algo útil que ofrecer. El cliente no voluntario puede reconocer que existe un problema, pero no creerse que pueda hacerse algo al respecto, al menos por parte de la asistente social. Así, el/la asistente social se encuentra en la posición de tener que probar al cliente que él o ella pueda ser de ayuda.

En esta primera etapa de construcción de la relación, es importante que el trabajador recuerde que los actos valen más que las palabras. Los clientes pueden estar mostrando conductas que son percibidas por los profesionales como una llamada de socorro. Estos requerimientos, cuando son respondidos con entrega, empatía, comprensión y asistencia concreta, pueden llevar al desarrollo de una relación fuerte y prolongada.

En la fase inicial, las preguntas giran en torno a: “¿Por qué estamos aquí?”. En la fase de construcción de la relación el objeto de las preguntas pasa a ser: “¿Qué tengo yo como asistente social que ofrecer al cliente involuntario?”. El profesional expone los servicios de ayuda disponibles al igual que las consecuencias si no se realizan los cambios indicados. En la última fase, el asistente social proporciona intervenciones directas y útiles a la vez que anima al cliente a aprovechar otros recursos a su alcance.

Es indispensable mantenerse fuera de los juegos que a veces el cliente realiza para la manipulación del profesional y convalecerse de el primero. Los

profesionales han de reconocer y redirigir la posesión de los problemas hacia el cliente, permitiéndoles y animándoles a sentirse libres para experimentar su propio malestar. Resulta poco eficaz trabajar con clientes acerca de las soluciones posibles antes de que ellos acepten la posesión de sus propios problemas. ¿Por qué dedicaría alguien energía a cambiar algo si no reconoce poseer tal problema? Una de las formas más comunes de que los profesionales se vean implicados en juegos con sus clientes, es intentar establecer un contrato para el cambio de conducta cuando los clientes no están convencidos de la existencia de problemas y, menos aún, que éstos requieran ser trabajados.

Cuando los clientes manifiestan que han hecho de todo para modificar su conducta o la del niño, el profesional puede ser de ayuda en esta situación, ayudándoles a realizar un torbellino de ideas sobre otras opciones. Al hacer una lista de muchísimas opciones (especialmente aquellas más descabelladas) el profesional ayuda a romper el círculo de negación. El cliente comienza entonces a considerar otras opciones.

Por lo tanto, los padres son los más indicados para intervenir en la solución de estos problemas, por la relación tan estrecha que llevan con los niños que los presentan pudiendo incidir directamente en todas las situaciones en que se dan. Asimismo, para obtener mejores resultados se destaca la necesidad de tratar íntegramente al núcleo familiar como la manera más adecuada para afrontar el problema del maltrato infantil. La posibilidad de tener en cuenta las diferentes variables interventoras en la problemática del maltrato infantil, como la historia de reforzamiento, carácter del niño y de los padres, ambiente social, problemas y condiciones socioeconómicas, así como la posibilidad de intervención multidisciplinaria tendrá un alcance terapéutico real y amplio en donde los esfuerzos deberán estar encaminados inevitablemente a identificar los factores y organizar un tratamiento integral (Ferreira, Salgado y Santos, 1997).

Los programas de tratamiento con familias maltratantes y negligentes presentan una serie de particularidades que les diferencian del tratamiento de otro

tipo de problemáticas infantiles, familiares o psicosociales. Éstas son algunas de ellas:

- a) El hecho de que en la mayoría de las ocasiones no son los padres quienes solicitan el tratamiento, sino que acuden a él forzados por la autoridad administrativa o judicial.
- b) El deficitario nivel cultural de gran parte de estas familias.
- c) Las limitaciones y presiones externas que en muchas ocasiones afectan a las familias maltratantes (por ejemplo, dificultades económicas, ausencia de personas que atiendan a los niños mientras los padres acuden a un determinado lugar) y que dificultan el cumplimiento de los requisitos de los programas de tratamiento.
- d) La necesidad de atender situaciones de urgencia.
- e) La implicación de numerosos servicios y profesionales en la intervención (Arruabarrena y De Paúl, op. cit.)

Como puede observarse, diversos autores han propuesto estrategias muy variadas de análisis, evaluación e intervención, pero a pesar de sus esfuerzos, todavía no consiguen un impacto importante ante la población afectada.

4. LA TERAPIA DE JUEGO.

4.1. Antecedentes.

Antes de hablar acerca de la terapia de juego, vale la pena detenernos a conocer cómo se ha venido definiendo el juego. En este caso Díaz (1997) menciona que a través de la historia se han expresado diferentes definiciones del juego, al paso del tiempo la reformulación del concepto ha obedecido al enriquecimiento consecuente de la revisión hecha a previos estudios. A continuación se presentan algunas de las definiciones.

Spencer (1820-1903): Actividad que se desarrolla por las satisfacciones inmediatas que de ella se derivan, sin prestar mayor atención a los beneficios posteriores que de ella puede obtenerse.

Dewey (1859-1956): Actividades desarrolladas inconscientemente sin importar los resultados que de ella se deriven.

Stern (1871-1938): El juego es una actividad voluntaria que cumple por sí solo su cometido.

Huizinga (1872-1945): El juego es una acción u ocupación libre que se desarrolla dentro de unos límites temporales y espaciales determinados, según reglas absolutamente obligatorias aunque libremente expresadas. Acción que tiene su fin en sí misma y va acompañada de un sentimiento de tensión y alegría de la conciencia de “ser de otro modo”, que en la vida corriente.

Así, poco a poco el concepto de juego se fue considerando un contexto en el que los niños pueden expresarse, por lo que varios profesionistas a lo largo del tiempo se dieron a la tarea de incluirlo en el trabajo terapéutico.

Al respecto, el mismo autor (Díaz, 1997), menciona que Anna Freud (1895-1982) y Melanie Klein (1882-1960) se basaron en los principios psicoanalíticos de los que Sigmund Freud fue pionero (1856-1939), quien trabajó principalmente con adultos, y tanto Anna Freud como Melanie Klein se dieron cuenta de que, mientras los adultos utilizan el lenguaje para la asociación libre y para contar sus problemas, el juego parece cumplir una función semejante para los niños. El psicoanálisis freudiano era reduccionista y de manera general rastreaba el origen

de la perturbación actual hasta el trauma de la edad temprana. Los terapeutas basados en el psicoanálisis trabajan predominantemente a través de la transferencia del niño, la contratransferencia y la interpretación.

En un avance, Alfred Adler (1870-1937) en su “psicología individual” señalaba la relevancia de la familia del niño y del contexto social, y enfatizaba la importancia del niño en sí mismo; en algunas de sus ideas había paralelos con las psicologías cognoscitiva y centrada en la persona. Rank (1884-1939) destacó la importancia de la relación terapéutica y consideraba que no era necesario entrar de manera activa en el pasado a menos que el niño indicara que eso era lo apropiado, así que el aspecto más relevante en sus sesiones terapéuticas se encontraba en las emociones y sentimientos del niño en el presente, observando que ...una vez que el niño ha atravesado cierto cambio personal, no importa qué tan superficial, su situación ambiental ya no es más la misma” (Dorfman, 1951, pág. 239).

Carl Jung (1875-1961) también consideraba a la persona de manera holística. Aceptó la influencia formativa de los padres en el desarrollo del niño y reconoció que las energías del niño y los impulsos del crecimiento son progresivos y en desarrollo, de modo que no siempre es necesario regresar para descubrir la causa del conflicto. No se le considera como un terapeuta enfocado al trabajo directo con los niños, pero algunos de sus escritos son fundamentales. Es un rico ofrecimiento el conocimiento y apreciación del simbolismo, un área a la que Jung y la analista jungiana de adultos y niños Frances Wickes hicieron grandes contribuciones. El juego infantil posee un contenido simbólico y, aunque no se acostumbra hacer interpretaciones a los niños sobre los símbolos en la terapia de juego, un conocimiento del simbolismo agrega significado y comprensión al juego.

La escuela de rehabilitación conductual, que se basa en la teoría del aprendizaje, tuvo muchos partidarios y los terapeutas de juego deben estar conscientes de la importancia de sus principales doctrinas. En resumen, propone que, con frecuencia, las conductas de los niños son respuestas aprendidas moldeadas por el ambiente; la conducta puede modificarse por castigo o recompensa, con modelamiento y reforzamiento positivo y negativo, los cuales

tienen efectos poderosos. La teoría general de sistemas informa que las personas no están aisladas, y que los niños se ven afectados por los grupos en los que viven (familia, escuela, comunidad) y viceversa.

Piaget (1896-1980) investigó las normas y expectativas sobre el desarrollo cognoscitivo infantil, y Margaret Lowenfeld (1890-1973) posibilitó que los niños se comunicaran cuando las palabras eran inapropiadas o no se encontraban disponibles mediante el empleo de mosaicos y mundos del cajón de arena, aunque se ha aplicado principalmente a adultos, la escuela cognoscitiva señala la importancia del diálogo personal y sugiere cómo el lenguaje (y las acciones) pueden volverse a enmarcar y reestructurar para dar un efecto positivo.

Contribuciones posteriores provienen de Erik Erikson (1902-1979) cuyas tesis proponían que, con oportunidades razonables, los niños progresaban a través de niveles inherentes de desarrollo. Formuló ocho etapas psicosociales. En resumen, Erikson propuso que desde el nacimiento hasta el primer año, el núcleo del desarrollo psicosocial infantil se encuentra alrededor de aspectos de confianza y desconfianza.

La etapa entre las edades de 1 a 3 años tiene que ver con la autonomía contra la vergüenza y duda.

La siguiente etapa, entre 3 y 5 años, tiene que ver con la iniciativa contra la culpa. Entre los 6 años y la pubertad la “tara” más importante consiste en la laboriosidad, capacidad, iniciativa y logro contra la inferioridad.

Cada etapa se construye sobre la que le precede, de tal manera que la fundamentación básica y firme es de importancia inestimable si los niños han de crecer para convertirse en adultos sanos y maduros. Los niños cuyo desarrollo se ha visto impedido pueden quedar detenidos o fijados en una etapa temprana del desarrollo hasta que tengan la oportunidad de elaborarla. Es necesario un ambiente nutriente que responda a sus necesidades durante toda la infancia del individuo. Cuando se encuentran bajo tensión y son incapaces de manejar la situación, algunos niños retornan a una etapa previa, proceso que se conoce como “regresión” desde el cual, con comprensión y circunstancias estables, normalmente volverán a crecer. Muchos niños que son referidos a terapia de

juego necesitan regresar a la primera etapa, y experimentar y aprender acerca de la confianza. De manera dolorosa, el terapeuta de juego puede ser sometido a prueba a medida que el niño analiza una y otra vez si éste es digno de confianza, veraz, consistente y cariñoso. Si el niño puede confiar y amar, la autonomía puede convertirse en un campo de batalla alternativo.

A veces clasificado como neofreudiano, D. W. Winnicott (1896-1971) fue un psicoanalista infantil que hizo un estudio particular de las relaciones de los niños con sus madres en los primeros seis meses de vida y la aplicación resultante de su trabajo, como es el caso de “el ambiente promedio esperable”, “la maternidad suficientemente buena”, “el sí mismo verdadero” (true self), “el sí mismo falso” (false self), y el objeto transicional, tiene importancia para niños y adultos. Winnicott (en West, 2000) fue uno de los primeros profesionales que apreció el valor de la regresión terapéutica y desarrolló la técnica de las consultas terapéuticas en las que tenía una o algunas entrevistas de larga duración con el niño, basando mucho de su trabajo y comunicación alrededor de su técnica del garabato.

Entre las décadas de 1930 y 1940, Carl Rogers (1902-1987) buscó una alternativa a lo que algunas personas consideraban los excesos mecanicistas de la terapia conductual y el enfoque reduccionista de la patología por parte del psicoanálisis, y dio un giro hacia los principios humanistas. Se vio atraído por la noción de que, dado un ambiente nutriente, los individuos dentro de sí tienen la capacidad de sobreponerse o crecer a través de sus conflictos internos, y desarrolló la escuela que se conoció originalmente como “terapia no directiva”, centrada en el cliente, ahora “terapia centrada en la persona”.

La terapia centrada en la persona acepta que cada individuo posee un impulso innato hacia el crecimiento y autorrealización (autodirección), es de un valor inherente, único, y tiene un núcleo interno positivo y digno de confianza. La autorrealización significa que las personas deben tener la oportunidad de darse cuenta de sí mismas, de ser honestas consigo mismas, de alcanzar su potencial; en otras palabras, de desarrollar su autoestima. Los individuos importantes en sus vidas tienen que valorarlos y permitirles una autodeterminación razonable.

En la terapia de juego, el enfoque del terapeuta ofrece las cualidades de consistencia, cariño y preocupación que pueden haberse perdido en las etapas formativas de la vida del niño. Los niños son vulnerables a un cuidado inadecuado y se ven dañados de manera irremediable, aunque cierto trabajo de reparación retrospectiva (como lo ofrece la terapia de juego) a veces proporciona ayuda. El trabajo reparador se dirige a hacerlos sentir mejor acerca de sí mismos y a restaurar la autoestima.

Axline adaptó la aplicación del trabajo de Rogers para una variedad de niños perturbados (West, 2000).

4.2. Teorías y aproximaciones.

De acuerdo a lo expuesto en el apartado anterior, se deduce entonces que han surgido diferentes perspectivas que han tratado la terapia de juego, con diversos usos hacia el niño. Dichas teorías y tipos de terapias son las siguientes (Díaz, 1997; Schaefer y O'Connor, 1997a y b; Casillas 1999):

A) Teoría Psicogenética.

Jean Piaget considera que el juego tiene importancia significativa en la comprensión de la evaluación del pensamiento del niño, pues el juego es fundamentalmente asimilación, que tiene su primacía sobre la acomodación.

Para Piaget, las verdaderas “combinaciones simbólicas de proliferación indefinida” se presentan de los tres a los cuatro años y constituyen la condición para el juego simbólico en el que se observa la apropiación de la realidad de una manera más clara.

Revivir experiencias desagradables aislándolas de su contexto original, permite su asimilación e incorporación, ya que ubicándolas en circunstancias lúdicas, dichos acontecimientos no resultan tan traumáticos y dolorosos, y son, por tanto, manejables.

B) Teoría Psicoanalítica.

La concepción del juego y su importancia en la personalidad del individuo aparece por primera vez como objeto de análisis terapéutico en las observaciones realizadas por Sigmund Freud, quien a partir del estudio de un niño de 18 meses, de nombre Hans, en torno a la aparición y desaparición de un carrete, interpretó este acontecimiento como el manejo simbólico de la imagen materna. Al encontrar Freud que la actividad lúdica manifestada por Hans se repetía de manera consistente, acompañándose de muestras de evidente placer, propuso dos interpretaciones acerca del juego:

1. Los niños repetían en su juego todo aquello que en la vida les había causado una gran impresión, ante lo cual pueden hacerse dueños de la situación.
2. Todo juego se encuentra influido por el deseo dominante que consiste en ser grande y poder hacer lo que los mayores hacen.

Para este tipo de actos lúdicos en los que se desplaza la tensión hacia otros objetos o personajes, resulta interesante el análisis de los mensajes, asunto al que se han dedicado los estudiosos del enfoque psicoanalítico, quienes coinciden en el sentido de que el juego cumple una función catártica.

El valor catártico u homeostático del juego consiste, pues, en permitirse una válvula de escape para las emociones reprimidas, al efectuar una función reguladora de las tensiones. Resulta innegable este hecho cuando se observan ciertos juegos que reproducen inicialmente escenas desagradables o que concluyen en desenlaces satisfactorios o recompensantes para el niño. En otras palabras, a través del juego el niño pone orden en el caos (Díaz, 1997).

Dentro de la terapia de juego psicoanalítica se proponen dos grandes enfoques bajo los cuales se puede trabajar con los niños, uno es el enfoque Kleniano y otro el Freudiano. El enfoque freudiano fue desarrollado por Anna Freud, siendo su impacto más fuerte en Estados Unidos.

Los materiales que se utilizan pueden ser muy variados pero algunas de las características que deben prevalecer es alentar el juego libre de la imaginación del niño y promover y no retardar la verbalización de fantasías, expresión de afecto y revelación de mecanismos de defensa característicos.

El terapeuta debe tener instrucción psicoanalítica tanto en la parte teórica como en la práctica, así como conocer el desarrollo infantil normal y desviado. Además de poseer características de personalidad como tener un interés genuino por los niños, ser empático, tener capacidad para la regresión, soportar presiones afectivas y estar satisfecho de la resolución de sus propios problemas infantiles (Casillas, 1999).

Para esta teoría el juego no se utiliza como un medio para lograr abreacción. En los casos que por lo general se ven en psicoterapia o análisis en la actualidad, la estructura del trastorno es tan compleja y tan variadas las determinantes del conflicto inconsciente, que ningún proceso abreactivo que fracase al explorar las defensas inconscientes y restricciones del yo puede ser de un valor más que transitorio.

Además, el juego no se utiliza para proporcionar al niño recreación. No es de la incumbencia de los terapeutas psicoanalíticos proporcionar tal experiencia, por el contrario, si lo hicieran participando en forma activa en el juego del niño, perjudicarían gravemente su disponibilidad como figuras de transferencia y su habilidad para mantener la posición de un observador neutral –una posición que es el fundamento necesario de su habilidad para comprender la conducta del niño.

Por último, el juego no se utiliza como un medio para educar al niño. La función de la terapia psicoanalítica infantil no es educar al niño sino resolver esos conflictos que pueden interferir con su habilidad para utilizar al máximo su capacidad en recursos educativos comunes.

De esta manera, el juego en la terapia psicoanalítica infantil, se utiliza como un recurso para establecer contacto con el niño, como medio de observación y como fuente de información, y en ocasiones como un dispositivo que promueve la comunicación interpretativa (Schaefer y O'Connor, 1997a).

C) Modificación de la Conducta.

Los conductistas han realizado experimentos con niños, desde su nacimiento. Llevan a cabo juegos y utilizan juguetes para la estimulación de las

áreas afectiva, motora e intelectual, ya que consideran a la actividad lúdica en sí misma gratificante y, por tanto, proveedora del aprendizaje.

La cadena de éxitos obtenida en el laboratorio o en los escenarios naturales, como en el caso del hogar y la escuela, fue sorprendente, lo cual hace notar el valor de estos elementos como variables relevantes para el cambio del comportamiento y la socialización.

El juego como recurso para el establecimiento de conductas cooperativas (entre otras posibilidades) sugiere la necesidad de que los padres y educadores en general implementen actividades lúdicas más frecuentes y sistemáticas con los niños.

La planeación de la actividad lúdica es significativamente valiosa; demuestra que la recreación estimula eventos privados como la imaginación, el deseo de correr, de saltar, de arriesgarse, o bien para afirmarse a sí mismo y ante los demás. Esta posibilidad es la que permite al infante enriquecerse en todas sus áreas.

D) Teoría del Aprendizaje Social.

Dado el evidente deseo del niño por integrarse al mundo, apoyándose en la imitación como recurso para conseguirlo, es conveniente cuidar más el manejo de los “modelos” a los que se liga emocionalmente, pues es obligación de los adultos vigilar que los pequeños vivan, jueguen y actúen en la idea de una realidad más saludable, creativa y emprendedora.

Las aportaciones de Bandura y sus colaboradores adquieren gran significado, pues demuestran que gran parte de la actividad lúdica infantil está referida a las actividades de los adultos. (Díaz, 1997).

E) Terapia de Juego Cognoscitivo-Conductual.

