



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

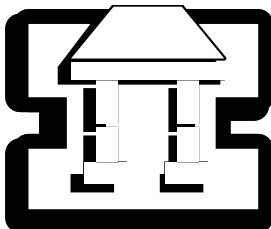
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN UTILIZADAS
EN VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
Y O L A N D A O R T Í Z G Ó M E Z

DIRECTORA DE TESINA:
MTRA. LUCINA JIMÉNEZ VEGA

ASESORAS:
DRA. IRIS XOCHILT GALICIA MOYEDA
LIC. MARIA LUISA HERNÁNDEZ LIRA



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Por que este logro no sería posible
sin el apoyo incondicional de todos y cada uno de ustedes
que de una u otra forma contribuyeron tanto a las enseñanzas
académicas como de la vida diaria,
a todos aquellos que permiten
que pueda hoy alcanzar una de mis anheladas metas*

A las víctimas que sin pedirlo sufrieron de maltrato

*A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Por haberme abierto las puertas*

*A Javier Sánchez:
-Con todo mi Amor
Porque en tan poco tiempo me has enseñado tantas cosas,
Por amarme como lo haces, por estar conmigo siempre,
Por enseñarme que se puede ser más feliz, Por ser tal como eres.
Sé que todo cuanto te pueda escribir quedará
corto para demostrarte lo mucho que te amo
y que te agradezco el haber cambiado mi historia, por eso
cada día que pasa doy gracias a Dios por ponerte en mi camino.-*

*A Aurora y Nelly:
Por que aún siendo tan pequeñas
me han dado la oportunidad
de aprender de ustedes,
de crecer junto a ustedes
Por darme la oportunidad de ser madre
Y por que siempre todos mis triunfos
serán de ustedes y por ustedes*

-Gracias-

A mi madre:

*Por que hoy que soy madre puedo comprender
Aquello que no hice antes,
y que sin darte cuenta me diste
la mejor herencia que pudiera pedir*

A Juan Antonio:

*Porque eres y serás siempre mi ejemplo a seguir,
Por que me enseñaste que no importa lo que
hallamos pasado, que a base de esfuerzo y perseverancia,
Siempre podemos alcanzar nuestras metas
Y que no hay mejor ejemplo, que el ejemplo mismo,
Por estar ahí, en los momentos difíciles,
y por que siempre estaremos juntos.
-Con Agradecimiento y Respeto-
Yolis*

A Adela:

*Por que al volver la vista atrás ,
Me doy cuenta de tu grandeza, de tu lucha,
Y de esa fuerza que te impulsa siempre a seguir,
Por eso y por tantas enseñanzas
-Gracias-*

A Vicky:

*Por que no hay mejor prueba de amistad que la tuya,
Por tu valentía, y tus ganas de enfrentar las adversidades,
por que no importa lo que pase
o que tan lejos estemos, siempre estaremos juntas*

*A Luz, Olga, Carmen, Estela y Gerardo:
Porque lo importante de que nuestras historias
sean diferentes, es que siempre tenemos algo que aprender del otro*

*A mis Sobrinos:
Dania, Rosi, Nancy, Dylan y el Nuevo Bebé
Jessica, Brenda y Nayelly, Jonathan, Enrique y David
Adriana, Edith e Ivonne, Gerardo y Berenice
Aarón, Alfredo, Esperanza y Daniel*

*A Lucina:
Por ser mi guía siempre que te necesito,
Por abrirme las puertas de la sabiduría,
Por enseñarme que el camino es largo y sinuoso,
pero debemos aprender a caminarlo,
y porque cada vez que recuerde a Iztacala,
recordaré que existen personas
como tú en quienes podemos confiar
y de quienes podemos aprender
Gracias por tus enseñanzas,
gracias por ser como eres
y gracias por ser Mamá Lucina*

*A Xóchitl y Luisa:
Por que gracias a su apoyo incondicional tengo
la dicha de alcanzar una meta más,
por la confianza depositada en mí,
por sus comentarios que contribuyeron
a la culminación de un mejor trabajo
por su tiempo y esfuerzo dedicado a
la revisión de este trabajo*

A mis Compañeras y Amigas:

Gaby, por aguantarme tantos años, y por que siempre te acuerdas de mí

*Julia, porque siempre es bueno estar al lado de alguien
que te contagia alegría, y que pase lo que pase no deja de sonreír*

Blanquita: Por la confianza depositada en mí

Marisela, Por enseñarme tu lucha y entrega y que siempre merecemos más

*Pilar, por que donde quiera que estés, siempre te voy a recordar
como una de mis mejores amigas*

A mis Amigas y Colegas

*Ángeles, por que siempre tienes algo bueno que decir
en los momentos difíciles, por enseñarme a ser feliz
y a disfrutar de lo que tenemos, por preocuparte y pensar en mí*

*Doralí, por que siempre estas ahí cuando más necesito
una palabra de aliento para seguir adelante, por comprenderme,
y porque no hay alegría más grande que saber
que tienes una amiga para compartir los triunfos y fracasos*

Elizabeth, por permitirme aprender de tu constancia, empeño e inteligencia

*Vero y Araceli, por demostrar siempre un buen compañerismo,
que rebasa las cuatro paredes del aula*

*A los Enanos Einerd y Daniel, por que sin planearlo me hicieron
pasar los momentos más felices y divertidos dentro
y fuera del salón de clases.*

*A Guille, Armando, Nayelly, Iván, Miriam, Mauricio,
Azucena, Gustavo, Lupe, Christian, Roberto, etc,
Y a todos aquellos que deje de mencionar*

*A todos aquellos que de una u otra forma
en algún momento de nuestra vida hemos sido
víctimas de este problema social*

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	
1. Violencia Familiar en México.	7
1.1. Definición de Violencia Familiar.	8
1.2. Ciclo de la Violencia.	10
1.3. Estadísticas de la Violencia Familiar.	11
1.4. Formas de Violencia Familiar.	12
1.4.1. Violencia hacia los Niños.	13
1.4.2. Violencia hacia las Mujeres.	15
1.4.3. Violencia hacia los Ancianos.	16
1.4.4. Violencia hacia los Hombres.	17
2. Maltrato Infantil.	21
2.1. Definición del Maltrato Infantil.	22
2.2. Tipos de Maltrato Infantil.	22
2.2.1. Maltrato Psicológico Activo y Pasivo.	24
2.2.1.1 Detección y Consecuencias del Maltrato Psicológico Activo y Pasivo.	25
2.2.2. Maltrato Físico Activo y Pasivo.	26
2.2.2.1. Detección del Maltrato Físico Activo y Pasivo.	26
2.2.3. Abuso Sexual.	28
2.2.3.1. Detección y Consecuencias del Abuso Sexual.	29
2.3. Factores que Influyen en el Maltrato Infantil.	31
2.3.1 Características del agresor.	33
3. Estrategias de Intervención en Víctimas de Maltrato Infantil.	37
3.1 Características y Consideraciones Acerca de la Psicoterapia para Niños.	37
3.2 Valoración del Maltrato Infantil.	40
3.3 Modelos de Intervención en Psicoterapia.	42
3.3.1 Modelo Psicodinámico.	43
3.3.1.1 Método terapéutico.	45
3.3.1.2 Valoración Infantil del Modelo Psicodinámico.	46
3.3.1.3 Tratamiento Infantil del Modelo Psicodinámico.	48
3.3.2 Modelo Conductual.	53
3.3.2.1 Método Terapéutico.	55
3.3.2.2 Valoración Infantil del Modelo Conductual.	57
3.3.2.3. Tratamiento Infantil del Modelo Conductual.	58
3.3.3 Modelo Familiar.	61
3.3.3.1 Valoración del Modelo Familiar.	63
3.3.3.2 Tratamiento del Modelo Familiar.	64
3.3.4 Otras Alternativas para el Tratamiento en Víctimas de Maltrato.	71
4. Conclusiones.	74
5. Referencias.	78