Tiene sus bases en la Terapia Conductual y la Terapia Cognoscitiva. La terapia conductual se basa en 3 modelos: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y la teoría del aprendizaje social. La terapia cognoscitiva es estructurada y enfocada, ayuda a que el individuo haga cambios

en el pensamiento y las percepciones y, por último, en la conducta. La terapia cognoscitivo-conductual es un método potencialmente poderoso para que los niños aprendan a cambiar su conducta y se vuelvan participantes activos en el tratamiento.

En la práctica, los métodos y las técnicas y/ o estrategias son: el modelamiento, desempeño de roles y las contingencias conductuales. Las técnicas conductuales sugeridas son la desensibilización sistemática, manejo de contingencias (reforzamiento positivo, modelamiento, desvanecimiento de estímulos, extinción, reforzamiento diferencial de otra conducta y tiempo fuera) y automonitoreo. Las técnicas cognoscitivas que se utilizan dentro de esta terapia son las que ayudan a los niños pequeños a cambiar sus pensamientos, creencias y conjeturas, como son: estrategia de cambio cognoscitivo (identificación y corrección de creencias), autoafirmaciones de enfrentamiento positivas y la biblioterapia.

La terapia de juego cognoscitivo-conductual (TJCC) incorpora intervenciones cognoscitivas y conductuales dentro de un modelo de terapia de juego. Se utilizan actividades de juego, así como la comunicación verbal y no verbal. Aunque las intervenciones conductuales y cognoscitivas son un componente determinante, la TJCC es más que el uso de técnicas específicas. La TJCC proporciona una estructura teórica que se basa en los principios cognoscitivo-conductuales y los integra de manera sensible a los aspectos del desarrollo.

La TJCC enfatiza y motiva la participación del niño en el tratamiento, al encauzar los conflictos de control, dominio y responsabilidad por el propio cambio de conducta. Al incorporar los elementos cognoscitivos, el niño puede convertirse en un participante activo en el cambio; por ejemplo, al ayudar a que los pequeños identifiquen y modifiquen creencias que potencialmente pueden ser inadaptativas, se puede experimentar una sensación de comprensión y permisión personales. El integrar las intervenciones cognoscitivas y conductuales proporciona los efectos de las cualidades combinadas de todos los enfoques, lo cual no estaría al alcance en otras circunstancias.

F) Teoría Gestalt.

La terapia gestalt es una modalidad terapéutica humanista, orientada hacia un proceso, y se interesa en el funcionamiento saludable del organismo total – sentidos, cuerpo, emociones e intelecto-. Numerosos principios teóricos del cuerpo teórico de la terapia gestalt se relacionan de modo directo e influyen sobre el trabajo con niños. Esto incluye el tipo de relación que se desarrolla entre el paciente y el terapeuta; el concepto de la autorregulación orgánica; trastornos en la frontera-contacto, tal como lo manifiestan los niños; cómo se percibe el sentido del sí mismo a partir de esta estructura; y la función de la conciencia, la experiencia y la resistencia.

Algunos de los conceptos básicos que se manejan en esta terapia son:

1. La relación yo – tu basada en los principios de M. Buber en relación a la terapia de juego Gestalt, manifiesta que el terapeuta tiene responsabilidad al reunirse con el niño, no obstante que presente al sí mismo con respeto y honor. El terapeuta es genuino y congruente, nunca manipulador, al mismo tiempo, debe respetar sus propios límites y fronteras, y no debe perderse a sí mismo en el paciente. El terapeuta también mantiene la actitud que apoya al potencial completo y saludable del niño.
2. En la autorregulación orgánica los niños que se relacionan ante la disfunción familiar, el trauma, la crisis y la pérdida están en eterna búsqueda de la salud, su impulso hacia el crecimiento y la vida, haciendo cualquier cosa para satisfacer sus necesidades.
3. Los trastornos de la frontera, también son llamados resistencias, son inhibiciones, instrucciones, represiones o restricciones que pueden suceder en diferentes niveles del organismo. Estos trastornos ayudan a la supervivencia del niño.
4. En el concepto de sí mismo pueden mencionarse otros trastornos de la frontera contacto como son: la conducta confluyente que es la fusión, es decir la antítesis de la separación; la proyección es un procedimiento clásico que los niños tienen para negar su propia experiencia, culpan y/o proyectan sentimientos en otros; las

introyecciones son importantes para el crecimiento y desarrollo del niño, son mensajes acerca de sí mismo y acerca de cómo está el mundo que los niños absorben e incorporan a sí mismo.

La terapia de juego Gestalt, es un proceso en el que el terapeuta puede ayudar al paciente a volverse más consciente de lo que está haciendo y cómo está haciendo dentro de la insatisfacción, ese mismo paciente tiene entonces la elección de hacer cambios

Los variados conceptos y principios teóricos de la terapia Gestalt se adaptan bien al trabajo con niños. El terapeuta respeta la unicidad y el proceso individual de cada niño, mientras, al mismo tiempo, suministra actividades y experiencias para ayudarlo a renovar y fortalecer aquellos aspectos del sí mismo que han sido reprimidos, restringidos y, tal vez, perdidos. El terapeuta nunca se entromete o presiona, pero, con delicadeza, crea un ambiente seguro en el que el niño pueda participar en una experiencia más completa de su sí mismo. Las sesiones asumen la forma de un baile: algunas veces es el terapeuta quien lleva la dirección, otras es el niño quien lo hace. De esta manera, el niño emprende su legítimo y saludable camino hacia el crecimiento. (Schaefer y O'Connor, 1997b).

G) Teoría Centrada en el Cliente

Las terapias de juego centradas en el cliente se atribuyen a la teoría rogeriana del desarrollo de la personalidad y restauración que sustentan la terapia centrada en el cliente adulto, con diferencias sólo en el método. Ambos enfoques se derivan de la creencia de que existe una poderosa fuerza dentro de cada individuo que lucha continuamente por la autorrealización. Es un impulso hacia la madurez, independencia y autodirección. Para lograr la autorrealización, el individuo necesita “permiso para ser él mismo” con “la completa aceptación de sí, por el mismo y los demás” (Axline, 1947, pág. 10; en Schaefer y O'Connor, 1997a)

El método de la terapia centrada en el cliente incorpora la mayor parte de los principios que aplica en los adultos a los niños. Sin embargo, debido a que los niños no son adultos y el juego incluye acciones y palabras, el método implica

aspectos diseñados para cubrir las necesidades de los niños y terapeutas. Lo más notable de esto es resaltar la participación del terapeuta en el juego (dirigido por el niño), y los límites de la conducta del niño (expresión no verbal), para facilitar el proceso del juego para ambos.

Los terapeutas centrados en el cliente son empáticos con los niños, participan en su juego, cordiales y amistosos, establecen relaciones estrechas y ubican límites a sus conductas. La única diferencia es que se permite al niño autodirigirse dentro de ciertos límites. El terapeuta reacciona al niño en lugar de iniciar la acción según sus propias perspectivas (O'Connor y Braverman, 1997).

H) Terapia de Juego Familiar.

La Terapia de Juego Familiar es una técnica ecléctica que combina los elementos de las terapias de juego y familiar con los métodos de educación para adultos. Incluye, en una situación preplaneada de juego, a padre(s), niño(s) y un terapeuta.

Las sesiones se pueden llevar a cabo en diferentes escenarios e incluyen a padres, niño(s) y terapeuta.

La idea de combinar padres e hijos se produjo durante el tiempo en que Safer (1965; en Schaefer y O'Connor, 1997a) trabajó con niños perturbados emocionalmente entre los dos y siete años. El personal a menudo se frustraba porque había padres que no seguían las sugerencias respecto a las nuevas técnicas de manejo de niños y/o estilos de comunicación e interacción. Por lo tanto, el énfasis principal de estas sesiones se hizo en la instrucción a los padres y para que asimilaran las nuevas habilidades. Los padres que inicialmente mostraron "poco deseo" de cooperar, después de un tiempo, comenzaron a mostrar cambios significativos en varios niveles. Desde entonces el autor continúa empleando esta técnica en varios escenarios.

Este tipo de terapia no se somete a una técnica específica que pueda ir o no de acuerdo a una familia en particular y sus problemas. Está diseñada para ser un método conjunto y usarse a criterio del terapeuta. Tiene flexibilidad de uso, localización y forma. Por lo que se convierte en una técnica altamente práctica, de

corto plazo, flexible y para sacar a las familias de ciclos recurrentes de fracasos y temores respecto al cambio. (Schaefer y O'Connor, 1997b).

I) Terapia de Juego Adleriana.

La terapia de juego adleriana es un enfoque para el trabajo con niños problemáticos, basada en la integración de los conceptos y estrategias de la Psicología Individual de Alfred Adler con los métodos de la terapia de juego.

Alfred Adler (1870-1937) elaboró una teoría psicológica basada en la idea de que las personas son proactivas, creativas y únicas. Según los principios de la psicología adleriana, cuando los individuos nacen, tienen una predisposición a desarrollar un interés social: un sentido de la conectividad con otras personas. En la medida en que un individuo crece y madura, comienza a conformar un estilo de vida, basado en la interpretación subjetiva del mismo, acerca de cómo puede pertenecer y obtener significación en las relaciones con otras personas. El estilo de vida de un individuo es la compilación de sus convicciones subjetivas acerca de sí mismo, de otros, del mundo, y de los conocimientos, acciones y emociones que se basan en tales convicciones.

En un intento por conceptualizar los estilos de vida de los pacientes y ayudarlos a entenderse mejor a sí mismos y hacer cambios en sus vidas, los terapeutas adlerianos deben considerar siempre el entorno social en el cual viven aquéllos. En este proceso de entendimiento, los terapeutas adlerianos adoptan una visión holística de las vidas de los pacientes, analizando cada aspecto posible para tratar de “ver con los ojos de otro, escuchar con los oídos de otro, sentir con el corazón de otro” (Ansbacher & Ansbacher, 1956, pág. 135; en Schaefer y O'Connor, op. cit.).

La terapia adleriana de juego es un proceso de cuatro fases. La primera consiste en establecer una relación de iguales entre el terapeuta y el niño. La segunda consiste en sondear el estilo de vida, los objetivos de la conducta y las creencias erróneas del niño. En la tercera fase el terapeuta comienza a ayudar al niño a obtener insight dentro de su estilo de vida, los objetivos de su conducta y sus creencias erróneas. La cuarta fase es la de reorientación / reeducación. En

ésta, el terapeuta ayuda al niño a aprender nuevas maneras de visualizarse a sí mismo, a los demás y a mundo, y a alcanzar procedimientos más constructivos para obtener significación e interactuar con otros.

J) Terapia de juego ecosistémica.

La terapia de juego ecosistémica es un modelo híbrido que se deriva de la integración de conceptos de la ciencia biológica, múltiples modelos de la psicoterapia infantil y la teoría del desarrollo. A diferencia de la mayoría de las teorías acerca de la terapia de juego, este modelo terapéutico de juego no sólo se concentra en el funcionamiento del paciente infantil, sino también, en la optimización de su funcionamiento en el contexto de su ecosistema o mundo. Para conceptualizar y practicar la terapia de juego ecosistémica no es necesario ser ecléctico en el sentido de conservar la familiaridad con muchos modelos y técnicas distintos para la terapia de juego. A pesar de que la terapia de juego ecosistémica recurre a múltiples modelos, una vez que éstos se han integrado, se convierte en un modelo estable por sí mismo, que resulta diferente de la suma de sus partes.

La teoría y la práctica de la terapia de juego ecosistémica se caracterizan por un apego a una perspectiva ecosistémica del mundo. Ésta requiere que se conceptúe la experiencia de cada individuo como única, y como resultado del impacto e interacción de todos los sistemas dentro de los que se halla inserta la persona. Esta creencia en la unicidad de la experiencia humana se deriva de la filosofía fenomenológica. Como resultado de este enfoque, la terapia de juego ecosistémica también destaca que cada terapeuta de juego debe elaborar una estructura teórica que él mismo experimente como internamente consistente. Tales modelos teóricos personales en verdad hacen que el terapeuta sea más sensible con los pacientes, dado que proporcionan una base segura a partir de la que él puede comparar y contrastar su propia experiencia con la de ellos. De esta manera, los terapeutas tienen la capacidad de utilizar la mayor parte de su experiencia vital y conservar los límites que aseguren que las necesidades del paciente tendrán prioridad sobre las propias durante toda la terapia (Schaefer y O'Connor, 1997b).

4.3. Tipos de juego.

Con el estudio del juego se denotaron diferentes presentaciones que de igual manera las teorías han tratado de explicar, sobre todo de acuerdo al propio desarrollo del infante, las cuales se enuncian a continuación (Díaz, 1997; Rangel, 2002):

Para Piaget existen tres clases de juego que se van interrelacionando en el proceso evolutivo.

1. Los juegos de ejercicio. Es el primero en aparecer, por lo que se considera su práctica de los cero a los dos años. Este tipo de juego reaparecerá durante toda la vida del ser humano. Esta clase de juego, como su nombre lo dice, tiene que ver con el ejercicio sensomotor y cumple un destacado papel en el desarrollo de las capacidades motrices.

La repetición de actos como apretar botones en un tablero, oscilar la cabeza de lado a lado, mover sonajeros, aventar pequeñas pelotas, sacar y meter argollas u objetos en cajas, etc., no tiene más función que la de producir un ejercicio placentero; ello resulta más claro cuando se observa al niño sonreír por sus respuestas, aunque por cierto, carece de un plan de acción y búsqueda de resultados.

El valor del juego de ejercicio se entiende en relación directa con las estructuras que favorece y que servirán como cimiento para el ingreso al juego simbólico, de la misma manera que éste contribuirá en ulteriores estructuras que ayudarán a la comprensión de reglas y a la colaboración en equipo.

2. Los juegos simbólicos. El acto motor ahora se acompaña de imágenes mentales que propician desempeños de mayor elaboración y conciencia. La capacidad de evocar objetos ausentes es el elemento fundamental que caracteriza este tipo de juego; en él se transforman las cosas de acuerdo con las necesidades del niño.

De los dos a los seis años el símbolo desempeña un lugar muy destacado en la vida lúdica del niño quien, conforme se va socializando, pasa del juego simbólico individual (puramente egocéntrico) al ejercicio del juego simbólico colectivo.

El juguete es un recurso utilizado por los niños de dos años para establecer contacto social con otros (fundamentalmente con adultos) dicha constante observada en diversos estudios, sugiere que ésta es una forma de comunicación.

Juego simbólico, el reemplazo de un objeto por otro que no tiene que ver nada con éste, a no ser en la imaginación del niño, es muy común. Todo depende de la metamorfosis que sufren los estímulos, de las necesidades o requerimientos del juego en cuestión.

En un nivel más avanzado, se puede prescindir del objeto o persona, incluyendo en este caso estímulos y compañías imaginarias con las que se interactúa física y verbalmente.

De los cuatro a los ocho años el símbolo va cediendo ante la representación imitativa de la realidad, el descenso de las representaciones simbólicas de objetos o estímulos ajenos es muy claro, por lo que el niño busca juguetes que sean el reflejo de lo que ve y considera su mundo. El deseo de integrarse se manifiesta en la selección de coches de fricción, patrullas, soldados, granjas, zoológicos, casas, muñecas, etc. Gusto que se acentúa en los niños de cinco a seis años que juegan con más detalle a la escuela, el médico, el carpintero, entre otros temas referidos a la vida cotidiana.

La representación, por otra parte, adquiere mayor orden en su secuencia y el símbolo se maneja colectivamente, lo que no significa que éste se uniformice única y estrictamente bajo un solo y exacto criterio.

La interpretación que el niño hace del mundo real a través de la expresión de roles, emociones y actividades, es el resultado de la aceptación de reglas y de las construcciones lógicas que se derivan del proceso de socialización.

En el juego de representación, la reproducción o imitación de modelos conlleva, conforme se practica, a la adquisición de nuevas estructuras de conocimientos que se agregan a los esquemas anteriores. Hay que tener en cuenta que el niño no sólo imita el comportamiento humano, sino que también puede, en el mundo que reproduce: rugir, relinchar como cualquier animal e incluso puede emitir el ruido de la máquina o nave interplanetaria que él desee; más aún, puede ambientar su fantasía a través de la producción de emisiones sonoras. En este sentido el juego de representación es libre y espontáneo, pero no desorganizado. En los espacios del imaginario (donde se juega libre y espontáneamente con las posibilidades, aventurándose en las concepciones originales o subordinadas) no importan los atributos del objeto sino lo que simbolizan. Dicha representación puede estar referida a identidades o papeles de la vida real o bien a los denominados estereotipados o de ficción.

A los siete u ocho años ningún niño se arriesga a desempeñar papeles femeninos, aun cuando estén referidos a las autoridades. A esta edad se hace muy visible la identificación con juegos y actividades propias de su sexo, siendo éstas más importantes.

En cuanto a la consistencia de las tramas, se puede decir que éstas se apoyan en un plan de acontecimientos identificados en una lógica o coherencia argumental.

Concebido el plan y ya asignados los papeles, los episodios son difícilmente cuestionados, por lo que quedan implícitos los actos que a continuación se presentarán en la secuencia y ésta sólo será interrumpida por el inadecuado desempeño de algunos de los miembros o por factores ajenos a la continuidad del juego.

Se ha observado que de los cuatro a los siete años el juego de representación hace que el símbolo se apegue a la realidad, es decir, éste se hace cada vez más imitativo, situación que se prolonga hasta que cede prácticamente a los 11 o 12 años, edad en la que el juego en general es más esporádico.

Juegos de construcción. Los juegos de construcción ocupan un lugar intermedio o fronterizo entre el juego y las conductas no lúdicas. En el proceso de creación, el niño, además de enfrentar problemas, es capaz de poner en juego sus potencialidades y características de gusto y personalidad

Ya que las construcciones cada vez son más avanzadas como consecuencia de la evolución del pensamiento y del apego a lo real, se hacen necesarios materiales más detallados y precisos, así como que estén identificados los temas de acuerdo con la edad y sexo del niño.

Los juguetes para estimular la imaginación creadora idealmente son objetos inacabados, ya que el propósito con el que han sido concebidos, es la de dar diversas posibilidades a las piezas, utilizando para ello la imaginación y el deseo de construir cuidando el detalle.

3. Los juegos reglados. Es la tercera y última etapa en la evolución del juego, que se sitúa entre los 11 y 12 años. Se caracteriza por la disminución del símbolo en provecho de los juegos de reglas o de las construcciones simbólicas cada vez menos deformantes y cada vez más cercanas al trabajo continuo y adaptado. Es entonces que el niño se inclina por juegos más elaborados, como los juegos de estrategias, que permiten la exposición y el enfrentamiento de sus capacidades; por citar algunos, mencionaremos el ajedrez, turista, monopolio, maratón, mente maestra, etc. En estos juegos las instrucciones para el inicio, el desarrollo y la conclusión, constituyen requisitos necesarios e indispensables, lo que refleja el poder de asimilación y adaptación alcanzado en los participantes en relación con las normas establecidas.

La comprensión y el manejo de reglas se hace acompañar de un claro propósito por la competencia y la cooperación, respuestas ambas que demuestran un alto grado de socialización y dominio de sí mismo (autocontrol). Esto último se demuestra en la aceptación de la derrota y al reconocimiento del ganador, cuestión que en apariencia pareciera irrelevante, pero que tiene gran trascendencia en la vida, por cuanto evidencia el reconocimiento de los límites

y alcances de las capacidades, en circunstancias determinadas por el grupo social (Díaz, 1997).

Otra explicación de la tipología de los juegos es la propuesta por la psicoanalista Arminda Aberasturi (en Díaz, op. cit.), quien se ha interesado por la relación existente entre la edad y ciertos juegos, así como su desaparición o abandono posterior.

La autora observa que los pequeños en los primeros cuatro y seis meses de vida juegan con sus sonidos guturales o con los provocados por estímulos externos, tales como el sonajero, los tableros u objetos musicales, pequeñas campanas o cascabeles, entre otros; el caso es que el niño tiene control sobre éstos. De la misma manera, el descubrimiento del dominio de sus movimientos resulta útil para la elaboración y el manejo de la angustia provocada por la pérdida esporádica de la madre o de las personas amadas.

Al finalizar el primer año de vida el niño se inclina por pelotas, tambores y globos que simbolizan el vientre de la madre.

Con el segundo año de vida, y la aparición de la etapa anal, el infante empieza a dominar sus impulsos egocéntricos asociados al placer de la orina y las heces fecales, preparándose para la etapa fálica, en donde el niño toma conciencia de su sexualidad como resultado del proceso de socialización y aprendizaje. Para esta etapa se hace necesario que los padres proporcionen juguetes y actividades que refuercen el rol propio de cada sexo. Deben tomar en cuenta que ello contribuirá a la superación de las tensiones de culpabilidad vividas. Es a los cinco o seis años cuando el niño supera los conflictos propios de las tensiones experimentadas, a lo que contribuye el juego de manera significativa.

Alrededor de los tres años la preferencia de los niños se centra en los cochecitos y en las locomotoras, para las niñas las muñecas y los monos de peluche satisfacen sus necesidades maternas.

Con el dibujo, la imagen de los objetos reales o fantásticos que hasta entonces parecía fugaz, es detenida, hecho que disminuye la angustia de pérdida.

Después de los tres años, el ingreso a las fantasías se evidencia con juegos de espadas, pistolas y aventuras en general. Estas inquietudes permanecen hasta después de los cinco años.

En el caso de las niñas, los juegos con muñecas, los objetos del hogar como planchas, juegos de té, muebles de cocina, máquinas de coser y accesorios para el arreglo personal que reproducen el rol materno, son de su preferencia, y efectúan sus interacciones recreativas en un ambiente físico más reducido y tranquilo que el de los niños.

A los seis años, aparecerán nuevas actividades lúdicas que combinarán las capacidades intelectuales con el azar. El interés por la competencia en juegos como lotería, serpientes y escolares, memoramas, conecta cuatro, uno, batalla naval, etc., demuestran el deseo de salir victoriosos en el encuentro (Díaz, op. cit.).

Anna Freud estudió como el niño evolucionó a través del juego desde el egocentrismo hasta el compañerismo. Habla de las siguientes etapas:

1. Ego/Narcisista: Se muestra identificado con el objeto real. No existe una clara distinción entre el cuerpo de la madre y el suyo propio. Le interesan aquellos objetos que produzcan ruidos hacia la segunda mitad del primer año. Esta es una forma de descargar su agresividad. En esta fase o etapa los juguetes son muy ambivalentes así como los sentimientos que se vuelcan hacia ellos.
2. Exhibicionista: Les gusta disfrazarse, hacer juegos que requieran mucha actividad psicomotriz, jugar a escenificar situaciones edípicas para así elaborar el conflicto edípico.
3. Juegos más definidos y marcados por su sexo. A partir de los 5 años (Marsellach, 2000).

Una clasificación más es la postulada por Parten (1932; en Rangel 2002), y Parten y Newhall (1943; en Rangel, op. cit.) y que a continuación se expone:

- Juego Desocupado. El niño no se compromete con otros; con frecuencia contempla pasivamente la marcha de las actividades de los demás.
- Juego Solitario. No se compromete con otros, juega de una forma independiente; el jugar con juguetes es su primera finalidad.
- El Espectador. Observa a otros niños jugando y con frecuencia comenta o se ríe de lo que está viendo; hay mayor compromiso activo que en el juego desocupado.
- Juego Paralelo. Los niños juegan próximos unos de otros, con los mismo juguetes u ocupándose en las mismas actividades. Aún así el juego es independiente y no compartido.
- Juego Asociativo. Los niños juegan cerca y utilizan una gran variedad de intercambios sociales para dar a entender que reconocen al compañero. Se comunican haciendo preguntas a los otros, mostrando sus éxitos y utilizando los juguetes a los compañeros.
- Juego Cooperativo. Los niños están comprometidos en organizaciones sociales complejas con las que comparten metas o intereses comunes. Hay una adopción de roles recíproca como en el caso de obedecer turnos, compartir un sentido de identificación con el grupo, con líderes y a menudo con las reglas formales que rigen varios juegos como el del escondite.

Una de las clasificaciones de mayor reconocimiento es la de Roger Caillois (1958; en Díaz, op. cit.), en la que se expresan dos polos antagónicos: en la categoría denominada Paidia, los niños juegan libremente, lo que permite la improvisación y la fantasía sin límites. Por el otro lado, Ludus constituye la tendencia hacia el orden y la aceptación de reglas. Tanto en la Paidia como en el Ludus, la práctica o el juego puede ser de competencia (agón, azar o alea: en Paidia, carreras, luchas no reglamentadas, atletismo; en Ludus, fútbol, ajedrez,

boxeo, billar, esgrima, damas, competiciones deportivas en general); si predomina el simulacro o la imitación (mimicry: en Paidia, imitaciones, juegos de ilusión, muñecas, guiñol, caretas, disfraces; y en Ludus, teatro, artes del espectáculo en general) y se caracteriza por el vértigo (ilinx: que en Paidia se puede presentar en “giros” infantiles, balancín; y en Ludus, vals, atracciones circenses, esquí, alpinismo, cuerda floja).

Como se podrá observar, la clasificación de Roger Caillois parte de un juego agitado o convulsionado cuyo interés está centrado en la dirección, con tendencia hacia actividades lúdicas sometidas por reglas, en donde el orden y las capacidades se demuestran de manera colectiva; tales actividades altamente socializadas son el deporte, la danza, el teatro, etcétera.

La tendencia manifiesta de la clasificación concurre con la evolución del pensamiento del niño, por lo que su carácter coincide con el enfoque psicogenético.

Otra clasificación propuesta es la de Roberts, Sitton Smith y Kendon (1963; en Díaz, op. cit.), quienes dividen los juegos en tres grandes grupos:

- a. Los de destreza física, en los que se realizan actividades motoras, ejercicios o preparación y en los que el resultado final tiene importancia en tanto que releva la capacidad física de los participantes.
- b. Los de estrategia, que implican tomar decisiones y actuar de determinada manera al evaluar una situación dada con objeto de tomar resoluciones acerca de la forma en que se llevará a cabo el juego.
- c. Los de azar, en los que los jugadores se encuentran a expensas de la suerte, esperando que ésta les sea favorable.

Por su parte, Gilles Brougère (en Díaz, op. cit.) distingue tres tipos de juegos de mesa:

- a) Juegos de azar. Son aquellos en donde la suerte desempeña un papel destacado, es decir, el rumbo de la partida es indeterminada, por lo que cada oportunidad depara un avance o un retroceso (ejem. la oca, serpientes y escaleras, ruleta, lotería).
- b) Juegos de estrategia. En este tipo de juegos, el azar no tiene nada que ver. En una partida de ajedrez se hace fundamental plantear un esquema en el que se prevean los movimientos, tanto personales como los del rival en turno. En la elaboración y ejecución de cada tirada se pone en juego el talento.
- c) Juegos combinados. En cuanto a este tipo de juegos, podemos decir que participan tanto el azar como las capacidades intelectuales de los contrincantes. Sin embargo, las estrategias se ven supeditadas a la suerte. Una partida de cartas o de dominó son buenos ejemplos de dicha actividad. Dentro de estos juegos los hay referidos a la sociedad o a determinados sectores de la vida, como es el caso del Turista, Metrópolis, etc., en los que el contenido temático y la representación física está relacionada con la realidad.

Asimismo es importante enunciar que así como el niño cubre por medio del juego distintas necesidades, el terapeuta puede valerse del juego como un instrumento que le ayude en el trabajo con los niños tal como vemos a continuación (Rangel, 2002).

Tipos de juegos:

- 1) Juego Espontáneo. El juego es dirigido por el niño. Debe alentarse y nutrirse ya que se considera como parte de desarrollo normal de la infancia.
- 2) Juego Guiado. Determinado por el terapeuta, su propósito es concederle al pequeño el permiso y la libertad para ser niño y jugar (y permitirse el seguimiento del juego espontáneo). Puede utilizarse para alentar a quienes cuidan del pequeño a interactuar de modo más favorable y disfrutar a sus hijos.

4.4. Como método de evaluación.

La terapia de juego se podría entender en un primer plano y desde varias perspectivas únicamente como herramienta de tratamiento, sin embargo algunos autores se han dado a la tarea de manejar el juego como un medio por el cual se valora al menor. Según West (op. cit.) las primeras sesiones le permiten al terapeuta la confirmación (o no) de las hipótesis que se obtienen acerca de la situación del pequeño. En este contexto, la evaluación significa sopesar las dificultades presentes contra lo que se conoce de los antecedentes del niño o cómo él o ella utiliza la sesiones para la exploración y expresión de conflictos internos y problemas externos. Por lo tanto, la terapia de juego y el diagnóstico de juego tienen fuertes conexiones entre sí y, con frecuencia, van de la mano (Schaefer y O'Connor, 1997a).

Un primer intento de evaluación fue en 1929, donde la pediatra y psicóloga infantil inglesa Margaret Lowenfeld elaboró la Técnica Mundial Lowenfeld (Lowenfeld, 1960; en Schaefer y O'Connor, 1997a). En el Instituto de Psicología Infantil de Londres, esta autora coleccionó juguetes y objetos en miniatura, y los colocó dentro de un cajón de arena que los niños llamaban "cajón maravilla". Tras ello, Lowenfeld invitaba a los niños a utilizar los objetos en miniatura para construir un mundo dentro del cajón maravilla y, a partir de ello, constituir un "microcosmos". Al hacerlo, los niños tenían la oportunidad de expresar y translaborar sus sentimientos y conflictos interiores.

Posteriormente, Charlotte Buhler, psicóloga infantil de Alemania, visitó el instituto londinense en 1934 y, a partir de ello, elaboró la Prueba Mundial. Esta prueba utiliza materiales estandarizados con el fin de estudiar cómo es que los niños de diferentes edades construyen su mundo de juego. Buhler observó que los niños con problemas psicológicos construían mundos que eran diferentes de los de aquellos que eran normales; de un modo más específico, los niños inadaptados mostraron mayor probabilidad de crear mundos agresivos, vacíos, caóticos o rígidos.

La pregunta que encaraban los psicólogos en el Instituto, era si sería posible ir más allá de la prueba tradicional de inteligencia y, por medio de una

técnica para el diagnóstico del juego natural de los niños, hallar un método que otros individuos pudieran enseñar y compartir, y que diera al profesional clínico una herramienta para comprender mejor los problemas de la infancia.

Cuando al psiquiatra infantil sueco Gosta Harding se le presentó la idea de permitir que los niños jugaran en el cajón de arena, se sintió atraído por las posibilidades de desarrollar de un modo real un procedimiento estandarizado y utilizarlo como una herramienta de diagnóstico. Bajo la inspiración del trabajo de la doctora Lowenfeld en Londres, Harding comenzó a coleccionar juguetes en miniatura. Este profesional encontró que los niños respondían bien a la tarea de crear mundos dentro del cajón de arena y que, con frecuencia, los mundos respectivos eran muy personales y por lo común describían la situación del niño de una manera más significativa que la que implicaba la descripción con palabras. Junto con la psicóloga infantil Allis Danielson, Harding elaboró el método y, de modo gradual, reunió una colección notable de juguetes en miniatura, cada uno con un significado simbólico particular. En su trabajo clínico diario con los niños en la fundación Erica en Estocolmo, Danielson y Harding hicieron realidad la unicidad y la utilidad de la técnica a la cual se le dio el nombre de Método Erica (Schaefer y O'Connor, 1997b).

Según Díaz (op. cit.) en el psicoanálisis, Melanie Klein, psicoanalista británica de origen austriaco consideró al juego útil para fines de diagnóstico y de tratamiento.

Conocedora de los niños, la doctora Kelin aplicó la técnica del juego en la detección de los problemas que interfieren con el sano desarrollo, preocupándole los factores relativos a la inteligencia y a la creatividad.

A los recursos utilizados inicialmente por la doctora Klein, consistentes en papel, tijeras, cuerdas, pelotas, ladrillos y agua, para el acceso de las fantasías y los conflictos inconscientes, hoy día en los espacios que ocupa la ludoterapia se han agregado otros objetos y juguetes como muñecas con y sin facciones, monos de peluche, casas de muñecas, títeres, teléfonos, soldados, plastilina, estampas,

historias inconclusas, cuentos, pinturas y crayones para la expresión impresa, que contribuyen a la disminución de las tensiones y la expresión de las inquietudes.

Es el juego, en este sentido, un medio de expresión accesible para los niños en la exposición de sus sentimientos, deseos y conflictos

De igual manera, en el mismo psicoanálisis, Odile Dot (en Díaz, 1997), intentó realizar una interpretación de acuerdo a ciertos actos que puedan suceder en el juego.

1) El niño destruye sus juguetes. Destruir muñecos o juguetes es un acto liberador, siempre y cuando esto no exceda lo razonable y caiga en lo compulsivo, ya que bien puede ser que desarmar o investigar los mecanismos de operación de los coches o las muñecas sea, por otra parte, una muestra de espíritu del niño por saber más de los objetos y las cosas que le rodean, demostrando así su inteligencia.

Cabe hacer notar que cuando la destrucción de juguetes cae en lo compulsivo, ello puede ser indicador de intensos conflictos internos, por lo que sería conveniente observar la frecuencia e intensidad de este comportamiento.

Una interpretación diferente, aunque complementaria a la anterior, es la que considera que la falta de identidad y reconocimiento puede provocar que el niño exija su derecho a través de la destrucción de los juguetes; esta manera de llamar la atención evidencia la falta de comprensión a sus capacidades y actitudes en general.

2) Construcción y destrucción de torres. Retomando la opinión de Odile Dot, esta autora considera que la construcción y destrucción de estructuras realizadas con bloques es un acontecimiento altamente placentero, debido a que el niño disfruta tanto el “hacer” como el “deshacer”, sintiéndose dueño de sus creaciones y del destino que les asigna.

Para el psicoanalista de origen alemán, Erick Erikson, el derrumbamiento de estructuras realizadas con bloques no es más que el reflejo de la ansiedad, y que es el mismo constructor quien debe destruir su obra, para así encontrar y

reservarse el placer de un espectáculo fascinante digno de ser disfrutado, que reafirme su yo, por medio del dominio que tiene sobre ciertos objetos más débiles que él, que le hacen sentir fuerte, más aún si éstos son suyos y más pequeños.

3) Dependencia e identificación con personajes reales o fantásticos. No es raro encontrar niños que demuestran sus sentimientos y necesidades de afecto a través de sus eternos e inseparables muñecos o monos de peluche, que de acuerdo con su pensamiento animista tienen vida y, por tanto sienten, constituyéndose dichos personajes como la alternativa de comunicación verbal y afectiva. Estos chicos que encuentran en sus juguetes a los sustitutos del calor y el amor paterno, manifiestan de esta manera sus emociones y deseos reprimidos, así como sus temores y resentimientos.

Existen otras razones para la identificación o apego por los juguetes. Bettelheim, al referirse a los héroes de los cuentos, lo que es generalizable para el caso de las gestas heroicas cinematográficas y de la televisión, en donde surgen poderosos y fantásticos personajes del bien (que más adelante se llevan al plástico, el juguete), afirma que el niño emula las hazañas de los personajes míticos en el deseo de ser como éstos. Es esta la razón por la que los niños reencarnan en el juego a aquellos personajes, siendo asimismo ellos, pero con la diferencia de que en esos momentos enfrentan los problemas de una manera audaz y eficiente, como quisieran hacerlo en la vida real, pero no lo consiguen.

Para los kleinianos, la situación es sencilla; el juego del niño se considera totalmente equivalente a las asociaciones libres de los adultos e igualmente accesible para la interpretación según la teoría kleiniana del desarrollo y la formación de síntomas. Sin embargo, para el terapeuta freudiano el problema es más complejo. El juego no se ve como en la teoría anterior, sino como un modo de conducta egomediadora que sirve a una variedad de propósitos psicológicos, produciendo un cuerpo substancial de datos, pero requiriendo suplementos de

fuentes adicionales diferentes, incluyendo a los padres. Por lo tanto, el juego es sólo una de las fuentes de las que el terapeuta obtiene inferencias sobre el niño.

Ekstein y Caruth (1966; en Schaefer y O'Connor, 1997a), denominan como una forma de evaluación la "interpretación dentro de la metáfora". Esto comprende, a varios niveles, el uso de la situación de juego, las figuras representadas o ambos, dentro de él como el sujeto y objeto de la oración interpretativa. Tal comunicación puede ser relativamente simple en un nivel de desplazamiento bajo como en el siguiente caso:

Peter, un niño de seis años, se entregaba vigorosamente al juego de indios y vaqueros. El "vaquero" principal diezmaba las filas de los "indios", esparciéndolos por el cuarto con desenfado. El sugerir que esto parecía como que el niño expresaba su ira contra sus padres estrictos, en este nivel inicial del tratamiento podría inducir, una negación ligera o una resistencia fuerte. El propósito fundamental del momento era unir la acción con un afecto. El tacto terapéutico señalaba hacer el comentario "ese vaquero realmente se ve enojado con esos indios". "Por supuesto que lo está" dijo Peter. "Se pasan el tiempo quitándole sus cosas".

Tal intervención puede considerarse como una interpretación preparatorio o parcial –seguida por, "apuesto que usted se enoja así a veces"- o algo parecido. Pero la comunicación dentro del contexto metafórico desplazado de la situación del juego es un punto de inicio necesario para el proceso gradual de hacer llegar a la expresión verbal el afecto y conflicto del niño.

Más adelante Lewis en 1974, distinguió niveles de intervención variantes en el análisis infantil, los que incluyen: afirmaciones de atención, dirigidas a provocar la conciencia del niño "el contexto básico de sus acciones, verbalizaciones o ambas"; reductivas, las que buscan demostrar patrones de conducta no advertidos reduciendo los sucesos dispares a una forma común; situacionales las que buscan hacer al niño consciente de aquellas situaciones que hacen surgir ciertos afectos o conductas, interpretaciones de transferencia, que pretenden mostrarle al niño cómo se reflejan sus conflictos en su relación con el terapeuta; y afirmaciones

etiológicas que buscan unir la conducta actual del paciente con sus sucesos de desarrollo temprano (Schaefer y O'Connor, 1997b).

Por otro lado, desde el punto de vista de la teoría centrada en la persona, West (2000), hace mención de la importancia que tiene la aplicación del juego para tratar de comprender al menor, lo que hace explícitas las siguientes consideraciones:

- a. En la mayor parte del mundo caucásico occidental, el juego significa para (casi todos) los niños lo que el lenguaje es para (casi todos) los adultos (Axline, 1969; en West, op. cit.).
- b. En general, los niños se expresan más libremente mediante el juego que en entrevistas formales “habladas” (Bray, 1986; en West, op. cit.).
- c. Los niños pueden manifestar sus problemas a través del juego.
- d. El juego puede ser una herramienta terapéutica (Gavshon, 1989; Isaacs, 1948; en West, op. cit.).