RESUMEN

El presente trabajo aborda la violencia familiar como un problema social, que recae en cada uno de los miembros de la familia, pero principalmente en los más vulnerables, como son los niños, este tipo de violencia ejercida sobre éstos, es llamado Maltrato Infantil, que puede ser Físico, Psicológico y Sexual, cada uno por su cuenta produce en el niño (víctima) diversas consecuencias difíciles de borrar, pero sin duda el que más secuelas deja es el abuso sexual, por lo que el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión teórica acerca de las estrategias de intervención utilizadas en niños víctimas de maltrato infantil, ya que como se muestra a lo largo del trabajo, las secuelas pueden ser diversas y con infinidad de consecuencias, por lo que se aboga por una nueva concepción de valores y principios dirigidos a una cultura sin violencia que promueva la convivencia familiar, concientizando a las nuevas generaciones sobre el riesgo que existe al ser víctimas de maltrato, esto a manera de prevención, para no repetir patrones de violencia sobre lo futuros hijos. Asimismo, crear nuevas leyes que contemplen los daños y repercusiones que ocasionan en las víctimas, por lo que deberán ser más severas. Por último, ya que existen diversas definiciones del Maltrato, se debe realizar una definición que pueda ser generalizada y aplicada, para poder llevar a cabo una pronta intervención en cada caso.

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar tiene costos muy altos, cuyas consecuencias físicas, psicológicas y sociales pueden o no superarse, se expresan en distintos ámbitos tales como el académico, el social, y familiar, por lo cual convendría cuestionarse acerca de ¿Cuántos de nosotros hemos sido maltratados en más de una ocasión? ¿Cuántos de nosotros sabemos que estamos siendo víctimas de algún tipo de maltrato? ¿Cuántos de nosotros hemos justificado una situación de maltrato? Y en algunos casos por el temor a ser abandonados, ya que hemos aprendido que esa es la única forma de sentirnos “felices”. Pero ¿hasta qué grado se ha inculcado ese tipo de relaciones a nuestros hijos?, ¿Hasta que grado somos nosotros quienes permitimos que se presente la violencia doméstica o intrafamiliar?. Mucho se ha hablado acerca de la prevención de ésta, pero, ¿realmente esas medidas de prevención las llevamos a cabo?. Sin embargo, sí se ha hablado de prevención, ¿cómo es que aún se siguen presentando altas estadísticas de la misma dentro de los hogares mexicanos y muchos otros del mundo?, tan solo en México y según el reporte anual de actividades de Julio 2000-Junio 2001, sobre Violencia Intrafamiliar, editado por la Secretaría de Desarrollo Social se atendieron 20,154 casos, siendo 16,891 mujeres y 3,263 hombres.

Por su parte el Sistema de Auxilio a Víctimas, dependiente de la Dirección General de Atención a víctimas del Delito y Servicios a la comunidad, quien brinda atención a personas en situaciones de violencia familiar por medio del Centro de Atención a la Violencia Familiar (CAVI) informa que fueron atendidas un total de 10,583 personas por causas de violencia familiar. De éstas, 9,518 fueron receptoras y 1065 generadoras. En relación con las personas receptoras, se registraron 8,084 casos de mujeres (85%) y 1,434 casos de hombres (15%). En tanto que en el caso de las personas generadoras se registraron 786 hombres (74%) y 279 mujeres (27%). Asimismo, fueron atendidas un total de 3,788 personas receptoras de delito sexual, de las cuales 3,249 (86%) son mujeres y 539 (14%) son hombres (Tercer informe Anual de Actividades Julio 2000-Junio2001).

Otro fenómeno de la violencia familiar cuya visibilidad y frecuencia también ha aumentado es el de la violencia contra las niñas y niños, se reconoce que en la mayoría de las ocasiones el maltrato infantil se presenta en un contexto de violencia intrafamiliar y ocurre en todos los niveles económicos, sociales e intelectuales. Asimismo, se sabe que son las madres quienes ejercen el maltrato infantil con mayor frecuencia, seguidas de los padres, los padrastros, las madrastras y los abuelos (INEGI, 2001).

Al respecto diversas organizaciones e instituciones se han preocupado por atender y abordar el maltrato de niñas, niños y mujeres en el ámbito familiar, gracias a su labor es evidente para la sociedad la importancia del problema, el cual ha sido reconocido como un tema de salud pública. Tal es el caso de la Fiscalía para la atención al menor, en donde fueron atendidas un total de 757 personas por causas de violencia familiar entre Julio del 2000 y Junio del 2001, de estas personas, 320 (42%) son mujeres y 437 (57%) son hombres y se encuentran principalmente en el rango de edad comprendido entre los 6 y los 17 años. El tipo de abuso del que son objeto puede ser Psicofísico, Físico, Sexual y Psicoemocional.

En un 60 % de los casos la violencia es generada por hombres, siendo el padre biológico y el padrastro o concubino la principal fuente de violencia en la familia, en estos casos, se observan como factores asociados la situación económica precaria, bajo nivel de escolaridad y alcoholismo.

Así, cualquier tipo de violencia implica maltrato y éste se asocia con la acción o acciones intencionales que lesionan no sólo físicamente al individuo, sino también su dignidad e integridad como persona. Según el INEGI al 2002 el porcentaje de menores atendidos por maltrato infantil, por tipo de maltrato son: el físico 31%, abuso sexual 4.7%, abandono 6.5, emocional 20.4%, omisión de cuidados 23.4 %, explotación sexual comercial 0.3 %, negligencia 13.4% y explotación laboral 1.1%.

Por su parte el Centro de Terapia y Apoyo para Víctimas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal reporta que de las víctimas menores de 13 años tratadas en el período de enero a septiembre de 1997 el 52% eran víctimas de abuso sexual - el 31% víctimas de violación - y el 70% de todos los menores tratados eran niñas. Asimismo se tiene que en 1999 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) atendió a 24,927 niñas y niños maltratados, de los cuales 12,219 eran niñas y 12,916 eran niños.

Una encuesta reciente en el Distrito Federal realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), muestra que la violencia intrafamiliar tiene lugar en 30.4% de todos los hogares - casi uno de cada tres - en la forma de maltrato emocional, intimidación o abuso físico o sexual. El maltrato emocional ocurre en casi todos estos hogares y el abuso sexual en 1.1%. Sólo 14.4% de estos hogares buscan alguna clase de ayuda, a pesar de que el 72.2% espera que se repita la violencia.

Normalmente la violencia que a menudo se comete tanto en nuestro país, como en el resto del mundo, es aquella que se ejerce en contra de los niños, aún y cuando se ha hablado de los derechos de la niñez a nivel mundial, las campañas a nivel nacional, los talleres, conferencias, mesas de discusión, etc, impartidos en infinidad de instituciones llámense gubernamentales y no gubernamentales se siguen presentando miles de casos de maltrato de infantes en todo el mundo.