Nickerson (1973) lo resume de la siguiente manera:

1. El juego es un medio natural para la autoexpresión, experimentación y aprendizaje del niño.
2. Al sentirse como en casa en el ambiente de juego, el niños pueden relacionarse fácilmente con los juguetes y “jugar” sus preocupaciones con ellos.
3. Un medio de juego le facilita la comunicación y expresión al niño.
4. El juego es también un medio que permite una liberación catártica de sentimientos, frustraciones, etcétera.
5. Las experiencias de juego pueden ser renovadoras, sanas y constructivas en la vida de un niño.

6. El adulto puede entender el mundo del niño de manera más natural al observarlo durante el juego, y puede relacionarse de modo más fácil con él a través de las actividades de juego que por medio de una discusión totalmente verbal.

Asimismo, West (op. cit.) argumenta que existen cuatro pautas de evaluación:

1. La comprensión del terapeuta de juego acerca del progreso del niño a través de las etapas terapéuticas y la naturaleza de la relación del niño con el terapeuta.
2. El análisis del terapeuta de juego acerca del proceso y contenido de las sesiones de juego, en particular la resolución, o lo contrario, de los principales temas del juego.
3. La energía que pone el niño en las sesiones y, si es lo suficientemente grande, su evaluación acerca de cómo está progresando su vida.
4. Las percepciones del progreso del niño por parte de quien hizo la referencia y de personas como custodios y maestros.

Para ayudar a la valoración el terapeuta de juego encontrará útil al principio de la terapia realizar una lista de los supuestos problemas que precipitaron la referencia del niño, poniendo en incisos quién dijo qué. De manera periódica, el terapeuta de juego verificará las percepciones de todos acerca de qué sucede, anotando cualquier cambio.

En la evaluación, se podrán utilizar formatos de registro que comprenden:

1) Formatos de registro.

- a- Discusiones preliminares. Registro de las discusiones preliminares con la persona que hizo la referencia, con el niño, con quienes cuidan de él, con los maestros e incluya

las “áreas problema” del niño como las perciben estas personas.

- b- Primera sesión. Registro del proceso, un recuento cronológico de qué hizo y dijo tanto el terapeuta de juego como del niño, inclusive la comunicación no verbal y los sentimientos; o, a falta de ello, un registro tan detallado como sea posible. Después de escribirlo, el terapeuta de juego puede destacar puntos específicos; éstos son útiles para tenerse en mente en la siguiente sesión, para discusiones de asesoría y para después resumir el trabajo (Anexo 1)

Algunos terapeutas quizá prefieran un plan alternativo de registro de las sesiones que requiera menos escritura.

2) Un formato de actividades de juego para todas las sesiones. Éste es subjetivo, sin embargo, da una interesante visión general en la que se notan cambios en el material que se utiliza y lo hace más fácil de localizar y seguir a través de ciertos tipos de actividad como es la regresión, secuencias de cajón de arena o pintura (Anexo 2); pero se espera que el terapeuta de juego decida acerca de sus propias categorías.

3) Registro de sesión. Suponiendo que las sesiones duren cerca de una hora, se divide un círculo en segmentos de cinco minutos (o 15 minutos). En el círculo central se invita a los terapeutas de juego a indicar si se encuentran involucrados con el niño (Si o No, paloma o cruz). En el resto del segmento deben anotarse las actividades del niño, con comentarios adicionales y citas textuales que pueden continuarse en los espacios más allá del círculo (Anexo 3); este “reloj” permite que se pueda ver de una mirada cada sesión. En esta sección se da la oportunidad de tomar nota acerca de las pinturas, dibujos, modelos, cajón de arena, juego en la

casa de muñecas, etcétera, con bocetos o fotografías si no se puede guardar el trabajo.

4) Tiene el propósito de ayudar al análisis de la sesión y el papel de terapeuta de juego. Se desarrolla un análisis teórico y puntos para asesoría (Anexo 4).

Siguiendo el mismo enfoque, Rangel (2002) menciona tres funciones que cumple el juego:

- 1) Emitir ciertas emociones y sentimientos, sobre todo aquellas que son poco gratas o difíciles de comprender o de organizar.
- 2) Es una forma de minimizar la gravedad de las consecuencias de alguna acción.
- 3) Es un medio de aprendizaje, aprender a descargar o manifestar de una forma no perjudicial para él toda esa carga de emociones y sentimientos que a menudo se dificulta demostrar de otra manera, asimismo se aprende a desarrollar nuevas alternativas de conductas, respuestas o actitudes ante determinados eventos en situaciones seguras.

Rangel (op. cit.) sostiene desde su posición que el contenido emocional de juego no incluye únicamente emociones que se podrían calificar de negativas como la ira, ansiedad, rechazo o frustración, sino que también en actividades de esta naturaleza podemos encontrar manifestaciones de amor, ternura, cariño o felicidad. Un ejemplo se observa cuando una niña pequeña juega cariñosamente con su muñeca, la atiende, la arropa, la arrulla y le da de comer.

A través del juego es posible sondear el estado de ánimo, los sentimientos y las emociones que algún paciente experimenta en relación a su entorno familiar, escolar o social.

Desde la teoría adleriana, la segunda fase de la terapia de juego implica la investigación del estilo de vida del niño, la cual puede abarcar las siguientes estrategias:

1. Analizar los objetivos / propósitos de la conducta.
2. Sondear la atmósfera familiar.
3. Sondear la constelación familiar.
4. Requerir la exposición de recuerdos tempranos.
5. Formular hipótesis acerca del estilo de vida.

El terapeuta de juego adleriano utiliza la observación, estrategias de cuestionamiento y el arte para descubrir las creencias del niño acerca de sí mismo, los demás y el mundo, y cómo la conducta del mismo se desarrolla a partir de tales percepciones.

Cualquiera que sea el medio por el que el terapeuta llega a las formulaciones sobre los conflictos del niño, su herramienta fundamental en la terapia es la interpretación. Para el análisis infantil, su obtención es difícil y en ocasiones imposible, debido a la organización cognoscitiva inmadura, a las limitaciones en el uso del lenguaje, a la dependencia de quienes figuran en sus conflictos, y al carácter tenaz de sus resistencias.

Como se puede apreciar, los tipos de evaluación que aquí se presentan, se enfocan únicamente a las perspectivas psicoanalítica y centrada en el cliente, esto debido a que en la documentación revisada las demás no toman a la terapia de juego como una alternativa para valorar el estado psicológico del niño y solamente la proponen como uso exclusivo en la intervención.

4.5. Como método de tratamiento.

La meta de la terapia de juego es ayudar a los niños a dominar las múltiples tensiones del maltrato, y corregir o prevenir posibles “desviaciones” en el desarrollo psicosocial futuro. De esta manera, el juego permite el distanciamiento

necesario de los sucesos traumáticos y de los padres con el uso de materiales simbólicos, esto con el objetivo de que en el niño se produzca un reconocimiento y posteriormente una aceptación de los sentimientos que tiene hacia su(s) victimario(s) y consecuentemente sopesar, superarlos, y así poder llegar a una autorrealización (Schaefer y O'Connor, 1997a).

A continuación se anunciará desde algunas perspectivas psicológicas la utilización de la terapia de juego como un método de intervención hacia el menor.

Desde el punto de vista psicoanalítico, Hellendoorn (1988, pág. 43; en Gállegos, 2001) sostiene que el juego ayuda a involucrar al niño en una relación terapéutica, al permitirle “la reactuación simbólica del contenido abrumado por el conflicto y la expresión de los deseos primitivos reprimidos en forma de – mentiritas- “.

Schaefer y O'Connor (1997a), siguiendo el mismo enfoque comenta que el juego no sólo es catártico, autorrevelador y de naturaleza instructiva, sino también divertido, y por tanto, automotivador. La esencia real del juego es no tomarlo “en serio”. Así, aunque el juego es parte de los problemas serios de la infancia a través del que el niño aprende a manejar su ambiente, no necesita ser tomado excesivamente en serio. En los juegos, los niños se sienten relativamente libres para ser ellos mismos, para divertirse “probando cosas”. Por lo general, no tenemos que trabajar para que un niño juegue. El juego y los juegos son un medio educativo y terapéutico naturalmente atractivo e importante en el desarrollo total del niño.

Los mismos autores, mencionan los fundamentos para incorporar los medios del juego y el juego al trabajo con niños que se basan en los siguientes conceptos:

1. El juego y los juegos son un medio de expresión natural, experimentación y aprendizaje en general del niño.
2. El niño se siente “en casa” en un escenario de juego y se relaciona fácilmente con los juguetes y lo que les concierne.
3. Un medio de juegos facilita la comunicación y la expresión.
4. Un medio de juegos también permite una liberación catártica de sentimientos, frustraciones, ansiedades (es decir, oportunidad de ventilar y acomodar las preocupaciones en una perspectiva).
5. Las experiencias de los juegos son renovadoras, saludables y constructivas.
6. Un adulto puede comprender más completa y naturalmente el mundo de los niños observándolos en sus juegos, se relaciona con ellos más fácilmente mediante las actividades del juego que tratando de inducir discusiones completamente verbales de sus vidas.

Crocker y Wroblewski (1975; en Schaefer y O'Connor, 1997a), listan las siguientes funciones de ayuda que resultan de la utilización del juego en la consultoría o terapia:

1. La utilización de un juego puede provocar una situación en la que la ansiedad a ciertas condiciones pueda confrontarse y penetrarse. Por ejemplo, Capell (1968; en Schaefer y O'Connor, op. cit.), sostiene que la hipótesis de que “monopolio” facilita que los jugadores lidien con la ansiedad provocada por sentimientos de pobreza y desamparo y por ello obtienen dominio sobre tales sentimientos.
2. El uso de los juegos también ofrece al jugador la oportunidad de aprender a enfrentar las “reglas del juego” como una analogía de vivir en forma responsable según normas aceptables por la sociedad, y de ver los derechos y privilegios propios en relación con los de los demás.

3. El uso de los juegos también puede ayudar a que surjan fantasías (sin importar la edad) y en el proceso se puede liberar potencial creativo para la vida y la solución de problemas.
4. La utilización de los juegos, como cualquier situación fantástica de juego, tiende a crear un clima seguro y permisivo en el que puede experimentarse con conductas nuevas. Los patrones conductuales se vuelven más aparentes por el proceso de cómo juegan los juegos las personas. Esta autoconciencia aumentada facilita que la persona reconozca y pruebe nuevas conductas en la situación de juego y quizá generalizarlas a otras situaciones en la vida.
5. Así, realizar juegos terapéuticos conduce a conductas más novedosas. Explorar el significado personal de ganar o perder dentro del contexto seguro de jugar terapéuticamente puede ayudar a que la persona aprenda a enfrentarse a la agresividad con habilidad, retando, aceptando retos, siendo criticada, hostilizada o rechazada por los demás. (Nickerson y O'Laughlin; en Schaefer y O'Connor, 1997b).

Desde esta misma perspectiva psicoanalítica, Winnicott (en Díaz, 1997), valora al juego como una expresión creativa y creadora del yo libre de conflicto, por lo que destaca en su obra el lugar que ocupa la imaginación como generadora de actos creativos e innovadores. Desde esta perspectiva, el juego sufre un cambio radical; en vez de ser sólo considerado como argumento de estudio, es tomado como fin mismo de la experiencia terapéutica. En otras palabras, jugar es en sí mismo la terapia que proveer información acerca de los obstáculos que interfieren su pleno desarrollo. Jugar es, pues, fundamental en el concepto de salud; saber hacerlo contribuye al bienestar del individuo, como el no saber o estar imposibilitado para hacerlo resulta un indicio de "graves alteraciones de la personalidad".

Jugar es un acto transformador, en el que lo imaginario se concreta en un hacer, mientras que en la fantasía todo se desarrolla en el plano intrapsíquico, sin que ello tenga que ver con la acción.

Jugar resulta siempre saludable; hacerlo requiere de espacio, tiempo y condiciones favorables. Debido a esto, Winnicott (en Díaz, op. cit.) niega el carácter directivo de la terapia tradicional, por cuanto interfiere con el formalismo de la relación y elimina toda posibilidad de un clima natural y satisfactorio para la espontaneidad.

Winnicott sostiene que el juego es un acto humano por cuanto es imaginativo, libre y creativo. En este sentido, la actividad lúdica no sólo es un recurso de equilibrio, sino también de expresión creadora que permite apropiarse de la realidad de una manera más saludable y productiva. Sólo cuando el hombre crea refleja su verdadera personalidad, por lo que hay que enseñarle a hacerlo, ese es el fin de la terapia (Díaz, 1997).

Resumiendo, en el tratamiento psicoanalítico infantil, el juego tiene una función establecida y bien definida. Promueve la relación de trabajo entre el paciente y el terapeuta, y permite la comunicación de deseos, fantasías y conflictos en una forma que el niño puede tolerar afectivamente y expresar al nivel de sus capacidades cognoscitivas. La función del terapeuta es observar, intentar entender, integrar y finalmente comunicar los significados del juego del niño con el fin de promover el entendimiento del mismo sobre su conflicto hacia el fin de una resolución más adaptativa. El juego en la terapia psicoanalítica es el medio para ese fin.

Desde la postura de West (op. cit.) quien se basa en la terapia centrada en el cliente, se hace referencia a cuatro etapas durante el desarrollo de la terapia de juego:

Etapa 1. Ésta es una etapa de conducta profusa, difusa, dirigida de manera apropiada e inapropiada. En el momento de la referencia la conducta tal vez parezca extremosa. El niño quizá haya perdido el contacto con su propio yo real y la intranquilidad puede ser general, indiscriminada o estar desvinculada de la

persona, o ambas situaciones provocaron los problemas. Cuando los niños presentan “acting out”, despliegan una hostilidad indiscriminada, inclusive hacia ellos mismos, lo que a veces expresan en el cuarto de juego por medio del ataque a los juguetes y al terapeuta de juego. Los niños ansiosos se encuentran atemorizados de manera difusa acerca de todo y con todos. Desean que se les deje en paz, cualquier cosa podría ser dañina.

Etapa 2. Mientras mayor sea la confianza de los pequeños en el terapeuta de juego, y tengan mayor seguridad de que se les acepta y respeta en el cuarto de juego, serán más capaces de enfocar su enojo o temor en cosas o personas definidas, fuera de ellos mismos. Al principio quizá sea el terapeuta de juego quien reciba el impacto total, porque el niño confía lo suficiente como para someterlo a prueba de tal manera. Aunque esto en ocasiones es confuso e incómodo, el terapeuta de juego lo acepta con calma y permite que se resuelva solo.

Los niños también pueden tener el valor de poner a prueba su enojo o temor en casa o en la escuela. En esta etapa, los temores se dirigen hacia los objetos que causaron el problema en lugar de hacia figuras o situaciones sustitutas. Los que están enojados cesan de golpear los juguetes y comienzan a externar su enojo sobre un hermano o hermana o uno de los padres. Éste acaso sea un tiempo crítico porque puede parecer que los niños empeoran desde el punto de vista del custodio o escuela y el terapeuta de juego explicará que ésta es una etapa necesaria pero de corta duración.

El surgimiento de temores y enojo puede ser intenso, pero a medida que los niños expresan y liberan sus sentimientos negativos en formas directas, y el terapeuta de juego acepta estas expresiones, ya no están a merced de sentimientos atemorizantes que entonces se vuelven menos insistentes. Mientras más expulse sus sentimientos de enojo, y más los acepte el terapeuta de juego, el niño estará más capacitado para sentirse bien internamente, como una persona valiosa.

Etapa 3. En este momento llega la construcción de sentimientos positivos. A medida que los niños se convencen de que son valiosos, “buenos” internamente y que se les acepta, ya no son tan negativos todo el tiempo en la expresión de sus sentimientos. Ésta es una etapa de ambivalencia aguda. Los niños aman y odian al mismo objeto, lo cual quizá sea doloroso e incomprensible para el niño y el objeto, si éste es una persona. Los niños someterán tentativamente a prueba los sentimientos buenos de amor y confianza pidiéndoles cosas a las personas importantes en sus vidas. Como aún no confían en lo que sucederá si muestran sentimientos verdaderos, se dan cambios violentos. Los niños pueden preocuparse mucho por un muñeco bebé y acariciarlo con amor para luego golpearlo con ferocidad. Pueden, de manera alternativa, patear al terapeuta de juego y ser amables con él. Pueden pedir que se les dé algo y luego arrojarlo o decir que no lo quieren. Estos sentimientos ambivalentes en ocasiones son de intensidad grave al principio, pero cuando se expresan una y otra vez en la relación terapéutica, se calman.

Los niños pueden intentar incluir al terapeuta de juego de manera más activa o diferente. Aunque el niño utilice al terapeuta de juego de muchas maneras (es decir, como “madre”, compañero de juego, esclavo, receptáculo de caos) y trabaje en aspectos que tienen que ver con confianza y desconfianza, dependencia e independencia, probablemente también se darán los comienzos, si bien espasmódicos, de una relación más adecuada a la edad y el niño comenzará a verbalizar y discutir en cierto grado sus preocupaciones.

Etapa 4. Es cuando se define más el tratamiento, y se toma en cuenta su resultado; en dicha etapa surgen sentimientos positivos y realistas de modo más fuerte. A través de las primeras tres etapas el terapeuta de juego aceptó de manera consistente y completa al niño, sin importar qué tan “atroz” sea. Así, para este momento el niño ya introyectó una buena imagen paterna de parte del terapeuta y siente una buena autoimagen interna. El niño es valioso y seguro, con una autoestima floreciente y ahora puede darse el lujo de amar a otros a partir de una especie de superávit. En esta etapa, el niño se adapta a la realidad y ve a las

otras personas como son. Lo más importante es que los niños son más capaces de aceptar sus propias faltas y deficiencias sin una ansiedad indebida; después de todo, el terapeuta de juego los aceptó, por tanto son aceptables. Así que esta es la etapa en la que puede lidiarse con problemas específicos en la terapia de juego sin dañar la autoconfianza del pequeño. Ésta, también es la etapa de destete de la situación de terapia de juego.

Los niños dejarán de asistir a la terapia cuando el terapeuta de juego cumpla con su función, llevándose con ellos la aceptación y respeto del terapeuta dentro de sí mismos en forma de autoaceptación y autorrespeto. Los niños normalmente tienen una mejor capacidad para tomar decisiones apropiadas, para aceptar alguna autorresponsabilidad, reconocer sus sentimientos y responder ante ellos.

En la terapia de juego centrada en el niño no se requieren métodos diferentes para los distintos problemas que presenta el niño, y es eficaz frente a un amplio rango de situaciones que refleje, incluyendo los graves. De igual manera, el proceso terapéutico optimiza el crecimiento hacia la madurez desde donde sea que se encuentre actualmente. Si el niño es demasiado agresivo, el tratamiento lo alentará a suspender ese incremento de conductas inadaptativas y no mejoradas del yo. Las condiciones terapéuticas crean una atmósfera que permite al niño abandonar lo inapropiado y conducirse hacia la norma (es decir, la que es adaptativa a su autodesarrollo dentro de sus propias realidades ambientales). (Schaefer y O'Connor, 1997a).

En la perspectiva de la terapia de juego familiar, se reconoce la importancia del juego como una forma primaria de comunicación entre padres e hijos. Como afirmó Amster (1943; en Schaefer y O'Connor, 1997a), el juego “se puede utilizar para establecer una relación de trabajo y producir un interés en el niño (y adulto) que se pueda llevar a la vida cotidiana”. La terapia de juego desde este punto de vista, es una corriente en la que los padres aprenden habilidades paternales más efectivas y estilos de interacción en un ambiente que no sólo

facilita su receptividad hacia esta información, sino que también suministra un medio agradable a sus hijos. Esta técnica permite al terapeuta ser un modelo a seguir por aquellos padres que se expusieron previamente a modelos deficientes. También proporciona un ambiente controlado y no amenazador en el que puedan experimentar agradablemente con el cambio.

El tratamiento por lo general, se lleva a cabo en tres etapas principales y el papel del terapeuta debe cambiar al presentarse cada una de ellas. En las dos primeras sesiones introduce y dirige las actividades. Ya que ésta es la primera exposición del terapeuta a la familia en un escenario más natural, también proporciona una oportunidad para que éste observe y evalúe una vez más los patrones individuales y familiares, y al mismo tiempo, sirve como un apoyo para un comienzo a menudo difícil. En las siguientes tres sesiones su papel casi siempre es más activo y directo, modelando nuevos patrones y habilidades, auxiliando a los padres en sus primeros intentos de “probar” estos patrones. Por lo tanto, estas sesiones ofrecen al terapeuta una oportunidad excelente para educar al adulto aprendiz en una forma práctica. Las tres últimas son para alentar a los padres y / o niños a iniciar e implementar independientemente sus nuevas habilidades. El terapeuta proporciona una oportunidad para un apoyo, retroalimentación directos y reforzamiento inmediato para los valerosos intentos de la familia por realizar cambios frente a fracasos anteriores (Schaefer y O'Connor, 1997a).

Para la terapia adleriana de juego, uno de los principales objetivos, es ayudar al niño a reconocer y comprender su estilo de vida. El terapeuta de juego utiliza las siguientes estrategias para ayudar al niño a comprenderse a sí mismo:

1. Realizando interpretaciones. Interpretan las verbalizaciones y conductas para ayudar a los niños a aprender más acerca de sí mismos y a cómo interactuar con otros.

2. Utilizando metáforas. Cada acto de fantasía y cada relato que los niños narran en su interacción con el terapeuta de juego es una metáfora de sus propias

creencias acerca de sí mismos, los demás y el mundo, y cómo se conducen en cuanto a esas creencias y situaciones que están experimentando en sus vidas.

3. Conectando la sala de juegos con la vida real. Una manera de realizar esto, es simplemente hacer notar el paralelismo en las actitudes, sentimientos y conductas que los niños manifiestan en la sala de juegos y aquellos que los demás informan que observan o experimentan por parte de ellos. Al verbalizar la relación entre la conducta y las actitudes que se manifiestan en la sala de juegos y aquellas que se presentan en el resto del mundo, el terapeuta de juego ayuda a los niños a comenzar a realizar la transferencia de las habilidades y percepciones aprendidas en la relación de la terapia de juego.

Por otra parte, en la terapia de juego ecosistémica, los objetivos fundamentales de la terapia de juego, son facilitar la reanudación del desarrollo normal del niño y elevar a máximo su capacidad para satisfacer sus necesidades mientras interfiere lo menos posible con la satisfacción de las de los demás. Para cumplir estos objetivos, el terapeuta de juego debe ayudar al niño a estabilizarse, a “despegarse”. El terapeuta utiliza dos estrategias específicas: proporcionar al niño experiencias alternativas o correctivas y utilizar intervenciones verbales. Casi al final de la terapia, el niño recibirá experiencias correctivas y, por medio de ellas, llega a una comprensión alternativa de su propia experiencia; por lo que de un modo subsecuente, es capaz de participar en nuevas conductas. Después de que se consuman los cambios de la fase de crecimiento y confianza, se generalizarán hacia las nuevas situaciones y se estabilizarán con el tiempo; el niño está listo para la terminación, aquí pueden reactivarse muchos de los problemas que llevaron al niño a la terapia y necesitar que se les encauce una vez más, y a menos que la regresión durante la fase sea masiva, la terminación puede proseguir conforme a lo planeado (Schaefer y O'Connor, 1997b).

Desde la perspectiva cognoscitivo-conductual también se ha recurrido a la terapia de juego; la eficacia potencial de acuerdo con los autores Schaefer y

O'Connor (1997b), de este tipo de terapia puede relacionarse con seis atributos específicos:

1. La Terapia de Juego Cognoscitivo-Conductual (TJCC) integra al niño al tratamiento por medio del juego. El terapeuta puede manejar los conflictos del niño de un modo directo, antes que por medio de los padres o de un adulto significativo.

2. La TJCC se enfoca sobre los pensamientos, sentimientos, fantasías y ambiente del niño. De esta manera, es posible concentrarse en una combinación de factores específicos a la situación (como el ensuciarse), lo mismo que en los sentimientos del niño acerca del problema (por ejemplo, la ira o la tristeza).

3. La TJCC proporciona una estrategia para el desarrollo de pensamientos y conductas más adaptativos. El aprender más habilidades de enfrentamiento positivas y adaptativas se pone de relieve en todos los casos con el empleo de la terapia, y ello se enseña con frecuencia mediante el modelamiento de autoafirmaciones positivas con juguetes y títeres. En el uso clínico, los títeres presentan situaciones que son similares o las del niño, y así modelan estrategias de enfrentamiento adaptativas, lo mismo que una expresión verbal apropiada de los sentimientos.

4. La TJCC es estructurada, directiva y se orienta a la consecución de objetivos. El terapeuta trabaja con el niño y su familia para establecer objetivos, y ayuda al menor a trabajar en pro de ellos.

5. La TJCC incorpora técnicas demostradas de modo empírico. Una de las técnicas más comúnmente utilizada, y tal vez de las más poderosas es el modelamiento. Éste es la base de una buena parte de la terapia, debido a la necesidad de hacer demostraciones de una manera concreta, no verbal y específica a los niños pequeños.

6. La TJCC permite un análisis empírico del tratamiento. Este tipo de terapia proporciona la oportunidad de estudiar los efectos específicos de las intervenciones bien definidas para problemas bien esbozados.

Por último, para la teoría gestalt, los objetivos a tratar dentro del proceso específico para esta modalidad de terapia con niños, es el siguiente:

1. Fortalecimiento del sentido de sí mismo y de la estabilidad del niño. Proporcionar al niño experiencias que estimulen e intensifiquen el uso de los sentidos, es un paso importante hacia la habilitación del sí mismo. La mayoría de los niños que se hallan “trastornados” se desensibilizarán a sí mismos, como una manera de ponerse una coraza y protegerse. Las experiencias con respecto a ver, tocar, degustar, y oler, enfocan una nueva conciencia de los propios sentidos. Las actividades se planean según la edad del niño.

2. Incitación de la expresión emocional.

a) Energía agresiva. El ayudar a los niños a sentir esta energía a partir de un lugar sólido dentro de sí mismo y a estar cómodos con ella es un requisito previo para la expresión de emociones reprimidas. Las experiencias con este tipo de fuerza interna se engloban en un escenario de juego, con la implicación de una interacción plena de contacto con el terapeuta.

b) Expresión de sentimientos. Para ayudar a los niños a que expresen emociones que han mantenido ocultas, lo mismo que a que experimenten y fortalezcan las partes perdidas y estancadas de sí mismo, se utilizan muchas técnicas creativas, expresivas y proyectivas en el proceso terapéutico. Éstas incluyen dibujar, pintar y la realización de collages, así como el uso de alfarería de barro, la fantasía y la imaginación, la narración de historias, la representación con títeres, la cubeta con arena, el teatro creativo, la música, las metáforas, el movimiento corporal, la conciencia sensorial y la fotografía. Muchos de estos medios proporcionan proyecciones poderosas a los niños, la cuales pueden evocar fuertes sentimientos.

3. Ayudar al niño a fomentar el sí mismo. Es un “autonutrimiento” que implica ayudar a los niños a aprender a aceptar las partes de sí mismos que ellos odian y a trabajar hacia los sentimientos de integración y autoestima.

4. Concentrarse en el proceso del niño –en particular en aspectos de su manera de ser en el mundo que puedan ser inapropiados. El objetivo del terapeuta gestalt al enfocarse sobre estas conductas inadecuadas en esta etapa

de la terapia del niño, es proporcionarle la oportunidad de experimentar de un modo completo el sí mismo de su propio proceso.

Como puede observarse, así como existen diferentes aproximaciones que plantean a la terapia de juego, los objetivos de cada una de ellas pueden variar de acuerdo a la perspectiva que tomen en cuenta hacia el desarrollo del niño. Puede mencionarse por una parte al psicoanálisis en el que considera a la terapia como una expresión de simbolismos y deseos reprimidos, lo que a lo largo de la intervención se convierte en un catarsis; para la terapia centrada en la persona la considera como un medio para liberar sentimientos negativos de forma directa; mientras que para la postura adleriana, lo más importante es el reconocer y comprender su estilo de vida; asimismo, para la gestalt es un procedimiento en el que se fortalecen el sentido de sí mismo y de la estabilidad del niño; por otro lado, para la aproximación familiar, es como una forma de educar a los padres para mejorar las relaciones paterno-filiales; y finalmente para la ecosistémica, la terapia ayuda a reanudar el desarrollo “normal” del niño mediante alternativas correctivas. Desde mi punto de vista, a pesar de que en apariencia los objetivos son diferentes, realmente hay una similitud en ellas (a excepción de la familiar, ya que se enfoca más hacia los padres), en la que por medio de la verbalización que es una de las funciones más importantes del terapeuta, se logran estos objetivos, que finalmente son que el mismo niño aprenda por medio del juego a enfrentarse a sus verdaderos sentimientos, y a partir de allí a actuar “adecuadamente” en situaciones que diariamente se le presenten, para que dichos sentimientos no le afecten o le afecten lo menos posible.

5. ALCANCES DE LA TERAPIA DE JUEGO EN EL NIÑO CON MALTRATO A NIVEL FÍSICO.

La terapia de juego hoy en día se considera como una forma de abordaje para ciertos “trastornos” como los efectos del maltrato infantil. Se descubrió que es útil, aunque no esencial, prevenir la cristalización e internalización de los efectos del ataque físico, rechazo y negligencia, así como inadecuadas interacciones padre-hijo en la estructura de la personalidad del niño (Green, 1978; In y McDermott, 1976; en Schaefer y O’Connor, 1997a).

A menudo, la primera etapa de la terapia consiste en ayudar a los niños a dominar los temores causados por el maltrato. El terapeuta debe permitirles repetir dicha experiencia, verbalizar los sentimientos relacionados con su juego y ayudarles a diferenciar en forma gradual el mundo que los rodea en un modo más realista, en lugar de generalizar indiscriminadamente los temores del daño físico.

En la mayoría de las ocasiones en que es aplicada este tipo de terapia, su efectividad es incuestionable, porque independientemente de las situaciones que produjeron el maltrato, y con el apoyo adecuado del terapeuta, ayuda al niño a enfrentarse a distintos sentimientos y por consiguiente, producir una transformación en su personalidad. Esto se confirma con la evaluación que realizó Cohn (1979; en Schaefer y O’Connor, 1997a), en la que de 11 programas diversos de tratamiento para maltrato y negligencia infantil, descubrió que sólo tres proporcionaban tratamiento directo a un pequeño número de niños, entre ellos el de terapia de juego; y de los cuales todos los niños mostraron una mejoría significativa, sin embargo, el éxito con los padres no fue frecuente.

Por lo tanto, a continuación se describen algunos casos en los que se ha manejado la terapia de juego desde diferentes aproximaciones y que fueron exitosas. Dichas terapias se han manejado tanto a nivel individual como grupal.

5.1. Terapia de juego individual.

Cuando es considerada la terapia de juego como alternativa para el maltrato infantil, se recomienda que sea en primera instancia a nivel individual, debido a que la atención que requiere es prioritaria.

A continuación se mencionarán algunos extractos de casos como ejemplos para entender claramente el empleo de la terapia de juego en menores que han sufrido algún tipo de maltrato, y de manera concreta haciendo hincapié al físico. Dichos casos se han tomado de textos como Schaefer y O'Connor (1997) y West (2000).

El tipo de terapia que a continuación se menciona, se genera del **enfoque psicoanalítico**, el cual es expuesto por Mann y McDermott (en Schaefer y O'Connor 1997a).

JOHN.

John, un niño de nueve años quien fue severamente maltratado por su padre alcohólico en forma periódica desde que tenía dos años, finalmente fue ubicado en la casa de su abuela materna cuando en uno de los ataques de su padre le fracturó un brazo. Su madre no sólo era incapaz de protegerlo, sino que también recibía frecuentes golpizas. A John se le ubicó en una clase para niños emocionalmente incapacitados por su conducta agresiva. En la casa de su abuela, atacaba a los niños menores a la más mínima o sin ninguna provocación, casi siempre frente a ella. La primera sesión se desarrolló de la siguiente manera:

“En la primera visita a la clínica, John, un niño de apariencia frágil, saludó al terapeuta flexionando sus músculos y haciendo demostraciones de patadas de karate. Preguntó si el terapeuta quería pelear y éste le explicó que el reglamento del salón de juegos no permitía que él golpeará a John o viceversa. Sin embargo, utilizando los juguetes ambos podían aprender a pelear apropiadamente. En las primeras dos sesiones, el juego del niño fue destructivo y desorganizado. Apilaba

juguetes y los tiraba con bloques gritando: “¡Te dí!”. Algunos bloques parecían dirigidos al terapeuta, por lo general acompañados por una expresión cautelosa en su cara como esperando un contraataque. Sin hacer comentarios sobre la conducta de comprobación, el terapeuta sugirió que quizá John desearía acomodar los juguetes con figura humana y ver si podía pegarles con los bloques. Durante los dos meses siguientes, el juego de destrucción de gente continuó, las figuras eran mutiladas, asesinadas y quemadas, las llamaba “cosas estúpidas”, al separar a los fuertes de los débiles, John eligió una figura masculina adulta (el padre), y la de un niño (él), como los agresores, las víctimas eran niños, las mujeres eran observadores pasivos. John, identificándose con su padres, procedió a representar los incidentes reales en casa. Siguió seleccionando el papel del atacante, pero la víctima con el brazo roto también parecía ser él. Con la ayuda del terapeuta, John empezó a verbalizar los sentimientos tanto del agresor como de la víctima. El agresor era “loco”, “fuerte” y “malo”; la víctima era “tonto” y “miedoso” y “en el fondo muy enojado”. Los sentimientos de vulnerabilidad de John salieron a la superficie cuando la figura del padre cambió su ataque hacia su aliado –el niño. Cuando el terapeuta señaló que el niño debía sentirse muy asustado y engañado, John estaba muy ansioso, no quiso regresar a la terapia y acusaba al terapeuta de querer lastimarlo. Transferir sobre el terapeuta la imagen de los padres es común en el proceso terapéutico, pero aunque el terapeuta no podía prometerle a John una conducta segura con sus padres, sí podía asegurarle que se encontraba protegido de violencia dentro del consultorio, y lo más importante, dentro de éste era seguro expresar los sentimientos temerosos de ira, temor, inseguridad y tristeza por la pérdida de su padre.” (pág. 269)

La abreacción emocional en un atmósfera de apoyo, a menudo, alivia la ansiedad paralizante de estos niños. Cuando esto se domina, sus síntomas, que pueden estar expresados en hiperactividad, impulsividad y agresividad, con frecuencia disminuyen y se puede trabajar para elevar la autoestima y las relaciones objetales distorsionadas del niño.

El juego se basa en el principio del placer ya que cuando jugamos buscamos la satisfacción de una necesidad en el mundo real. En el juego como en el sueño todo es posible. Se logra la transformación de lo pasivo en activo, desplazamos al exterior todos nuestros miedos, nuestras angustias internas para llegar a dominarlas con la acción. El juego según la teoría psicoanalítica sirve para elaborar esos contenidos mentales que nos causan angustia mediante su proyección al exterior, manera de dominarlos y elaborarlos para posteriormente poder interiorizarlos y convertirlos en pensamientos. Este es el fundamento principal de la terapia de juego (Marsellach, 2000).

Ahora bien, los siguientes casos se desarrollaron desde una **perspectiva centrada en la persona**, que postula West (2000).

GEMMA.

Gemma había sufrido descuido y maltrato por parte de su madre, y después de la muerte de esta última en un accidente de carretera y de un par de fracasos en hogares sustitutos, la niña, de ocho años de edad, se encontró en un hogar sustituto a largo plazo. Gemma era una niña brillante y deseaba que la adoptaran, pero problemas de aprendizaje en la escuela más periodos de conducta infantil y violenta se ponían en su contra. Una gran parte de su infancia temprana había transcurrido en instituciones debido al estilo de vida vagabundo de su madre. Gemma había estado algunas veces en el hospital a causa de un misterioso síntoma digestivo.

Las observaciones que se realizaron en la primera sesión que se presentó fueron las siguientes:

1. La primera cosa que Gemma tomó fue el bebé, así que aquí puede ser donde reside el trabajo.

2. Gran énfasis en ordenar el desastre. Esto puede estar en el filo de lo compulsivo ¿una defensa contra su caos interior?
3. Gemma protestó contra las armas, la arena mojada y las pinturas. De nuevo, quizás esto represente dónde reside el trabajo. ¿Existe una parte de ella que niega el elemento caótico interno que, de acuerdo con la referencia, explota algunas veces?
4. Es posible que el caos interior se ejemplifique en su pintura que va de acuerdo con su personaje limpio y presuntuosos, un exterior limpio pero con un interior revuelto.
5. Aunque en ciertos aspectos es un poco mayor para su edad, Gemma parece ser excelente para brindar cuidados. La conversación que tiene con sus muñecas es en un tono dulce y amable.
6. La terapeuta sospecha que está sobrecompensando y que ella misma necesita muchos cuidados.
7. La terapeuta comenta que quedó sorprendida por la manera en que manejó la fase de terminación de la sesión, de hecho representó en el juego final que a sus “niñas”(muñecas) ya les había avisado que se iba a ir de vacaciones. Con esto se puede decir que debe haber tenido muchos finales en su vida. La terapeuta considera que lo hizo con bastante cariño, aunque se sorprendió por la magnitud de esta parte del juego.

8. Su comentario final fue que hacía “mucho frío afuera”.
9. Gemma jugó sola creando muchos roles, pero la terapeuta se sintió incluida aunque a distancia.

ANDREW.

Un niño potencialmente capaz, Andrew de siete años, se encontraba en su hogar pero sus padres decían que no podían lidiar con él. Mentía, tenía fobia a la escuela y robaba. Exhibía muchos síntomas psicósomáticos y tenía periodos de retraimiento casi total. La etapa inicial de la vida de Andrew se había visto perturbada por la dificultad de su madre para establecerse y por su enfermedad crónica y a veces grave, que implicaba que Andrew fuera admitido con anterioridad en muchas ocasiones en hogares sustitutos durante periodos cortos. Se decía que su padrastro era injustamente estricto.

“En la primera sesión, Andrew examinó el cuarto, se quitó el abrigo y escarbó en la arena. Desempacó una caja de coches, escogió un helicóptero: “Yo tenía uno de éstos y los rompí”. Me disparó desde un extremo de la habitación; entonces, aparentemente al azar, disparó por la ventana. Fue al rincón hogareño. Regresó los vehículos al cajón de arena. Exploró más el cuarto comunicándose conmigo a través de sus ojos. Me preguntó acerca del edificio en el que estábamos, después regresó al cajón de arena. El juego iba del rincón hogareño a la arena. Después hubo más exploración del equipo de juego.

Con cuidado, Andrew seleccionó un autocamión y lo estrelló contra otros coches. Unió varios vagones y jugó con un tanque, con gran gusto. Parecía estar emocionado y guardó carros en la cochera haciéndolos estrellarse desde el techo de la misma.