Pero, cuántos de nosotros hemos sido partícipes de algún tipo de maltrato, cuántos a la vez hemos sido o fuimos víctimas de maltrato, cuantos de nosotros aún tenemos huellas imborrables a cerca de ese maltrato –niños, adolescentes y adultos-. La frase “Los niños son el futuro de nuestro país” ha sido utilizada por algunos políticos, tal frase enfatiza una gran verdad, pero es mal usada y el desgaste de la misma hace que pierda su significado, es cierto que los niños son ese gran futuro al que hacen referencia esos discursos políticos, pero también es cierto que en la medida que nuestra niñez tenga una vida sana, estaremos contribuyendo a un desarrollo pleno desde el cual se estarán fomentando las bases de ese futuro que deseamos para ellos, de manera que niños y adultos que son o han sido maltratados aprendan a afrontar diversas situaciones, es decir, vivir el presente sin que los hechos del pasado interfieran en su presente, logrando así una mejor calidad de vida del individuo en un futuro no muy lejano.

Si bien es cierto, que los niños son el futuro de nuestro país también lo son las problemáticas que a ellos los acompañan o que los acompañarán, el resto de su vida, ya que como sabemos el ser víctima de maltrato deja graves secuelas en la vida del individuo, tales como depresiones, baja autoestima, desconfianza, miedos, etc, que si no se tratan de manera oportuna, estos regirán la vida del individuo, o en el otro caso el patrón de conducta será repetido, pasando así a ser de víctima a victimario.

Por lo anterior y debido a que en nuestro país existen altos índices de maltrato infantil y por consiguiente una gran diversidad de psicopatologías desarrolladas y causadas por el maltrato infantil la finalidad del presente trabajo es **realizar una revisión teórica acerca de las estrategias de intervención utilizadas en niños de 6 a 14 años víctimas de maltrato infantil.**

Pese que a lo largo de la historia, “La sociedad ha considerado a los niños como propiedad de sus progenitores, aún cuando los niños disponen de algunos derechos legales, la sociedad continua permitiendo el castigo físico como un método de educación y para corregir los comportamientos considerados impropios o fuera de las normas sociales, además, se aceptan como un medio de control de los niños. Hay que tener en cuenta que todo lo que reciban y todo lo que aprendan va a perfilar su desarrollo como individuos: sus valores éticos y morales, su autonomía personal, su capacidad para relacionarse con sus semejantes, su facilidad para afrontar y resolver las situaciones que irán encontrando en las diferentes etapas de su vida.

El maltrato infantil al igual que todo el tipo de violencia ejercida sobre cualquier miembro de la familia, no es justificada de ninguna manera, ya que repercute de manera importante sobre la forma de actuar de cada persona víctima de violencia.

Considerando que el tema en cuestión es de relevante importancia y que ha sido abordado desde diversas posturas teóricas y por diferentes autores, en el primer capítulo, se hablara de manera general de la violencia, así como de las estadísticas acontecidas en México, el ciclo por el cual pasan las víctimas y los tipos en que esta se desarrolla.

Posteriormente en el segundo capítulo se citaran algunas definiciones proporcionadas por algunos autores de las cuales se proporcionará una, así mismo se hará la diferenciación entre maltrato infantil y abuso sexual infantil, se describirá lo que es el maltrato activo y el maltrato pasivo, dadas estas diferenciaciones se enfatizará en los tipos de maltrato (psicológico, físico y sexual), para entrar a citar los factores que influyen en el maltrato, y las formas de detección.

En el tercer capítulo se abordaran las Estrategias de Intervención Utilizadas dentro de los tres tipos de terapia (Psicodinámico, el Conductual, y el Familiar) mencionando sus antecedentes, método terapéutico, valoración y tratamiento infantil, así como las técnicas utilizadas. Respecto a las estrategias utilizadas, se describirán en función del problema que presente el paciente, sin considerar la postura teórica de la cual provenga. Así mismo se citaran propuestas de intervención para víctimas de violencia. Para finalizar se hace un análisis de las estrategias utilizadas por cada postura teórica mencionada, así como las ventajas y desventajas que estas proporcionan.

1. VIOLENCIA FAMILIAR EN MÉXICO.

El fenómeno de la violencia en estos últimos tiempos se presenta constantemente en los diferentes ámbitos, los cuales suelen ser el escolar, laboral, social y familiar, en que una persona se desenvuelve, este último se abordara en el presente trabajo. Bastaría informarse a través de los medios de comunicación acerca de atentados, homicidios, guerras, despojos, secuestros, asaltos, violencia sexual o familiar, que a diario padece la sociedad, para constatar que estos episodios violentos reflejan un atentado contra la libertad, los derechos, el respeto e integridad de quienes los padecen.

La violencia es un tema que hoy en día cobra mayor relevancia y es motivo de preocupación social ya que afecta directamente a niñas y niños, mujeres, hombres, personas de la tercera edad y discapacitados, tan solo en México y según la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) se atendieron 20,154 casos, siendo 16,891 mujeres y 3,263 hombres, en el caso del Sistema de Auxilio a Víctimas, dependiente de la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad, quien brinda atención a personas en situaciones de violencia familiar por medio del Centro de Atención a la Violencia Familiar (CAVI) informa que fueron atendidas un total de 10,583 personas por causas de violencia familiar. De éstas, 9,518 fueron receptoras y 1065 generadoras. En relación con las personas receptoras, se registraron 8,084 casos de mujeres (85%) y 1,434 casos de hombres (15%). En tanto que en el caso de las personas generadoras se registraron 786 hombres (74%) y 279 mujeres (27%). Asimismo, fueron atendidas un total de 3,788 personas receptoras de delito sexual, de las cuales 3,249 (86%) son mujeres y 539 (14%) son hombres (SEDESOL, 2001).

Así, considerando que el ser humano posee un elevado potencial para la violencia del que Gracia (2002) considera que el mejor ámbito para su expresión pudieran ser las relaciones entre extraños, entre personas, grupos, organizaciones o naciones de intereses, ideas o creencias distintas, y que el escenario menos probable para la manifestación de la violencia sería el de las relaciones íntimas y de confianza como son las familiares (relaciones entre padres e hijos pequeños, o entre hijos y padres mayores, entre parejas o cónyuges), esto nos deja ver que la violencia la podemos encontrar en cualquier tipo de relación familiar.

Hoy en día resulta cotidiano hablar de violencia familiar, no siendo así en tiempos pasados, ya que se consideraba y en algunas culturas aún es un tabú o una forma de vida, sin embargo, actualmente existe literatura amplia que aborda el tema tanto de diversas posturas teóricas como por diferentes autores, a continuación se realiza una recopilación de las definiciones de violencia familiar, así como los tipos en que puede clasificarse, siendo este el objetivo del presente capítulo.