Más juego tranquilo en el rincón hogareño. En otra parte del cuarto se sentó viendo alrededor. Se dio mucho juego de mescolanza de agua y arena.

Una mirada de decepción acercó la sesión a su fin. Tenía una bebida, colocó de nuevo los coches dentro de la caja y virtió más agua en la arena.

Preguntó si se podía llevar un tanque a casa y se le dijo que los juguetes del cuarto de juego tenían que permanecer allí” (West, 2000; pág. 63).

De lo anterior la terapeuta observó lo siguiente:

1. Quedó impresionada con la tranquila confianza interior de Andrew. Gran parte del tiempo estuvo absorto, hablando en voz baja. No pareció “necesitarla” (a la terapeuta) activamente.
2. Los temas principales parecen ser:
 - Carros dentro y arriba de la cochera, una secuencia de chocar los coches, cinco en total. ¿Éstas son partes de su familia? ¿O trozos de él mismo que quiere chocar?
 - La pistola. Disparó al terapeuta en un principio. Al final de la sesión se encontró la pistola enterrada en la arena. ¿La agresión (o temor, o lo que sea que la pistola representa) puede contenerse? ¿O necesita enterrarse?
 - Mucho juego con arena, en realidad la usó, la empapó. Colocar los dos elementos juntos fue extremadamente fascinante para él.
 - Aunque había visto los pequeños refrigerios, no se ocupó de ellos sino hasta el final de la sesión, cuando se llevó un panecillo (y había querido llevarse un tanque) a casa.

Andrew tenía un lenguaje adecuado y parecía sentirse a gusto con su terapeuta de juego, pero no verbalizaba gran cosa. A través de observaciones cuidadosas y silenciosas, el estar disponible cuando se le requería y escribir notas detalladas, la terapeuta hipotetizó lo que estaba ocurriendo. Aunque se escribe en incisos aparte acerca de coches, animales y pueblos de juguete, éstos pueden verse como aspectos de un problema nuclear, que es la relación con su padrastro.

Los temas de su terapia de juego tenían que ver con asuntos de poder él mismo contra su enorme y enojado padrastro, que se representaba simbólicamente a través del juego con coches y animales salvajes; y con la

integración y camadería, demostrados por la manera en que utilizaba tales juguetes.

A medida que progresaba su juego, la utilización que hizo Andrew de un coche amarillo y uno rojo y crema se volvió cada vez más interesante. En la primera sesión, jugó con coches en la arena y en una cochera (una casa de coche). Derrumbar el techo de la cochera se volvió un rasgo común y la terapeuta de juego se preguntaba si él podría haber sentido que su casa estaba a punto de derrumbarse a su alrededor. En la segunda sesión, eligió un auto amarillo, que después se pensó que representaba el automóvil amarillo de su padrastro. El coche amarillo exploró el cuarto de juego y en particular la casa de muñecas, en donde con frecuencia chocaba contra montones de muebles.

Un coche rojo y crema apareció en la cuarta sesión y, como el coche amarillo, embestía los muebles de la casa de muñecas. Se hizo la suposición de que el coche rojo y crema podía simbolizar a Andrew que quería imitar a su padrastro. En la siguiente sesión, Andrew le disparó al coche amarillo y el coche rojo y crema corrió con libertad por los alrededores, embistiendo contra un gran grupo de animales. Colocó ambos coches dentro de la cochera, aunque pronto el amarillo colgaría sobre un gran precipicio. Posteriormente, éste atropelló las casas del pueblo.

Una semana después, el coche rojo y crema circuló entre el pueblo de juguete y los animales de granja, el coche amarillo también circuló entre las cosas y ambos carros fueron uno junto al otro. Ya no había tal necesidad de enfrentarse y chocar, de dominar y ser dominado; los coches circulaban con cuidado y de manera armoniosa.

En la novena sesión, los coches se presentaron uno junto al otro, pero en esta ocasión el coche rojo y crema se estrelló contra el coche amarillo (hipotéticamente, ahora Andrew podía soportar hasta cierto punto a su padrastro). Después, el coche rojo y crema fue libre de circular sobre algunos animales de granja y se encontró con animales salvajes. Fue a la cochera y le brindó una rápida visita al coche amarillo volcado.

A la semana siguiente, el coche rojo y crema estaba en la cochera y, más tarde, Andrew hizo un camino en la arena para el color amarillo; se encontraba preparado para ayudar al coche amarillo a progresar en su mundo.

En la onceava sesión, Andrew le disparó al coche rojo y crema. Los dos coches circularon juntos, se afianzaron a un tractor y manejaron juntos de nuevo. Otros aspectos de su juego sugerían que Andrew estaba internalizando el simbolismo de los coches, así que no los usaba mucho dentro de su juego. Finalmente, el coche rojo y crema se subió en el amarillo empujándolo fuera del camino. Los dos vehículos corrieron juntos y se hicieron caminos separados para cada uno. Los metió en la cochera y colocó personas dentro del coche amarillo.

Andrew utilizó por primera vez animales en la cuarta sesión. Una vez que el coche amarillo cristalizó como representación de su padrastro, tuvo que luchar con sentimientos menos tangibles (no sólo acciones) de opresión, impotencia y lucha por el equilibrio que parecían representarse en su juego con animales.

El juego con animales se centró alrededor de la serpiente y de poderosos animales salvajes. “Muerta”, dijo cuando un gran elefante aplastó a la serpiente. Después, la serpiente asumió mucho del papel del coche amarillo, ya que también exploró el cuarto de juego y, en la sexta sesión, Andrew la unió al coche amarillo y trató de integrarla con él.

En la séptima sesión el coche rojo y crema recibió energía de un gorila que se colocó sobre su techo y una familia de patos se puso dentro del coche.

A la semana siguiente, los animales y la serpiente fueron apilados en la grúa. La pantera (que simbólicamente salva del “mal” al dragón) fue colocada en el montacarga, después de la cabina. Quizá lo peor había pasado.

En la doceava sesión, la serpiente corrió alrededor del pueblo de juguete y se metió dentro de la grúa, su trabajo ya estaba hecho. Andrew levantó al gorila y un elefante grande con uno pequeño estuvieron trompa con trompa. “Uno es grande y otro chico”, señaló mostrándolos a la terapeuta de juego. Ella supuso que esto podría indicar reconciliación, un encuentro entre contrarios, entre padrastro e hijastro. Andrew colocó a los animales salvajes en la grúa, llevándolos

a la cochera donde los paró en el techo, y con cuidado enrolló a la serpiente entre ellos. No había necesidad de pelear o caer. Todos estaban a salvo.

La sesión final mostró a Andrew haciendo un intento por equilibrar a la gallina y los pollitos, el pato y los patitos sobre el molino. El equilibrio de la familia parecía ser su preocupación.

Después de unas cuantas sesiones de juego, la asistencia de Andrew en la escuela había mejorado y las quejas en casa disminuyeron.

POLLY.

Polly, de seis años, un dínamo de niña, se encontraba en un hogar sustituto en espera de que la adoptaran. Cuando era un bebé sus jóvenes padres la habían descuidado y abandonado, y con el tiempo se le regresó con su madre y su nuevo padrastro. Se readmitió a Polly bajo custodia después de sufrir un violento ataque por el cual se enjuició a su madre. Existía la sospecha, que no pudo comprobarse, de que su padrastro había abusado sexualmente de ella. Polly tenía fuertes sentimientos encontrados acerca de su madre, odiaba a su padrastro y experimentaba relaciones inestables con compañeros de su edad y adultos. Presentaba síntomas psicósomáticos que incluían una erupción virulenta y lo que Polly describía como “dolor de corazón”. Era imprevisible con los niños más pequeños ya que vacilaba entre ser maliciosa, competente y cuidadosa.

Aquí se describe la primera sesión:

Polly brincó por todo el cuarto. Pidió ir a ver el edificio y después regresar a terminar de jugar. Estuve de acuerdo para que ella verificara que no era un hogar infantil o un hospital disfrazado. Polly quiso llevarse una muñeca en su recorrido por el edificio y la envolvió en una manta. “¿Puedo llevarme la bolsa? Podría no gustarle si va sola. Y una pluma azul para que pueda escribir a dónde vamos. ¡Ah, caramba!”, dijo cuando soltó una frazada de ropa de cama. Inspeccionamos el local. “Al bebé le gusta”. De regreso en el cuarto de juego Polly puso al bebé en la cuna. “Fue bonito, ¿no crees?”

“No seas un bebé, tenemos una”, ordenó en tanto recogía una muñeca. Seleccionó a “Tootles the Taxi” para leérmelo después. Mientras asía a un osito de peluche, Polly me dijo que era la mamá y me pedía a mí, la hermana mayor, que le encontrara su bolsa. Después se volvió la dependienta de la tienda.

En el rincón hogareño, Polly me dijo que pronto sería hora de la cena. Después pidió materiales para escribir. “¿Qué quieres que escriba?” preguntó. “Ve a la cama y Santa vendrá a las 3 de la mañana. Te arroparé cuando haya acabado lo que escribo.” Esta enojada conmigo (el bebé) y amenaza con irse de la casa si no me comporto. Prepara la cena y le cuenta a alguien en el teléfono acerca de Santa Claus. Más juego con comida. Lleva al bebé a la cuna, hacia donde yo estoy, además de comida para todos nosotros. Es de noche y nos vamos a la cama.

Estos son los comentarios acerca de la primera sesión y del desarrollo general de la terapia:

1. Después de revisar el edificio, Polly fue sorprendentemente rápida en entrar al “trabajo”.
2. Parece que Polly trabajará tanto en su sí mismo de bebé, en parte de manera directa y en parte a distancia (a través de convertirme en bebé), como en sus experiencias al recibir atención materna.
3. En ocasiones necesitó afirmar el poder y control sobre su ambiente.
4. La terapeuta sospecha que representará por medio del juego muchas de sus experiencias tempranas.

Aproximadamente una semana después, Polly le sirvió algo de cenar a la terapeuta (pescado y papa), le preguntó si podría arreglárselas para comer con la cuchara mientras que Polly alimentaba a los bebés. En la siguiente sesión, después de haber dicho que sería el bebé y la terapeuta de juego la mamá, Polly tendió una cama y después, durante un corto tiempo, le pidió a la terapeuta que la cargara y la alimentara. Entonces, Polly “cayó por las escaleras” y lloró tirada en el piso, pero no esperaba que la recogieran. También jugó a que la tiraban. A

veces se tendía en un cojín tomando un biberón y dando patadas cada vez con más enojo. Durante los episodios regresivos, Polly utilizaba balbuceos y ruidos de bebé. Se sentaba en la rodilla de la terapeuta mientras veía “El primer libro del bebé”, de manera gradual tomaba libros más avanzados y rompecabezas correspondientes a su “crecimiento”. En una cierta fase gateó. “Haz como que me voy haciendo más y más grande... imagina que de nuevo soy pequeña”.

La terapeuta de juego sentía que Polly había creado una experiencia de renacimiento. Después de este episodio la intensidad del enojo del juego madre/bebé desapareció.

PETER.

Peter, de seis años, se encontraba bajo custodia institucional, después de haber tenido una vida temprana paupérrima con una madre dominada por la droga. Una de las parejas de su madre había abusado sexualmente de él lo mismo que un niño mayor en su segundo hogar sustituto. Peter estaba indignado ante otro cambio. Se encontraba en riesgo de sufrir una suspensión en su nueva escuela, se ensuciaba, se orinaba y destruía el hogar infantil y tenía problemas alimenticios

Durante la primera sesión, Peter se puso una gorra de policía y sugirió pelear, pero lo último no sucedió de inmediato. Jugó a que me tomaba fotos, después creó una gran cuesta y tuvimos que hacer subir un auto a gran velocidad. Entonces nos lanzamos el auto, uno al otro por el piso. Esto se siguió de intensas luchas con espadas y pistolas y nos arrojamos cojines uno al otro.

Peter encontró cinco vehículos y los colocó en el cajón de arena. Tuve que hacer un camino. Identificó el coche más chico con un niño pequeño; el “niñito” y otros autos estaban atrapados y tuvimos que ayudarlos. “Haz de cuenta que el niñito está enterrado”. Peter identificó dos grúas, una era un “auxiliar” para él mismo y yo tenía una como “auxiliar”. Se rescató a los vehículos enterrados, pero se les

volvió a enterrar y en esta ocasión el auxiliar los alineó sanos y salvos. “Ya acabé con eso”. Hizo grandes salpicaduras de arena destinadas a alcanzarme. “¿Te di? Bien”.

Peter se resbaló y se golpeó la rodilla, entonces lloró como un bebé y se quejó de haberse raspado. Con seriedad le apliqué los primeros auxilios a la zona lastimada y me di cuenta de que estaba trabajando sobre mugre y una vieja cicatriz! Jugó con la cochera.

Comentarios:

Peter utilizó la sesión de manera efectiva. Las principales impresiones que tuvo la terapeuta fueron:

1. Enojo, mantenido dentro de los límites, pero necesita poder desahogarlo y quizá con el tiempo nombrar con qué o con quién está enojado.
2. Pareció que en el cajón de arena Peter bosquejó su problema. Se identificó con el auto pequeño que estaba en peligro de hundirse, de ser enterrado, atajado. Con un auxiliar y algo de ayuda por parte de sí mismo, pudo salir. Antes, en la sesión, había hecho que los autos intentaran subir por cuevas imposibles –pero al menos podían moverse y no se descompusieron.
3. Hubo un elemento regresivo y una parte en la cual se sintió herido y que necesita atención. También juega de manera adecuada a su edad.
4. Utilizó a la terapeuta de manera directa y probablemente sacaría mucho de su enojo y dolor con ella.

Peter se cayó dos veces en el cuarto de juego; en ambas ocasiones lloró de manera desesperada y exagerada durante aproximadamente 20 minutos y se le tuvo que mecer y tratarlo como a un bebé. Aparte de otras cosas que dijo e hizo, parecía que lloraba por sí mismo y por la pérdida y confusión acerca de su propia madre. Otra señal de su regresión era el extremadamente pantanoso juego en la caja de arena, jugar de esa manera también pudo haberlo ayudado con sus problemas de defecarse y orinarse. Después, su juego de ensuciar se extendió hasta el grado en que la terapeuta tuvo que imponer límites, entonces él

representó a través del juego a un bebé llorón. En el juego con la casa de muñecas, el asustado bebé tuvo que cuidar de sí mismo ya que en gran medida las figuras paternas los ignoraban. A veces la terapeuta de juego era el bebé y Peter el padre cruel, inconsistente y enojado.

Por otro lado, desde la **teoría gestalt**, la ejecución de la terapia también ha sido exitosa.

JULIA

Julia, de 10 años de edad, sufrió durante varios años de agresión sexual y maltrato físico antes de revelarlo. Ella caminaba con rigidez, con los hombros encorvados y tenía una escasa conciencia de sus sensaciones corporales. A pesar de que evolucionó en la terapia, la postura de su cuerpo permanecía igual. Algunas actividades de movimiento corporal y conciencia del cuerpo ayudaron, pero la mayor mejoría sucedió después de que se canalizó a Julia a un grupo terapéutico de movimiento corporal.

La niña, quien nunca había tenido algún control sobre su vida y, de hecho, se había convertido en alguien completamente carente de poder, después de algunas semanas en la terapia, comenzó a tomar el control de las sesiones. Ella inventó juegos con una pelota blanda; dirigió varias actividades de juego, como las de ir a la escuela, al doctor, y al restaurante, orientando al terapeuta acerca de su función y diálogos dentro de los juegos. El terapeuta, con energía, se sometió a las instrucciones de Julia, en mucho debido al obvio deleite de la niña. Aunque se trataba de una situación de juego, Julia parecía recrearse en su poder y su control dentro de los límites del mismo, lo cual fue una experiencia nueva y valiosa para ella.

En primera instancia, una de las características en la terapia, es la presencia de conductas que pueden llegar a ser problemáticas en las relaciones familiares o escolares, como la hiperactividad, la impulsividad, la agresión, o en caso contrario, la excesiva introversión; o por ejemplo en el caso de Gemma que ordena el “desastre”, es un elemento compulsivo. Según West (op. cit.) éstas pueden ser causas de un intento de agradar a sus padres, tratando de cumplir las expectativas erróneas, o como una defensa de las demandas que le imponen sus progenitores; de cualquier manera las conductas se presentan tal vez con el objetivo de impedir un regaño o un golpe, o caso contrario una indiferencia.

Al respecto Schaefer y O'Connor (op. cit.) mencionan que cada niño tiene formas propias para enfrentar un ambiente de maltrato, por lo que es necesario definir y tratar áreas comunes de tipo psicológico que pueden resumirse como sigue:

1. Temor al ataque físico que conduce a la depresión y ansiedad. Esto dispara defensas de agresión, desconfianza y problemas con el control de impulsos.
2. El fracaso para cumplir las expectativas distorsionadas de los padres conduce a relaciones objetales defectuosas, luchas por la dependencia, internalización de una autoimagen de “niño malo” con baja autoestima. Aumenta la depresión existente.
3. Dificultad para lograr la separación y autonomía. El niño se mantiene “escondido” entre el yo y los demás, es totalmente bueno o malo, basado en experiencias de ser recompensado en forma alterna o rechazado de manera impredecible y en forma arbitraria.
4. Los múltiples rechazos, ubicaciones fuera de casa, incluyendo hospitalizaciones, prolongan y aumentan la ansiedad de separación y la ambivalencia sobre el apego a los cuidadores adultos.

Así también, en todas las sesiones se hacen notar las “representaciones” que realizan, cuando juegan con la casa de muñecas, o con algún otro tipo de juguete (como fue el caso de Andrew, con los coches) que personifica en muchas ocasiones el ambiente familiar en el que se han desenvuelto. A lo largo de las sesiones, el terapeuta con ayuda de la verbalización, hace que el menor reconozca sus sentimientos y a partir de ello, se traten, esto conlleva a exteriorizar lo que sienten y piensan hacia las personas con las que conviven, para que finalmente focalicen su sentir únicamente en los juguetes. Así, según Axline (1996) el juego se considera como un medio natural de autoexpresión, en el que el niño tiene la oportunidad de actuar todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión.

El poder actuar estos sentimientos por medio del juego hace que emerjan a la superficie expresándolos abiertamente, así el niño puede enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos. Cuando logra alcanzar una relajación emocional empieza a darse cuenta del poder interno que tiene para ser un individuo con derechos propios, de poder pensar por sí mismo y tomar sus propias decisiones, de lograr una mayor madurez psicológica; y al hacerlo llega a realizarse plenamente

Otros elementos útiles que se presentan en la terapia de juego, son las regresiones (casos como Peter y Polly); una regresión terapéutica con frecuencia se considera valiosa (Fordham, 1978; en West, op. cit.) y es un término que se utiliza cuando los niños retornan a formas conductuales anteriores; un niño de seis años puede actuar como un pequeño que comienza a caminar, uno de 10 años como un bebé. Algunos niños presentan regresión cuando las presiones son excesivas o cuando han enfrentado un evento o pérdida traumáticos y vuelven a conductas y actitudes de un periodo en el que se sentían más seguros y con menos demandas. Otros regresan debido a la necesidad de volver a experimentar una fase del desarrollo que no se manejó de manera adecuada en su momento.