1.1. Definición de Violencia Familiar.

Como ya se ha mencionado diversos autores han revisado y definido la violencia familiar, por lo cual existen tantas definiciones como autores los hay, por lo que dentro de la literatura encontraremos los términos como violencia conyugal, doméstica, familiar ó intrafamiliar, todos ellos encaminados a explicar este fenómeno social como es el caso de las siguientes definiciones:

- La violencia es un fenómeno que caracteriza a la época actual por sus altos niveles de incidencia dentro del seno familiar. Su característica principal es que se produce en el entorno cotidiano y hace que se repitan en el entorno familiar las relaciones de poder de la sociedad (Trujano, 2001).
- La violencia es la más flagrante manifestación de poder, ya que el poder es un tipo de violencia mitigada y la violencia es el ejercicio de la fuerza o el poder, que ataca fundamentalmente los derechos humanos, las leyes y la justicia (Arendt citado en Hierro, 1998).
- La violencia conyugal es entendida como la acción u omisión que provoque daño físico y/o psicológico a otra persona, se da en el marco de una relación heterosexual adulta, que habitualmente incluye la conveniencia (Corsi, 1995).
- La violencia intrafamiliar se caracteriza por relaciones disfuncionales en donde la norma es utilizar la fuerza con la pareja y para con los demás miembros de la familia e incluye la agresión física, el maltrato verbal y la degradación de las víctimas, el abuso sexual y/o actos en contra de las pertenencias de las víctimas; así, cualquier miembro de la familia puede ser blanco de la violencia, sobre todo ancianos, niños y mujeres, o bien todo aquel que se le haya desvalorizado tanto que quede en una posición de sometimiento ya sea anciano, joven, hombre o mujer (Bravo y López, 2001).
- La violencia familiar es considerada como el desequilibrio de poder que se suscita en las interacciones de cada miembro y que tiene relación con la desigualdad de género, se manifiesta a través de actos u omisiones que atentan contra la integridad física, psicológica, sexual y social de cualquiera de los integrantes dentro o fuera del domicilio familiar, afectando el desarrollo de su personalidad (López y Sánchez, 2002).
- La violencia sucede cuando alguno de sus integrantes abusa de su autoridad, su fuerza o su poder. Maltrata a las personas más cercanas: esposa, esposo, hijas, hijos, madres, padres, ancianos, u otras personas que formen parte de la familia (Secretaría de Educación Pública, SEP, 2003).

Como puede observarse cada una de las definiciones citadas hacen referencia a el rol que juega el poder de una persona sobre otra, ejerciendo así la violencia, ya que poder y violencia pueden sentirse como sinónimos porque realizan la misma función, esta puede darse en el marco familiar y adoptar tanto diversas formas como distintos grados de gravedad. Se evidencia también el énfasis de mostrar control y dominación sobre el otro, puntualizando que estos se repiten cíclicamente y se agravan en intensidad y frecuencia, entiendo así que cualquiera de los miembros de la familia puede ser víctima de la violencia.

A lo largo del presente capítulo se entenderá como violencia familiar a las conductas que evidencien el ejercicio del poder de una persona (victimario) sobre otra (víctima), siendo ambas parte de la familia, que le provoque daño físico, psicológico ó sexual, además de que se presente dentro o fuera del contexto familiar.

López y Sánchez, (2002) consideran que la violencia de la pareja (entendida como violencia familiar, ya que esta es el punto de partida para la formación del núcleo familiar) es ejercida mediante diferentes tipos, tales como: Psicológica, Física, Sexual, Económica, Social o Biofisiológica.

- Violencia Psicológica, que son los diversos actos y omisiones repetitivos encaminados a dañar la estabilidad emocional de la víctima, este tipo de violencia siempre esta presente aunque aparentemente no sea visible como la violencia física, pero conforme pasa el tiempo resulta ser desgastante y perjudicial para quien la padece.
- Violencia Sexual, consiste en actos u omisiones que invaden la intimidad de la mujer y son denigrantes o desagradables para ella.
- Violencia Física. Son aquellas conductas encaminadas a agredir corporalmente de manera intencional y repetitiva, y va desde el empujón, rasguños, patadas, bofetadas, pellizcos, tirones de pelo, puñetazos, apretones, golpes, arrojarle objetos, etc.
- Violencia Económica, es la apropiación o destrucción del patrimonio de la pareja.
- Violencia Social, es la que limita el desarrollo óptimo de sus habilidades, le impide interactuar con los diferentes hábitos que son importantes para el individuo.
- Violencia Biofisiológica, es la obligación y/o coacción para que la víctima ingiera bebidas, drogas, medicamentos, fume o inhale sustancias que la lleven a perder el control de sus actos y que no le permite el desarrollo óptimo de sus actividades normales.

La violencia familiar se manifiesta en diferentes formas, las cuales pueden ir desde coscorriones, pellizcos, gritos, golpes, humillaciones, burlas, castigos y silencios, hasta abusos sexuales, violaciones, privación de la libertad y, en los casos más extremos, lesiones mortales. El maltrato se puede presentar entre los distintos integrantes de la familia, y en ningún caso se justifica. Tiene que ver con factores como las creencias previas, es el resultado de la combinación de múltiples factores más que de alguno operando individualmente. Dentro de la violencia familiar se hace la siguiente clasificación que se tomará en cuenta para los fines del presente trabajo.

- Violencia Física
- Violencia Sexual
- Violencia Psicológica o Emocional

Esta clasificación suele observarse durante el llamado ciclo de la violencia que a continuación se describe y se agudiza conforme este avanza. (Trujano, 2001, López y Sánchez, 2002).

1.2. Ciclo de la Violencia.

La violencia atraviesa por momentos cruciales (fases) estos muestran sutilmente señales de que se esta viviendo bajo el yugo de la violencia, estos se repiten constantemente formando así el ciclo de la violencia. Este ciclo se inicia de la siguiente manera:

La *primera fase o de acumulación de tensión* en la cual se manifiestan cambios repentinos en el ánimo de la persona agresora, quien comienza a reaccionar negativamente ante lo que siente como frustración de sus deseos. Surgen pequeños episodios de violencia que van escalando con la tensión que es cada vez más difícil de manejar y desemboca en la *segunda fase o descarga aguda*, que es la más corta pero la más dañina, en la cual se intensifica la violencia física, psicológica y/o sexual a causa de la incontrolable descarga de tensiones que se manifiestan en la primera fase. La *tercera fase o luna de miel* suelen incluir confusión y negación con respecto a lo sucedido, aquí la búsqueda de la justificación da inicio a la luna de miel reconciliatoria, la actividad amorosa y arrepentida del agresor permite reiniciar el ciclo, además suele ser más cariñoso, halagador, atento, detallista con el fin de obtener su perdón y así continuar con la relación.

Las características importantes del ciclo de la violencia que se dan en la primera fase son, que mientras más veces se complete el ciclo, menos tiempo tardará para volver a iniciarse; es decir será más frecuente. Por ejemplo, al inicio de la relación, completar las tres etapas del ciclo, puede tomarse uno o dos años; diez años después el completar estas mismas etapas se toma un mes, quizás menos.

Durante la segunda fase, mientras más se completa ininterrumpidamente el ciclo, más violento será. Por ejemplo, al comienzo de la relación la violencia consiste en empujones y bofetadas, diez años más tarde, ésta se ha convertido en huesos rotos y puntos de sutura. (mayormente en la cabeza).

En la tercera fase mientras más tiempo el ciclo continúe ininterrumpidamente, esta etapa se tornará más corta. Por ejemplo, al comienzo de la relación el hombre demuestra estar arrepentido, apenado y promete que no volverá a ocurrir; diez años más tarde, él no expresa sus resentimientos y arrepentimiento por lo ocurrido. La fase de la tensión comienza inmediatamente después de la violencia, es decir que la etapa del arrepentimiento y de la reconciliación desaparece. Las citas para salir decrecen según aumenta la violencia, hasta desaparecer.

Observando éstas tres características, podemos ver que este ciclo no va a detenerse por sí sólo y es un ciclo difícil de romper que puede conducir a una situación de lamentables consecuencias, que pueden ser o no superadas, ya que como es sabido hasta hace poco la sociedad empezó a dejar de ver la violencia familiar como algo natural, normal y sin remedio. Hoy se sabe que la violencia se enseña, se aprende, se legitima y desafortunadamente se repite. También sabemos que se puede prevenir y que es posible salir de un círculo de violencia (SEP, 2003).

1.3. Estadísticas de la Violencia Familiar.

La medición estadística del fenómeno de la violencia intrafamiliar reviste una serie de dificultades propias de la complejidad del problema, entre otras: el tema se considera privado y causa cierta incomodidad al ser preguntado; el ocultamiento, la negación, la vergüenza y la culpa, son factores que inciden en las respuestas de los informantes y cualquier levantamiento de la información implica una intervención entre los y las informantes.

Pese a lo anterior, en México se han realizado diversos esfuerzos para cuantificar el fenómeno de la violencia familiar, tal es el caso del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) que investiga los actos de violencia que se presentan en los hogares a través del levantamiento de la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF), de acuerdo con los datos que proporciona esta encuesta, de los 4.3 millones de hogares del área metropolitana del Distrito Federal, uno de cada tres, que involucra a 5.8 millones de habitantes sufre algún tipo de Violencia intrafamiliar. De los poco más de 1.3 millones de hogares en donde se detectó violencia intrafamiliar, 99% reporta maltrato emocional, 16% sufren intimidaciones, 11% violencia física y 1% abuso sexual (INEGI, 2001).

En el Distrito Federal el INEGI realizó una encuesta en la que muestra que la violencia familiar tiene lugar en 30.4% de todos los hogares, casi uno de cada tres en la forma de maltrato emocional, intimidación o abuso físico o sexual. El maltrato emocional ocurre en casi todos estos hogares y el abuso sexual en 1.1%. Sólo 14.4% de estos hogares buscan alguna clase de ayuda, a pesar de que el 72.2% espera que se repita la violencia.

Los niños también forman parte de las estadísticas sobre violencia familiar así lo afirma El Centro de Terapia y Apoyo para Víctimas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y reporta que de las víctimas menores de 13 años tratadas en el período de enero a septiembre de 1997, el 52% eran víctimas de abuso sexual, el 31% víctimas de violación, y el 70% de todos los menores tratados eran niñas. Asimismo, se tiene que en 1999 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) atendió a 24,927 niñas y niños maltratados, de los cuales 12,219 eran niñas y 12,916 eran niños (INEGI, op.cit).

En cuanto a la violencia contra las mujeres que se manifiesta de diversas maneras, pueden presentarse o no de manera combinada. Según la encuesta realizada por la Secretaría de Salud (Instituto Nacional de las Mujeres, Inmujeres 2004), del total de las mujeres que dijeron haber sufrido violencia durante los doce meses previos a la entrevista, 90 por ciento reportó agresión psicológica, 44.7 agresión física y 32.1 por ciento agresión sexual. Una proporción importante de mujeres (21.5 por ciento, que equivale a 1174 mujeres) sufrió estos tres tipos de violencia de manera simultánea. Esta misma fuente señala que el hecho de que la violencia contra las mujeres por parte de su pareja se exprese en acciones combinadas y graduales, queda de manifiesto en los siguientes datos: 19.3 por ciento de las mujeres sufre de agresión física y psicológica (1052 mujeres), 6.5 por ciento

sufrió agresión psicológica y sexual (352 mujeres) y 0.6 por ciento sufrió agresión física y sexual (30 mujeres).

En este sentido, de acuerdo con las llamadas recibidas a través de la línea telefónica “Por una Vida sin Violencia” operada por el Inmujeres, quienes más solicitan orientación en materia de violencia de género son mujeres, amas de casa en su mayoría (40.8 por ciento), unidas (57.1 por ciento), cuyas edades fluctúan entre los 20 y los 39 años (55.6 por ciento).

Asimismo, con el propósito de reforzar medidas de prevención y sensibilización social, se promueven estrategias de difusión de los derechos de la niñez. En particular se impulsa con el DIF Nacional el concurso de cartel 2001 cuyo objetivo es visibilizar el derecho a la protección de niñas y niños contra todas las formas de violencia y explotación.

Respecto a las estadísticas sobre violencia en contra de los hombres y de los ancianos no se logro recabar información alguna, ya que las instituciones mencionadas reportan solo datos de mujeres, niñas y niños.

Como se puede ver las estadísticas hablan poco de lo que realmente pasa dentro de las familias, esto debido a que no se denuncia sea por falta de información o miedo de las represalias por parte de su agresor. Sin embargo, tomando en cuenta que en la familia aprendemos a comportarnos y a relacionarnos con los demás, así como maneras para enfrentar la vida y resolver problemas; es importante que en la familia se construya día a día un ambiente de tranquilidad, bienestar, tolerancia y seguridad que enriquezca la vida de cada uno de los que forman parte de esta. Ya que en cualquier momento podemos ser víctimas de la violencia debemos conocer cuales son las formas en que esta se presenta.

1.4. Formas de Violencia Familiar.

Gracia (2002) menciona que no deja de sorprender la capacidad de los humanos para ejercer la violencia y que sea la familia uno de los principales escenarios donde tiene lugar esa violencia, además que el descubrimiento de la violencia familiar haya sido un proceso tan lento y reciente como ahora se describe. Este descubrimiento tuvo lugar de forma progresiva: primero vio la luz el maltrato infantil, posteriormente la violencia conyugal y el maltrato a los ancianos. Donde el foco de atención social y científica fue iluminado y haciendo visible a la sociedad la violencia familiar, desplazándose desde la violencia que tiene lugar iniciada en la infancia hasta la violencia que sufren los ancianos.

Es necesario mencionar que dentro de la violencia familiar existen diferentes formas en que se puede presenciar, de las cuales se ha hecho mención y que a continuación se describen. Esta descripción se hará según la forma progresiva en que se fue haciendo visible para la sociedad. Al respecto Blumer (citado en Gracia, 2002) menciona que un problema social como, la violencia familiar, no existe para una sociedad hasta que esa sociedad lo reconoce como tal y decide hacer algo al respecto.

La violencia familiar no es sólo un problema que afecta a los integrantes de la familia, sino que atenta contra la sociedad, puesto que la situación de violencia se transporta a los diferentes ámbitos sociales como: la escuela, el trabajo, las amistades, etc. Sin embargo, "...ésta no presenta las mismas características con cada miembro de la familia, aún cuando se considera que quienes reciben la agresión comparten algunas características como ser dependiente, tener una actitud sumisa, ser débil física y/o emocionalmente, entre otras" (Trujano, 2001). A pesar de esto las condiciones son diferentes para cada persona que sufre algún tipo de violencia, donde la magnitud y las consecuencias son diferentes en cada una de éstas, por ello es importante diferenciar entre la violencia que se propicia a los niños, mujeres, hombres y ancianos.