El juego de arena, provee un herramienta que no solo facilita la terapia, sino que también nos brinda una forma de estudiar el proceso de crecimiento y curación. El juego con arena con frecuencia lleva a niveles inconscientes y es una manera única de ayudar al niño a que exprese temores y fantasías que de otro modo son huidizos y de fácil definición (Irwin, 1983; en West, op. cit.). El niño utiliza ambas manos, por lo cual emplea ambos lóbulos cerebrales y no se requiere de habilidades especiales.

Otro tipo de juego que se maneja es el de rol, en el que expresan sus necesidades e impulsos internos. En este tipo de juego, las relaciones entre los dos “protagonistas” pueden volverse muy “reales” a medida que se comparten experiencias.

El juego en la casa de muñecas puede ser muy revelador. Las muñecas llenan cierta cantidad de roles. Los niños pueden jugar de manera realista, colocando muñecas en la cama, dándoles de comer, llevándolas de paseo y demás. En algunos casos, los niños usan el muñeco bebé para expresar la parte de bebé propia. Lo que le hace el niño al bebé (muñeco) puede que sea lo que se le hizo a él cuando era un bebé o lo que vio que alguien más le hacía a un bebé, o el cumplimiento de un deseo; y con frecuencia es una sobrecompensación de lo que el pequeño hubiese deseado que le pasara a la parte de bebé de sí mismo. En una de las primeras sesiones, Andrew había arrojado un coche amarillo (que es probable que simbolizara a su padre) a la cuna de un muñeco bebé, pero cinco sesiones después cuidaba del mismo muñeco. Esta alteración en la conducta hacia el muñeco sucedió aproximadamente al mismo tiempo en que Andrew comenzó a aceptar a su padrastro.

A partir de estos ejemplos, se pueden apreciar en primer lugar las dos funciones principales de la terapia que es la evaluación o detección, en este caso del maltrato, y ya propiamente la función de intervención. La primera intención de la terapia es que el niño tome sus propias decisiones acerca de qué jugar, ya en esta tarea la diferencia del papel de cada terapeuta se hace presente, para la psicoanalítica el objetivo es darle interpretaciones acerca de las acciones sobre

todo las más frecuentes que el menor presente; para el enfoque centrado en la persona, es reflejar las acciones en el transcurso de la terapia, con el objeto de que el niño se de cuenta de lo que hace y siente; mientras que en la gestáltica, se introduce primeramente al niño con dibujos, para que posteriormente poco a poco el menor decida qué hacer.

Desde las demás aproximaciones, de la bibliografía revisada, no se encontró ningún caso o investigaciones concretas.

5.2. Terapia de juego en grupo.

En la terapia de juego grupal, una de las intenciones de introducir al niño, es que se integre y pueda ser un niño sociable, pueden aprender a entablar relaciones y así también dar pauta en algunas ocasiones a la terminación del proceso psicoterapéutico, por lo que este tipo de terapia se recomienda que se ejecute ya después de algunas sesiones individuales.

Empero, en el siguiente ejemplo que se relata, propiamente la función fue de detección; éste está enfocado desde la teoría centrada en la persona, ya que de acuerdo a la información revisada, es la única que la sugiere explícitamente (West, 2000):

Dos líderes grupales trabajan durante 10 sesiones con cuatro niños de seis y siete años que tenían problemas sociales y educativos. ¡Los niños formaron un grupo diverso! Stuart olía mal, tenía una apariencia un poco singular y era un tanto retraído. Había sido un bebé golpeado y se sorprendía de modo conmovedor cuando sucedía cualquier cosa buena. John era un niño extrovertido, ruidoso y agresivo que tomaba al mundo por los cuernos. Narinda era una niña callada pero sociable, y Amarjit era obsesiva con respecto a la limpieza y al orden, constantemente se lavaba las manos y arreglaba las cosas.

Las sesiones fueron plenas y, en cuanto a los terapeutas del grupo, también demandantes. Cada niño expresa sus necesidades, fortalezas y debilidades

individuales. Las niñas silenciosas se volvieron más expresivas y confiadas, y hubo ocasiones en que el enojado John era suave y gentil. Hacia el final, Amarjit se deleitó en jugar con una mezcla de arena y agua. Las personas que hicieron las referencias realizaron comentarios positivos acerca de los cambios que percibían en los niños y el grupo parecía haber constituido una experiencia que había valido la pena.

Los líderes del grupo sintieron que Stuart necesitaba continuar con la terapia y, después de que el grupo se terminó, estaba rebotando de alegría al descubrir que se reuniría con una de las terapeutas del grupo para trabajo individual (no se le había dicho antes de que finalizara el grupo porque se sintió que ello podría destruir la dinámica del proceso de terminación).

Este ejemplo nos brinda un panorama general de lo que la terapia de juego puede lograr en las diferentes problemáticas que presentan los infantes. En algunos no se tiene conocimiento de que exista un maltrato físico hacia el menor, pero es importante señalar que de acuerdo a la lectura de capítulos anteriores, las consecuencias y las manifestaciones de un niño maltratado físicamente, son diversas.

Aunque tal vez existan niños que son incompatibles, por lo regular los grupos incluyen niños con una variedad de problemas ya que esto contribuye a que éstos se expongan a una diversidad de conductas. Los grupos en que todos los niños son retraídos o hiperactivos tendrán su propio ímpetu, pero es más probable que se alcance un mejor equilibrio terapéutico si hay una mezcla, incluyendo uno o dos niños razonablemente estables quienes con frecuencia son una influencia útil y, en general, permanecen “sin contaminación” por parte de niños con problemas más obvios.

Con frecuencia, los niños menos problemáticos y aquéllos con problemas conductuales y sociales funcionan bien dentro de un grupo desde el principio. Si el grupo se equilibra y se elige con cuidado, los niños aprenden unos de otros y se adaptan a sus “hermanos” tanto como a las figuras paternas. Los miembros del

grupo reciben retroalimentación de sus contemporáneos a la vez que la proporcionan a éstos, y se alentará a cada niño a adaptarse a las normas grupales, no importa qué tan “permissiva” sea la atmósfera. Los niños aprenderán nuevas conductas, responderán ante ellas y las someterán a prueba con sus “hermanos” mediante asignar roles para sí mismos y para otros niños con los que, de manera sorprendente, reflejan los problemas de cada uno de ellos (West, op. cit.).

En general puede decirse que el cuarto de terapia de juego es un lugar que propicia el crecimiento. Dentro de la seguridad de este cuarto en donde el niño es la persona más importante, donde él controla la situación y a sí mismo, donde nadie le dice lo que debe hacer, nadie lo critica, nadie lo regaña ni sugiere o lo obliga y nadie se entromete en su vida privada; siente, de momento, que ahí puede extender sus alas y verse frente a frente, ya que es aceptado por completo. Puede probar sus ideas y expresarse abiertamente, pues este es su mundo en donde no tiene que competir con otras fuerzas tales como la autoridad del adulto o la rivalidad de otros niños, o también situaciones en donde se le toma como instrumento en el juego entre dos padres quisquillosos o se convierte en el blanco de las frustraciones y agresiones de otra persona. Ahí es un individuo con sus propios derechos y se le trata con dignidad y respeto. Puede decir todo lo que se le venga en gana y seguir siendo respetado plenamente. Puede jugar con los juguetes de la manera que él quiera y aceptársele del todo. Puede odiar, amar o ser tan indiferente como una estatua, y seguirá siendo aceptado. Puede ser rápido como un remolino o lento como la melaza, mas no se le limitará ni se le apresurará (Axline, op. cit.).

Schaefer y O'Connor (op. cit.) comentan que la meta de la terapia de juego es ayudar a los niños a dominar las múltiples tensiones del maltrato y la negligencia, y corregir o prevenir desviaciones en el desarrollo psicosocial futuro.

El niño que es atacado por el padre de cuyo cuidado es tan dependiente, puede tener que estar en guardia constante para prevenir los ataques. La

hipervigilancia y el sobresalto son algo común en estos niños. El esperar ser lastimados se generaliza, cualquier persona, incluyendo a los compañeros, se percibe como peligrosa, si alguien se acerca al niño éste puede atacar para defenderse contra una lesión esperada. Para muchos niños maltratados las interacciones violentas que tienen con sus padres se vuelven la principal o única relación que conocen. Con el fin de mantenerse en contacto pueden provocar el maltrato una y otra vez y desarrollar un patrón de relación autodestructivo y masoquista. Otros se identifican con el agresor poderoso para desviar los sentimientos de desamparo y ansiedad, y parecer duro, controlado y violento como sus padres.

La repetición de patrones sadomasoquistas o la identificación con el agresor pueden perpetuar la conducta que busca el maltrato en la vida real, inclusive después de que se suspenda. El objetivo de la terapia de juego es, primero, ayudar a estos niños a dominar su “traumato-fobia” y después abandonar los patrones que tienen la probabilidad de invitar al maltrato o rechazo.

La mayoría de los niños que asisten a terapia, tarde o temprano mostrarán temor de que el terapeuta los lastime o abandone como sus padres lo hicieron. Por lo tanto, es importante que desde el principio, el terapeuta les asegure que no serán lastimados físicamente. Debe establecer límites –a nadie se va a lastimar-. Por otro lado, los conflictos sobre la agresión pueden expresarse libre y seguramente con las figuras de la casa de muñecas.

5.3. Una propuesta de intervención en la terapia de juego en niños con maltrato físico.

A partir de lo documentado, el objetivo de este último punto, es proponer un procedimiento para la realización de la terapia de juego dirigido a niños que hayan sufrido maltrato a nivel físico.

Dicha propuesta, está basada esencialmente en la terapia de juego individual centrada en el cliente, como intervención terapéutica, esto es porque desde mi perspectiva es una de las terapias que más acercan al menor a su realidad en el sentido de que no existe un forcejeo aunque sea ligero, para que él exprese y refleje su vida cotidiana. Aunque si bien en la información de la presente tesis, cuando se menciona este tipo de terapia, no se sugiere una metodología en específico, creo que es necesaria para que el que la practique, tenga una referencia y se definan exactamente sus objetivos y obtenga un mayor conocimiento de cómo va a trabajar.

SUJETO

Edad. En primera instancia, esta propuesta se dirige a niños en edad preescolar (4 a 6 años), ya que según Schaefer y O'Connor (1997a), es la edad más apta en específico para niños que hayan sufrido maltrato. Además, dado que se trata de jugar, es en esta edad en la que el niño invierte la mayor parte de su tiempo en esta actividad, por lo que no le será tan extraño esta condición en el momento de una intervención.

Condiciones Ambientales. De acuerdo a lo revisado, para el tipo de terapia que se maneja, se recomienda que el niño deba de estar en un hogar seguro, o al menos en un ambiente en el que el maltrato ya no se presente. Por lo que este tipo de terapia se dirige a niños que sufrieron maltrato físico, y que actualmente ya no están expuestos a esto.

MATERIALES.

Casa de muñecas, un par de teléfonos de juguete (con el objeto de que la verbalización no sea tan directa y por consiguiente amenazante), biberones, trastos, muñecos de trapo, títeres, carritos, una mesa, sillas, pinturas (digitales), plastilina, juegos de construcción (piezas para armar). De acuerdo con los autores anteriormente mencionados, la mayoría de los niños maltratados son muy concretos y se confunden con facilidad si sólo encuentran disponibles materiales

de juego ambiguos como barro, papel maché o inclusive lápiz y papel para dibujar, por lo que las plastilinas y pinturas, se recomiendan para las sesiones posteriores. Tampoco es viable utilizar juguetes que contengan un poderoso significado simbólico explícito en sí, como material de guerra (soldados, tanques, pistolas y cañones).

ESCENARIO.

Lo más recomendable es que se tenga disponible un cuarto exclusivo para juego; sin escritorio, libreros, teléfonos o cualquier otro tipo de mueble o aparato que sea delicado. El salón debe de ser lo suficientemente grande para permitir al niño retirarse a una esquina si no pudiera tolerar la cercanía física del terapeuta.

TIEMPO ESTIMADO.

De acuerdo con West (2000), las sesiones de juego de terminación abierta dependen de la edad del niño y de la gravedad de la situación. En este caso, en referencia a los años y la salvedad de que son infantes con un problema en ocasiones muy grave, la sugerencia es de 2 hasta 6 meses, en sesiones semanales de dos horas cada una.

PROCEDIMIENTO.

1ª Fase. Se desarrolla en esta etapa la introducción al niño maltratado a la terapia de juego y la presencia de la empatía. Generalmente, el niño debe de ser capaz de jugar con sus conflictos en forma creativa con la capacidad hacia una creciente autoconciencia, lo que le ayuda a modificar patrones de relaciones en una forma más independiente y adaptativa. Empero, en algunas ocasiones y primordialmente con niños maltratados, a menudo tienen graves deficiencias en el control de impulsos, prueba de realidad y relaciones objetales, y con frecuencia se cree que no se beneficiarían gran cosa con la terapia de juego. Esto conlleva a enunciar que algunos niños nunca aprendieron a jugar. Por lo que en esta fase si es necesario, el terapeuta tendrá que enseñarle a jugar, estimulando la

imaginación y la creatividad. Si bien, el objetivo de la terapia centrada en el niño, es “no directiva”, en ocasiones es necesario guiar al menor cuando esta situación se presente. Los juguetes a emplear preferentemente son la casa de muñecas, los muñecos de trapo, los carritos, y tal vez dependiendo del caso las pinturas y plastilina, con el objeto de utilizarse para la fomentación de la creatividad. Esto, puede realizarse hasta la tercera o cuarta sesión.

2ª Fase. En el desarrollo de la terapia pueden presentarse regresiones y dependencia. Esto puede ser debido a que dado que en el ambiente familiar tal vez nunca fue cuidado debidamente, no tenía atención por parte de sus progenitores, y en ocasiones tenía responsabilidades al parecer maduras, como el cuidar de los demás hermanos, limpiar, cocinar. Por lo que en un principio puede parecer independiente, empero a lo largo de las sesiones estas regresiones y dependencias pueden surgir; debido a la misma actitud que el terapeuta toma en cuanto a la aceptación del propio niño, a la larga se sentirá seguro y protegido. Así, en ocasiones puede que se comporte como un bebé (de ahí la necesidad de los biberones), o en juego de roles, si primero había tomado el papel de padre o de alguna autoridad, posteriormente lo hará tomando el del hijo y el subordinado. Puede presentarse de la cuarta a la octava sesión y en ocasiones durante toda la terapia que de acuerdo con Axline (1996), en algunos casos que comenta, los niños después de algunas sesiones se hizo “costumbre” que primeramente tomaban los biberones y conforme se desarrollaba la sesión, adoptaban otros papeles; finalmente en la última sesión o sesiones le quitaron el chupón y tomaron el agua directamente del envase. Cabe señalar que es importante la tolerancia a estas actitudes sin juzgar, y únicamente reflejar sus sentimientos y conductas.

3ª Fase. Aquí surge con mayor detenimiento la confrontación y aceptación de sentimientos. Esto es debido a que los juegos se deben de presentar más orientados a la realidad. Pueden incorporarse juguetes como los títeres, en el que ya estableciendo un rol dentro del juego, es posible que los sobrelleve durante todo el periodo que dura dicho juego. De acuerdo con Guerney (en Schaefer y O'Connor, 1997a), en general la agresión no desaparecerá del todo, a menos que

caiga su nivel. En esta etapa la agresión casi siempre se circunscribe y relaciona a sucesos recientes, por ejemplo, frustración respecto al trabajo de la escuela o injusticias paternas o del cuidador. La tolerancia a la frustración para el “aquí y ahora” del juego se vuelve bastante buena, y el niño que antes no soportaba perder en los juegos y hacía trampas, podrá reírse o ser indiferente si pierde. Inclusive puede llegar a ayudar al terapeuta a ganar. En este punto predominan las conductas sociables sobre las insociables. La presentación de esta fase es de la novena hasta la decimosexta sesión.

4ª Fase. Debido a que el niño ya se encuentra en una etapa en que acepta sus sentimientos y hasta es capaz de resolver ciertas situaciones que se le presenten en el juego, puede entonces introducirse juguetes para la construcción, los cuales demandan una solución que en primera instancia debe abstraerla para concretarla en su ejecución. En esta etapa, dado que es prácticamente la terminación de la terapia, pueden presentarse pequeños signos de regresión ante el prospecto de la separación. Finalmente, lo que se aconseja es la realización de llamadas telefónicas como un seguimiento y que pueden ser programadas por mes.

Esta propuesta, si bien no es tan metódica, representa una guía para el terapeuta que emplee la terapia de juego en niños que han sufrido maltrato físico, con el objeto de ser una referencia que pueda servir para comparar si la terapia esta funcionando.

Este tipo de terapia también constituye un elemento económico, dado que el escenario y los materiales no requieren de gran inversión y esta al alcance de cualquier persona con la preparación terapéutica necesaria.

6. CONCLUSIONES.

La violencia intrafamiliar es uno de los problemas sociales más alarmantes hoy en día en nuestro país, de acuerdo a la presente tesis, debido a la intimidad y discreción con que se manejan estos casos, no se pueden dar cifras exactas acerca de este mal; por lo que llega a ser hasta cierto punto permisible.

Desde el punto de vista legal y social aún falta quehacer, se ha sabido de casos por los medios de información, que las leyes no consideran al maltrato como un delito grave, y que por lo tanto existe mayor posibilidad de que se presenten éstos. Así también, en la sociedad en la que estamos inmersos debido a las creencias e ideologías acerca de la educación hacia los menores, es viable desde este punto de vista ciertos castigos, que como se ha dicho tal vez pueda afectar en el niño psicológicamente. Por lo que a partir de estas “costumbres” una de las prácticas más frecuentes es el castigo físico, que a pesar de que es uno de los maltratos más evidentes, las personas que normalmente conviven con los niños, no tienen pleno conocimiento de la variedad de causas y consecuencias que puede acarrear esta situación en el infante y por ende no pueden tener una base para una denuncia, aunado y retomando lo legal, ya que no existe la orientación ni la protección adecuada.

Hablar de maltrato físico, es hasta cierto punto ambiguo porque como se mencionó anteriormente, no se conoce con precisión las incidencias y por consiguiente las causas y consecuencias. Como se revisó en el tercer apartado, realmente este problema es multifactorial, por lo que no podemos determinar una causa directamente con una repercusión en el menor que especifique el daño. Por lo tanto debemos en este caso como profesionistas estar al tanto, realizar un análisis más crítico de la situación que se nos presente o de aquella que descubramos, ya que como se ha señalado, antes de juzgar o tener una hipótesis, en este tipo de casos, se debe de tomar con mucho cuidado, sobretodo para no arriesgar aún más a la víctima. De aquí que se hace mención a algunas formas

de evaluación y la razón por la que es importante esta etapa, sea o no sea el motivo de consulta, en un dado caso que se presente en la clínica; y además que ayudará consecuentemente a determinar con mayor acierto el tratamiento que se llevará a cabo.

A lo largo del presente escrito se ha hecho hincapié de la importancia que debe de tenerse hacia el menor, dado a lo que ya se ha leído acerca de cómo afecta en su persona y si los padres se muestran herméticos a un cambio o a que se les trate directamente, entonces el tratamiento podría estar enfocado únicamente al niño, porque independientemente de todo, pueden ser benéfico para él; esto siempre y cuando no implique una amenaza en el niño, que afecte la relación parento-filial.

De esta manera una alternativa para tratar a la víctima es la terapia de juego, el cual, sea cual sea la perspectiva desde la que se tome en cuenta, el objetivo general es que el menor pueda desarrollarse lo más plenamente posible, después de haber sufrido un maltrato físico. Cabe señalar que como se ha expuesto, la terapia de juego puede considerarse como un elemento tanto de evaluación como tratamiento, aunque con ciertas limitaciones debido a su poca investigación empírica.