1.4.1. Violencia hacia los Niños.

Hasta los años sesenta la sociedad no estaba preparada para enfrentar la realidad de la violencia en la infancia y hacerlos finalmente visibles. En esos años la sociedad parece que comenzó a dejar de tolerar los malos tratos en la infancia, en 1962 Kempe (citado en Arruabarrena y De Paúl, 1997) en su artículo publicado sobre "El síndrome del niño golpeado", en el que se reconoce públicamente la violencia ejercida en la infancia como un serio problema social, el cual exigía actuaciones e investigación urgentes. Surge entonces el interés de hacer investigación del maltrato infantil como un área de estudio definida, a la que pronto se unirían los científicos sociales, y que empezaría a consolidarse.

Una situación que comenzaría a cambiar fue en 1830, cuando el Parlamento Británico promulgo leyes que prohibían a los menores de diez años trabajar en minas subterráneas y que limitaban la jornada laboral para los niños a diez horas. Este lento recorrido hacia la identificación y reconocimiento del maltrato infantil como un problema social no comenzó hasta el siglo XIX, dado que el giro hacia la sensibilidad social respecto a los malos tratos en la infancia lo hiciera una Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales, esto marcaría un hecho histórico en la protección jurídica de los menores. Esta sociedad trataba de defender ante los tribunales a una niña que estaba siendo brutalmente maltratada por su madrastra, una situación que en aquel momento la legislación no podía detener. En defensa de la niña, esta sociedad utilizó el argumento de que, puesto que pertenecía al reino animal (y los animales que sí se encontraban legalmente protegidos del tipo de violencia a la que la niña era sometida), merecía al menos la misma protección que un perro común. Este argumento tuvo éxito en los tribunales y alentó la creación en 1874 de la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los niños que nació en el mundo. Su equivalente en el Reino Unido, el NSPCC (National Society for Prevention of Cruelty to Children), que se fundó en 1883, es todavía hoy uno de los organismos (no gubernamentales) más importantes en Inglaterra en materia de protección de la infancia, así como para la formación de profesionales.

El impulso del reconocimiento del maltrato en la infancia como un problema social continua el 20 de Noviembre de 1959 cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamo la Declaración Universal de los Derechos del niño, este documento era precisamente eso, una declaración de principios, no vinculante para los países miembros.

No será hasta treinta años después, el 20 de noviembre de 1989, cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas apruebe la Convención de los Derechos del Niño que, ahora impone a los Estados firmantes la obligación de hacer valer y proteger los derechos que establece. La Carta Europea de los Derechos del Niño, promulgada por el Consejo de Europa, es de 1992.

Actualmente se considera el maltrato infantil un problema social reconocido, que de hecho, también nosotros somos quienes lo hacemos real, como se puede apreciar a lo largo de la historia, así pues, considerando que no todos los niños recibieron ni reciben las atenciones básicas a las que tienen derecho, ya que “La sociedad ha considerado a los niños como propiedad de sus progenitores, aún cuando los niños disponen de algunos derechos legales, la sociedad continúa permitiendo el castigo físico como un método de educación y para corregir los comportamientos considerados impropios o fuera de las normas sociales, además, se aceptan como un medio de control de los niños. Se considera que las expectativas sociales sobre quién debe controlar a la familia desempeñan un papel muy importante en el abuso de niños” (Berkowitz, 1996). Hay que tener en cuenta que los niños son los que dentro de algunos años van a dirigir la sociedad y serán los encargados de proteger los derechos de sus padres. Todo lo que reciban y todo lo que aprendan va a perfilar su desarrollo como individuos: sus valores éticos y morales, su autonomía personal, su capacidad para relacionarse con sus semejantes, su facilidad para afrontar y resolver las situaciones que irán encontrando en las diferentes etapas de su vida.

Y ya que este es un fenómeno que ocurre dentro de la violencia familiar cuya visibilidad y frecuencia lejos de desaparecer ha aumentado, el INEGI (2001), menciona que “se reconoce que en la mayoría de las ocasiones el maltrato infantil se presenta en un contexto de violencia intrafamiliar y ocurre en todos los niveles económicos, sociales e intelectuales. Asimismo, se sabe que son las madres quienes ejercen el maltrato infantil con mayor frecuencia, seguidas de los padres, los padrastros, las madrastras y los abuelos. Dado lo anterior y debido a que la violencia ejercida por los adultos en contra de los niños se presenta dentro del contexto familiar se justifica el hecho de llamar a la violencia en contra de los niños, Maltrato Infantil. Ya que estos se encuentran en una situación de vulnerabilidad y dependencia, siendo este el caso de niños y ancianos de la familia.

Como es bien sabido, a los adultos les corresponde la educación de los menores, y hay quienes marcan límites y quienes maltratan. Aunque en algunos casos los padres deben reprender a sus hijos, es necesario entender que ese correctivo, por severo que sea, no puede nunca ser lo mismo el maltrato, hacer daño o maltratar por gusto. Un padre o una madre jamás deben desquitarse con su hijo o su hija, ni desahogarse con ellos de sus frustraciones. Existe una gran diferencia entre marcar límites y maltratar, así como entre ser una autoridad y ser autoritario, lo cual se divide por una línea muy sutil que no siempre distinguimos.

El maltrato infantil al igual que todo el tipo de violencia ejercida sobre cualquier miembro de la familia, no es justificada de ninguna manera, ya que repercute de manera importante sobre la forma de actuar de cada niño-a víctima de violencia, por lo que este tema se abordará ampliamente en el segundo capítulo del presente trabajo, ya que es el tema que nos atañe.

1.4.2. Violencia hacia las Mujeres.

Las mujeres maltratadas por sus maridos tuvieron que esperar un poco más que los niños para que su sufrimiento tuviera o comenzará a tener, visibilidad social. La tardanza del reconocimiento de la violencia a las mujeres en el seno familiar como un problema social queda ilustrada con la tardía sensibilidad de los científicos sociales ante este problema. Y sin duda un indicador de esa poca sensibilidad, es el hecho de que en la revista de referencia en el ámbito de estudio de la familia, *Journal of Marriage and the Family* (Gracia, 2002), no apareciera ningún artículo con la palabra violencia en su título hasta los años setenta.

El primer número sobre la violencia familiar apareció en 1971, el año en que se abre la primera casa de acogida o refugio para mujeres maltratadas en Europa. Y fue Erin Pizzey quién publica en 1974 uno de los primeros libros sobre esposas maltratadas, que no solo ilustra la falta de visibilidad social que este problema tenía en aquellos días, sino también la “sordera social” ante el problema de las esposas maltratadas, la autora también realizó un documental para la televisión, lo que dio lugar a una mayor exposición de este problema en los medios de comunicación, con un importante impacto en Europa y Estados Unidos. A mediados de los años setenta ya comienza a observarse un mayor número de investigaciones acerca de la violencia contra las mujeres en la familia y a reivindicarse la necesidad de que la violencia hacia las mujeres ocupe el mismo lugar en la agenda pública que el que había obtenido el maltrato Infantil.