Asimismo como una alternativa de intervención, a pesar de los casos mencionados, aún ha sido poco valorada, por lo que sería necesario realizar estudios acerca de la efectividad sobre diferentes casos, en específico en nuestro país. Uno de esos casos, es el que nos compete, que es el maltrato infantil físico, si bien, como se ha señalado, hay muestras del funcionamiento de la terapia en este tipo de niños, empero, la propuesta va dirigida hacia nuestra cultura, y valores, que aunque es bien aceptado el juego para un infante, no se conoce en realidad la permisibilidad del juego como una forma de tratamiento efectiva para el niño, que pueda ayudar a elevar su desarrollo, su inteligencia emocional y mental y por ende su personalidad.

De esta manera, se propone la terapia de juego desde un punto de vista “libre” con el objeto principal de llevar al niño maltratado a una intervención de la manera más sensible, es decir, tratar de que no cause en él gran alteración y que por medio de una actividad lúdica, se logre establecer la empatía que es tan importante para que un tratamiento rinda frutos.

BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se crea el Centro de Atención de Violencia Intrafamiliar. (Diario Oficial de la Federación del 5 de Octubre de 1990).

Alejandro, E. (2002). "Sólo se detecta de 10 por ciento a 20 por ciento del maltrato a niños". El Universal Online. Disponible en: www.el-universal.com.mx/p/s/impreso/noticia-búsqueda.html

Ammerman, R.; Hersen, M. (Ed.) (1999). ***Assessment of Family Violence. A clinical and legal soucerbook***. Canada: John Wiley & Sons, Inc.

Arruabarrena, M.I.; De Paúl, J. (1994). ***Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y Tratamiento***. Madrid: Pirámide.

Axline, V. (1996). ***Terapia de Juego***. México: Diana.

Barrios, M. (1999). "Violencia y Paz en los discursos de la prensa: un análisis desde la construcción social de la realidad". Investigación y Desarrollo, 11, 40-48

Belsky, J. (1993). "Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis". Psychological Bulletin, 114, 413-434.

Bringiotti, M. (2000). ***La Escuela ante los niños maltratados***. Argentina: Paidós.

Buchanan, A. (1996). ***Cycles of Child Maltreatment Facts, fallacies and interventions***. U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc.

Cantón, J.; Cortés, M. (1999). ***Malos tratos y abuso sexual infantil***. España: Siglo XXI.

- Cantón, J.; Cortés, M. (2000). **Manual de evaluación para el abuso sexual infantil**. España: Paidós.
- Cárdenas, J. (1998). “¿Qué es el maltrato físico y emocional?”. Maltrato-adultos-definición. Disponible en: www...ollegePark/Field/3519/aduldef.html.
- Casillas, J. (1999). “**Historia de la terapia de juego centrada en el niño**”. Tesis de Licenciatura de Psicología. UNAM. Iztacala.
- Catron, T.; Masters, J. (1993). “Mother’s and Children’s conceptualizations for corporal punishment”. Child Development, 64, (6), 1815-1828.
- Cirillo, S.; DiBlasio, P. (1991). **Niños Maltratados: Diagnóstico y terapia familiar**. España: Paidós.
- Convención Mundial de los Derechos del Niño (1989). Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Corsi, J. (1994). **Violencia Familiar**. México: Paidós.
- De Paúl, J.; Martínez-Roig, A. (1993). **Los malos tratos a la infancia**. Barcelona: Martínez Roca.
- De Torres, P.; Espada, F. (1996). **Violencia en Casa**. España: Santillana.
- Díaz, J. (1997). **El juego y el juguete en el desarrollo del niño**. México: Trillas.
- Dodge, K.; Bates, J.; Pettit, G. (1994). “Effects of physical maltreatment on the development of peer relation”. Development and Psychopathology, 6, 43-55.

Dorfman, E. (1951). **“Play therapy”, in Client-centered Therapy**. London: C. R Rogers (ed.).

Echeburúa, E. (1998). **Personalidades Violentas**. Madrid: Pirámide.

Ferreira, M.; Salgado, M.; Santos, R. (1997). **“Taller para madres solteras. Una propuesta de prevención y tratamiento para el maltrato infantil”**. Tesis de Licenciatura de Psicología. UNAM. Iztacala.

Gaceta Parlamentaria (1998). Orden del Día, jueves 22 de Octubre. Año 1, número 141, miércoles 21 de Octubre de 1998. Disponible en: gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/1998/oct/981021.html.

Galeano, F. (2003). “Maltrato Infantil”. Disponible en: rionet.com.ar/maltratoinfantil

Gallardo, J.; Trianes, M.; Jiménez, M. (1998). **El Maltrato Físico hacia la infancia. Sus consecuencias socioafectivas**. Universidad de Málaga.

Gállegos, E. (2001). “Maltrato Infantil”. Disponible en: www.iin.oea.org/lec_sugerencia_maltrato_infantil.pdf

García, M.; González H. (1999). **“Una alternativa al maltrato físico y verbal del menor”**. Tesis de Licenciatura de Psicología. UNAM: iztacala.

Gracia, E.; Musiti, G. (1993). **El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo**. Madrid: Ministerio de asuntos sociales.

Haro, P. (2003). “Maltrato Infantil: Físico y Psicológico”. I Congreso de Psicología de la Escuela de Psicología Educativa de Montemorelos N.L. (1999). Disponible en: www.sardis.upeu.edu.pe/~danielh/malt.htm

Hennesy, K.; Rabideau, G. (1994). "Responses of physically abused and nonabused children to different forms of interadult anger". Child Development, 65, (3). 815-828

Intebi, I; Farinatti, F.; Orseñigo, M.; Bringiotti, M. (2002). "6to. Congreso Latinoamericano y 1o. Congreso Nacional y Atención al Maltrato Infantil. Evaluando acciones, impulsando proyectos". Disponible en: www.com/argentina/noticias/maltrato

Jacobson, R.; Straker, G. (1982). "Peer group interaction of physically abused children". Child Abuse and Neglect, 12, 33-39.

Jarquín, S. (2003). "Olvidada la convención de Derechos de los Niños y las Niñas". Disponible en: www.comacnoticias.com/noticias/03feb/03021011.html

Jodara, S. (2000). "Maltrato infantil". Artículos Médicos. Disponible en: fomedica.com.ar/info-medica/númeroagosto2000/maltrato_infantil

Kempe, R.; Kempe, C. (1996). **Niños Maltratados**. España: Morata.

Landa, P. (1998). "Evaluación interconductual de un caso de violencia familiar". Revista Electrónica de Psicología Clínica, 1, (1). Disponible en: campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicología/psiclin/landa.html

Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (Diario Oficial de la Federación del 9 de Julio de 1996).

Loredo, A. (1994). **Maltrato al menor**. México: Interamericana.

Loredo, A. (2000). "VII Congreso Latinoamericano y II Iberoamericano sobre la violencia contra niños y adolescentes". Disponible en: www.facmed.unam.mx/amp/viicong

López, J.; Álvarez, M. (1996). "Maltrato Infantil". Asociación Murciana de apoyo a la Infancia Maltratada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Disponible en: www.um.es/~facpsi/maltrato

Marsellach, G. (2000). "El Juego en el Niño". El Psicólogo en la Red. Disponible en: www.ciudadfutura.com/psico/articulos/el_juego_nin.htm

Milner, J. (1993). "Social information processing and physical child abuse". Clinical Psychology Review, 13, 275-294.

Nickerson, E. (1973). "Pshychology of play and play therapy in classroom activities". Educating Children. Spring.

O'Connor, K.; Braverman, L. (1997). ***Play Therapy: theory and practice***. U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc.

Pineda, N. (1996). ***"El taller para padres: Una alternativa de prevención y tratamiento contra el maltrata infantil"***. Tesis de Licenciatura de Psicología. UNAM. Iztacala.

Rangel, R. (2002). ***"La importancia terapéutica del juego simbólico en el tratamiento con niños y adolescentes dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio"***. Reporte de Trabajo de la Licenciatura de Psicología. UNAM. Iztacala.

Reder, P.; Duncan, S.; Gray, M. (1993). ***Beyond Blame: Child abuse tragedies revisited***. U.S.A.: Rontledge.

Reid, J.; Kavanagh, K.; Baldwin, D. (1987). "Abusive parents' perceptions of child problem behavior: An example of parental bias". Journal of Abnormal Child Psychology, 15, 457-466.

Ruiz, T. (1997). "**Actitudes de las educadoras hacia los niños con maltrato infantil**". Tesis de Licenciatura de Psicología. UNAM. Iztacala.

Sánchez, R.; Pacheco, A. (2003). "Maltrato infantil". Órgano Informativo del Departamento de Medicina Familiar: Atención Familiar. Disponible en: www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm91/maltrato-infantil

Sanmartín, J. (1999). **Violencia contra niños**. España: Ariel.

Santana, R.; Sánchez, R.; Herrera, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública Méx., 40. p.58-65. Disponible en:

Schaefer, C.; O'Connor, K. (1997a). **Manual de Terapia de Juego. Volumen 1**. México: Manual Moderno.

Schaefer, C.; O'Connor, K. (1997b). **Manual de Terapia de Juego. Volumen 2**. México: Manual Moderno.

Silva, K.; Soto, H.; Zamudio, S. (1998). "**Taller de orientación y sensibilización para la prevención del maltrato infantil dentro de la familia**". Tesis de Licenciatura de Psicología. UNAM: Iztacala.

Soledad, E. (2003). "La violencia contra niños, niñas y adolescentes". ADITAL (Agencia de información Frei Tito para América Latina). Disponible en: www.adital.org.br/asp2/noticia.asp

Stith, S.; Williams, M.; Rosen, K. (1992). ***Psicosociología de la Violencia en el Hogar. Estudio, consecuencias y tratamientos.*** España: Desclée de Bower, S.A.

S/A (2003). Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar: Un problema de todos.

Disponible en:

www.iin.oea.org/Presentaciones_del_Director_General/discurso_maltrato_infantil.html)

S/A (2003). Suplemento Reforma. Disponible en.
www.dif.gob.mx/dif/prensa/noticias/octubre

S/A (2003). “Violencia Familiar: una forma de vida que no es vida.” Centro de Orientación y Prevención de la Agresión Sexual, A.C. Disponible en:
www.contralaviolencia.org

Trujano, P. (En prensa). “Más allá de los cuentos de hadas: Maltrato y abuso sexual infantil”. Forum Sociológico. Lisboa: Portugal.

Trujano, P. (1997). “Violencia en la Familia”. Revista de Psicología y Ciencia Social, 1, (2), 10-19.

UNICEF (1999). Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Disponible en:
www.unicef/ac.org/español/textos/ppdfmalt2.html

Weiner, I. (1999). ***The Psychology Assessment of Abused an Traumatized Children.*** U.S.A.: Kelly & Ibauen

West, J. (2000). ***Terapia de Juego centrada en el Niño.*** México: Manual Moderno.

ANEXO 1

ANEXO 1

I) Resumen inicial. De manera ideal, éste se escribirá después de las primeras 4 a 6 sesiones.

1. Niño: nombre, fecha de nacimiento, dirección, periodo bajo revisión, terapeuta de juego.

2. Problemas en el momento de la referencia y quién lo refirió.

3. Antecedentes del niño. Incluya información de las entrevistas iniciales con las personas que cuidan del niño, en la escuela, el personal de la institución, trabajador social.

4. Otras personas o trabajadores significativos. Nombres, puestos, números de teléfono.

5. Terapia de juego.

a) Estructura (es decir, tipo de trabajo, número y duración de las sesiones, lugar).

b) Suposiciones e hipótesis iniciales del terapeuta, por ejemplo:

- Comprensión teórica de cómo se manifiesta la situación del niño (o niña) en su conducta.
- Factores predictivos que el terapeuta desearía someter a prueba.

c) Proceso de intervención.

- Análisis de la primera sesión.
- Cómo está respondiendo el niño a las sesiones de juego.
- Qué utilización hace el niño de las sesiones.
- Surgimiento de información significativa.
- Surgimiento de temas.

6. ¿Han cambiado los “problemas de referencia”?

7. ¿Ha surgido cualquier tipo de ‘áreas significativas nuevas’?

8. Razones para la continuación o terminación. ¿Necesita usted alterar el enfoque de la intervención?

9. Resumen. Firmado. Fecha. Copias para...

II) Resúmenes de terapia de juego en progreso. Por ejemplo, segundo resumen de terapia de juego. Cada 3 o 4 meses es adecuado para la mayor parte de los resúmenes en progreso, es decir, una vez por período.

1. Niño: nombre, fecha de nacimiento, dirección, período bajo revisión, terapeuta de juego.

2. Cambios reales desde el último resumen.

3. Terapia de juego.

a) Número de sesiones.

¿Algún cambio en la estructura básica?

ANEXO 1

b) Proceso de intervención.

- Cómo está respondiendo el niño.
- Qué utilización hace de las sesiones.
- Información significativa.
- Temas.

4. Revisión de los problemas del niño.

5. Razones para la continuación o terminación. ¿Necesita usted alterar el enfoque de la intervención?

6. Resumen. Firmado. Fecha. Copias para...

III) Resumen final de la terapia de juego.

1. Niño: nombre, fecha de nacimiento, dirección, periodo bajo revisión terapeuta de juego.

2. Cambios reales desde el último resumen.

3. Terapia de juego.

a) Número de sesiones. ¿Algún cambio básico en la estructura?

b) Proceso de intervención.

- Cómo está respondiendo el niño.
- Qué utilización hace de las sesiones.
- Información significativa.
- Temas.

4. Revisión de los problemas del niño.

5. Razones para la terminación.

6. Panorama general del trabajo (inclusive recomendaciones para trabajo futuro, si es apropiado). Firmado. Fecha. Copias para...

ANEXO 2

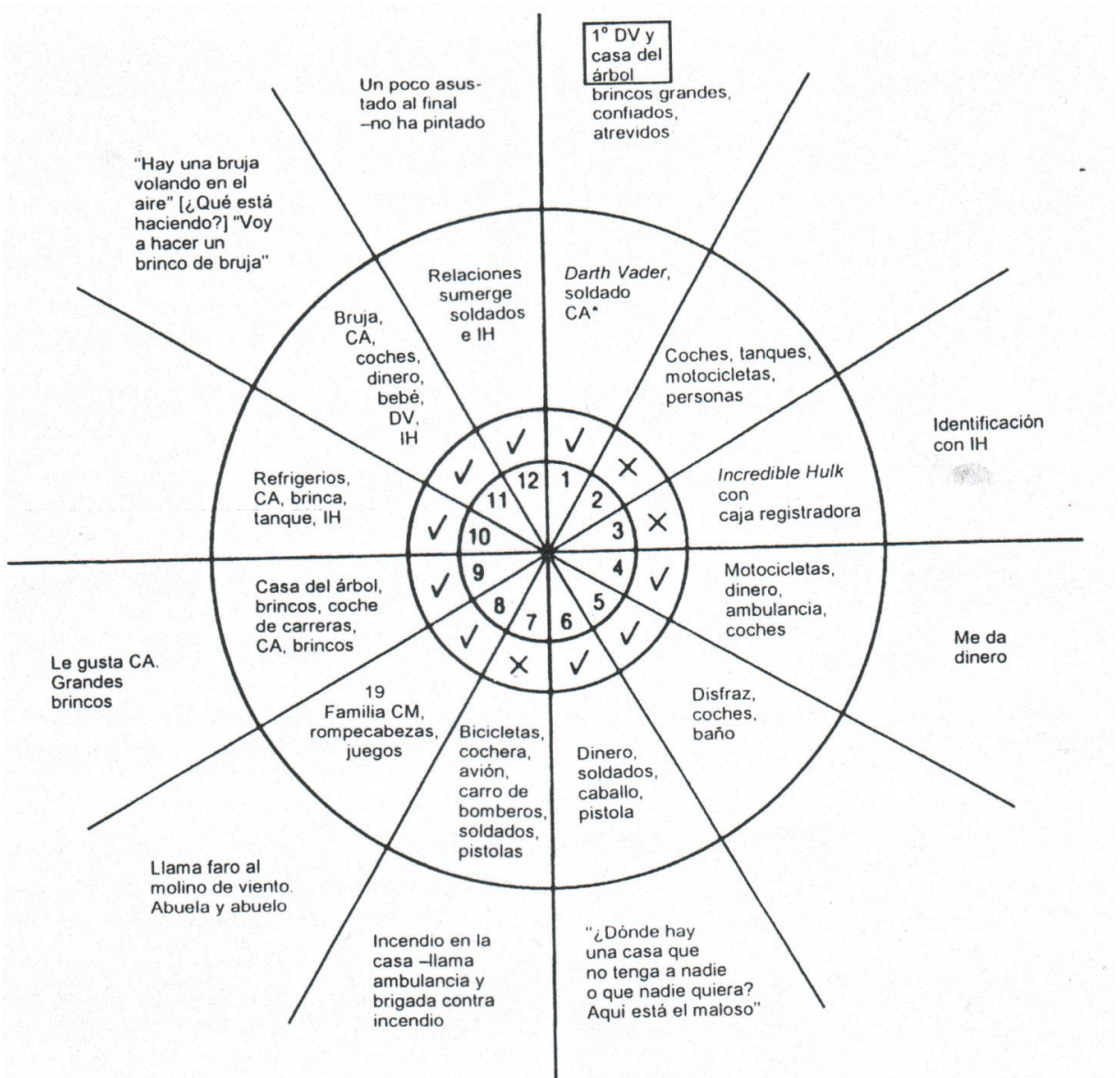
ANEXO 2

Sección IV. Análisis teórico y puntos para asesoría.

1. ¿Cuál es(son) el(los) rasgo(s) principal(es) de la sesión?
2. Cómo se relaciona el juego del niño con...
 - a) el(los) problema(s) presente(s).
 - b) La evaluación de usted.
3. En vista del análisis de la sesión ¿cuáles puntos desea tener en mente para futuras sesiones?
4. ¿Existe algo que usted no comprenda o que le preocupa?
5. ¿Han surgido temas? De ser así ¿cuáles? Y ¿cuál es su importancia?

ANEXO 3

ANEXO 3



* N. de T. Las iniciales significan: DV-Darth Vader, IH-Incredible Hulk; CA-Casa del árbol; CM-Casa de muñecas.

ANEXO 4

ANEXO 4

Actividad	Sesión no.															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
aviones barcos vehículos terrestres																
tanques soldados "buenos" soldados "malos" armas																
animales, salvajes granja domésticos						x	x	x		x		x			x	x
pueblos de juguete lego, juguete de construcción							x									
rompecabezas							x	x	x	x						
casa de muñecas				x				x						x		
familia de casa de muñecas				x				x								
muñecas, juguete acariciable				x		x	x	x		x					x	x
preparación de comida	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x		x		x	x
arena							x	x	x	x		x			x	x
agua								x	x	x					x	x
actividades del rincón hogareño	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
bebé	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
escondite	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
nacimiento / muerte			x								x					
escondidillas						x		x							x	x
casa nueva																
relaciones	x	x	x	x	x				x				x			
"role playing"																
intercambio del rol	x	x	x	x	x				x	x	x		x	x	x	
disfraces											x					
pintura		x	x			x		x						x	x	
juegos																
música																
títeres																
teléfono					x			x					x		x	
escritura					x		x	x					x		x	
juego sexual																
días especiales				x	x			x	x			x		x	x	
escuela			x													
policía																
ladrones																
héroe																
hombre malo																
diablo																
fantasma															x	x
drácula																x
bruja																
monstruo																
rey o reina																
sabio																