Sobre la violencia contra las mujeres, diversos estudios han demostrado que este tipo de violencia no distingue grupos socioeconómicos, edad o niveles educativos. La violencia se observa en las calles, en los lugares de trabajo, en las escuelas y más aún, su presencia se manifiesta en lugares tan privados como el seno del hogar, ya que uno de los aspectos más notables de la violencia que se ejerce sobre las mujeres, es que en gran parte se da en los hogares y proviene de la pareja conyugal. Los actos violentos a los que recurren con mucha frecuencia los hombres contra las mujeres son golpes, amenazas, agresión verbal, encierro doméstico, prohibiciones y ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando incluso en casos extremos a amenazas de muerte y al homicidio (INEGI, 2001).

Como se ha planteado la violencia dirigida hacia el sexo femenino es un problema de consecuencias graves, el cual se debe combatir de manera inmediata. Muchas mujeres no sólo sufren del trato violento del esposo, sino que también son maltratadas por la suegra, las cuñadas y hasta por los propios padres o por sus hijos e hijas. Pero no sólo las mujeres sufren violencia, también hay hombres que la padecen, ya sea golpeados, insultados, humillados o violados por otros hombres (SEP, 2003. p34).

Así mismo, hay mujeres que ejercen violencia en contra de los hombres. López y Sánchez (2002) mencionan que la violencia contra la mujer o violencia de género es otra manifestación de abuso de poder y dominación, que se ejerce a través de acciones u omisiones físicas, psicológicas, sexuales o sociales que menoscaban su desarrollo integral.

Así que dentro de este tipo de violencia se ubicará la violencia que se ejerce tanto a las mujeres como a los hombres.

Si bien es cierto, que después de dos décadas de movilización y denuncia podemos decir que actualmente existe una mayor sensibilidad y reacción social ante el problema que viven las mujeres, así como nuevas propuestas legislativas e iniciativas políticas. También lo es el hecho de que ahora más mujeres rompen el silencio para dar a conocer sus historias como víctimas de violencia, aunque no por esto, este grupo deje de ser minoría, ya que el número solo es una representación del problema. Sin embargo, aún hay mucho camino por recorrer.

Como ya se menciona, dentro del seno familiar también se presenta la violencia dirigida al anciano, de la cual hablaremos a continuación.

1.4.3. Violencia hacia los Ancianos.

Otras víctimas potenciales de la violencia familiar y cuya victimización comenzaría a ser visible socialmente, fueron las personas mayores. Si los niños maltratados se “descubrieron” en los años sesenta, las mujeres en los años setenta, y el maltrato a los ancianos en la familia comenzó a “descubrirse” en la década de los ochenta, justo una década después del primer monográfico sobre violencia familiar, surge la primera investigación sobre malos tratos a los ancianos (Gracia, 2002), a mediados de los años setenta comenzaron a oírse algunas voces que alertaban sobre el hecho de que las personas mayores también eran víctimas de la violencia y la crueldad de sus familiares. Sin embargo, estas voces tuvieron un escaso impacto inmediato en la sociedad en general, ya que fue hasta la década de los ochenta cuando empezó a considerarse como un problema social.

Entre las distintas causas que justifican que se haya tomado conciencia de esta realidad es que: a) los familiares de las víctimas hayan intentado e intenten ocultar el maltrato, y b) que en algunos casos los profesionales de la salud consideraran los comentarios de los ancianos como producto de la edad, esto debido a los cambios sensoriales, físicos y psicológicos que el anciano vive y que provocan la gran dependencia que tiene hacia sus familiares, cuidadores o instituciones (De Torres y Espada, 1996). Así, dentro de los factores que intervienen en el maltrato a los ancianos se consideran los siguientes:

- Dinámica familiar, que se refiere a la existencia de un estilo de comportamiento violento en la relación familiar.
- Dependencia y enfermedades, el anciano se encuentra indefenso ya que necesita las atenciones de los que le maltratan y además su estado de salud cada vez va empeorando y lo hace cada vez más dependiente.
- Otro factor importante es que la atención al anciano puede suponer una fuente de nerviosismo y de problemas que los hijos no son capaces de solucionar de forma adecuada.
- Las fuentes de conflicto externas que pueden provocar la violencia en el seno de la familia.
- Por último, hay que señalar que la actitud de la sociedad hacia los ancianos ejerce una gran influencia en el trato que se les brinda en la familia.

Estos hechos hacen que el anciano sufra circunstancias similares a las víctimas de maltrato como mujeres y niños, ya que el anciano al igual que los niños no tienen más remedio que confiar en sus familiares o cuidadores para satisfacer sus necesidades básicas. Esta circunstancia lo coloca en una posición muy débil ante los demás ya que, en el caso de que exista maltrato se verá forzado a continuar de esta manera con quienes lo maltratan.

Así, el interés de la víctima por ocultar el maltrato en el caso de los ancianos, se puede interpretar que es aún mayor que en los casos de las mujeres y niños, esto puede ser un motivo de la carencia de datos sobre los casos de maltrato al anciano en el hogar, ya que según De Torres y Espada (op.cit) uno de los motivos que más influyen en dicha ocultación es la vergüenza que provoca a la persona mayor hacer público que su hijo o hija se comporten de una forma violenta con ella, ya que en estos casos el amor que sienten por sus hijos es mucho mayor que su deseo de ser tratados justamente.

Este tipo de maltrato no ha sido estudiado ampliamente, ya que se considera que el trato que se les da a los ancianos es "normal" debido a sus condiciones físicas y psicológicas, sin embargo, las actitudes y prácticas colectivas en relación con la ancianidad ejercen sobre las personas mayores un efecto desmoralizador, dichas actitudes negativas de la sociedad respecto a la vejez son unos estereotipos no justificados (Bravo y López,2001).

Al anciano se le va dejando solo, llegando al extremo de que la familia en muchas ocasiones termina ignorándolo, ocupándose sólo de sus primeras necesidades como son la alimentación y el cuidado médico. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente existen escasos o nulos datos disponibles sobre personas mayores maltratadas en la familia.

Hasta ahora y después de haber descrito las formas en que se presenta la violencia familiar, pareciera que el único agresor es o pudiera ser el hombre de la casa, esto debido a la concepción social y cultural que se tiene de él, pese a lo anterior, hoy en día se sabe que también el hombre es víctima de la violencia que se genera dentro de la familia, lo cual se amplía en el siguiente apartado.

1.4.4. Violencia hacia los Hombres.

Cuando se habla del tema de la violencia inmediatamente se nos vienen a la mente mujeres y niños maltratados, debido a que ellos son quienes diariamente y por muchos años la han padecido, en las últimas décadas se le ha dado continuidad al estudio sobre este, demostrando que la violencia ha imperado en los diferentes núcleos sociales, enfatizando así quién adquiere el poder para dominar y controlar a otro. Sin embargo, hoy en día no solo la mujer y los niños son sometidos bajo un tipo de violencia, sino también el hombre.

Según Berkowitz (1996, p 271) "Un punto importante en la relación hombre -mujer en las familias propensas a la violencia es que las mujeres también pueden mostrarse agresivas, ya que en muy diversas formas, independientemente de las diferencias según el sexo en las estadísticas de violencia fuera de casa, dentro de la familia las mujeres no eran menos propensas que los hombres a pegar, dar patadas o golpear a sus cónyuges, y tampoco

eran menos propensas a amenazar a sus maridos con armas de fuego o cuchillos”. De igual forma los hallazgos que se obtuvieron en un estudio independiente de entrevistas reveló que “las mujeres manifiestan golpear a sus maridos casi con la misma frecuencia con que los maridos manifiestan golpear a las mujeres y era mayor la proporción de hombres que de mujeres que manifestaban haber sido golpeados por sus cónyuges” (op. cit, p272). Esto demuestra que los hombres a menudo son víctimas de la violencia conyugal.

A lo largo de la historia se les ha enseñado a los hombres que las mujeres son el sexo débil, quienes necesitan protección y apoyo de parte del hombre. Si un hombre es sensible a las necesidades de su cuerpo y a las emociones, no será reconocido por su cultura como varonil. Una forma en que los hombres han sido violentados de alguna manera es la paternidad, ya que estos han sido excluidos de este proceso (Benítez y Martínez, 2000).

Debemos tomar en cuenta que la violencia no solo se puede presentar como golpes o agresiones verbales, sino también sexuales, en cuanto a los hombres que son víctimas de abuso sexual, Copado y Cruz (1998) consideran que el varón está condicionado para que no denuncie y así se mantiene vigente su masculinidad, es decir, se le mantiene como un aparato ideológico que protege a los varones de una sociedad, proyectándolos como seres immaculables, casi perfectos, incapaces de cometer un error o sufrir daño, como lo sufriría el otro género. Así mismo consideran que los hombres victimizados no se atreven a denunciar, tal vez, por que se sienten aturridos por lo acontecido o por que piensan que la policía no dará crédito a sus explicaciones (op. cit. p100).

Debemos tomar en cuenta que es difícil para cualquier miembro de la familia pero para los hombres anunciar y denunciar que han sido agredidos lo es aún más, ya que en nuestra sociedad se nos condiciona a creer que los varones tienen que estar siempre “en control” de sus emociones, de otras personas y de su ambiente y se les ha enseñado a definirse como “hombres”. En consecuencia, muchos hombres no esperan ser víctimas, cuando esto ocurre, frecuentemente viene como un choque al estar fuera de la experiencia normal de los hombres.

La masculinidad es construida y su significado depende del contexto sociocultural en el que estemos situados, existe como ideología, como conducta codificada; existe en el marco de relaciones de género. También existe otro problema que se refiere a la imposición de una masculinidad tradicional pues como ya mencionábamos anteriormente, ésta implica una serie de roles que muchos hombres no quieren realizar pero que la sociedad les impone. De esta manera los hombres están contruidos para ser poderosos, agresivos, competitivos y no mostrar sus sentimientos. La masculinidad es equiparada con el poder sobre las mujeres y sobre otros hombres. Cuando los hombres se cuestionan su pérdida de poder, experimentan sentimientos de fragilidad ya que el organismo central que lo caracteriza ante la sociedad es proteger a las mujeres de los hombres (Benítez y Martínez, 2000).

Bell (1987) considera que los hombres están padeciendo cambios de importancia considerable en todo lo referente a sus vidas. A lo largo de la pasada década, el movimiento de liberación de la mujer, así como algunas transformaciones radicales del entorno socioeconómico, han hecho que se vieran de manera muy distinta a como nos veíamos antes, y menciona que tal vez se lleguen a entender los hombres a sí mismos, que

experimenten una serie de sensaciones ambivalentes respecto a la propia idea de ellos, tales sentimientos, de hecho, debieran entenderse en la actualidad como síntomas de un dolor en aumento, propio del desarrollo de una masculinidad nueva y más plena, una masculinidad que permite, al tiempo que sacar adelante las ambiciones profesionales, expresar las emociones y participar en la crianza de los hijos.

Las mujeres tienen diversos espacios ganados por ellas mismas a favor de tener una vida mejor, estos van desde el médico, el dentista, grupos de apoyo en diversas áreas, por el contrario existen pocos o más bien nulos espacios en servicio de los hombres. Esto hace hincapié en el hecho de que los hombres victimizados no tienen aún la atención merecida ya que según diversos estudios viven sino en la misma proporción, sí las mismas agresiones por las mujeres.

Cuando la violencia en contra de los hombres, es ejercida por mujeres entran en juego los cuestionamientos pues se supone que él es el fuerte y el que tiene el poder, lo que le debería posibilitar dominar a cualquier mujer. Este estereotipo de género olvida de principio el papel que juegan los factores psicológicos para llegar a determinar una relación de poder y se constituye como uno de los mitos facilitadores del silencio de muchos hombres víctimas de violencia. Sin dejar de considerar que, tanto hombres como mujeres abusan del otro.

Como se ha visto a lo largo del capítulo, las víctimas de la violencia familiar (niños, mujeres, hombres y ancianos), tienen en común su vulnerabilidad, la cual obedece a muy diversos factores, como por ejemplo, su condición de dependencia económica y/o afectiva, su desvinculación del medio social, su imposibilidad de tener acceso a los espacios de procuración de justicia (por desconocimiento de cómo hacerlo o por falta de capacidad jurídica) y por su condición de migrantes, entre otros muchos aspectos (INEGI, 2001).

Sin embargo, cada uno de los miembros que conforman la familia, son propensos de sufrir violencia, pero sin duda en los niños y ancianos recae mayor probabilidad, ya que se encuentran a la expectativa de sus progenitores o cuidadores.

REFERENCIAS DEL CAPITULO 1.

- Bell, H.D. (1987) Ser Varón: La paradoja de la Masculinidad. España: Tusquets
- Benítez, M.J.C., y Martínez, Q. K. (2000) Un Estudio Teórico de la Violencia hacia el Género Masculino. Tesis de Lic. De Psicología. UNAM: ENEP-Iztacala.
- Berkowitz, L. (1996) Agresión, Causas, Consecuencias y Control. España: Desclée de Brouwer.
- Bravo, G. M. y López, V. M. (2001) Las expectativas sobre la relación de Pareja como un factor que incide en la Violencia Conyugal. Tesis de Lic. Psicología. UNAM: FES-Iztacala.
- Copado, V. M. A. Y Cruz, J. P. (1998) Análisis Teórico acerca del Abuso Sexual hacia Varones y sus Consecuencias en la edad adulta ¿Un atentado a la Masculinidad?. Tesis de Lic. Psicología. UNAM: ENEP-Iztacala.
- Corsi, J. (1995) Violencia Masculina en la Pareja: Una Aproximación al Diagnóstico y a los Modelos de Intervención. Argentina: Paídos.
- De Torres, P. y Espada, F. J. (1996) Violencia en Casa. España: Aguilar.
- Gracia, F. E. (2002) Las Víctimas Invisibles de la Violencia Familiar. España: Paídos
- Hierro, G. (1998) Violencia de Género. Revista Psicológica y Ciencia Social. (2), 3-8.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2001) Mujeres y Hombres en México. México: INEGI
- Instituto Nacional de las Mujeres (2004) Tercer informe de Labores 2003-2004. México
- López, C. L. O y Sánchez, P. M. (2002) Manual para la prevención de la Violencia en Pareja. UNAM: FES-Iztacala
- Trujano, R.P. (2001) Violencia Conyugal: Cuando la Víctima es el varón y la Agresora su compañera. Revista de Psicoterapia y Familia, 14 (2), 29-29
- Secretaría de Desarrollo Social (2001) tercer Informe Anual de Actividades Julio 2000-Junio 2001. México: SEDESOL
- SEP (2003) La Violencia en la Familia. México: Conaliteg.

2. MALTRATO INFANTIL.

El maltrato de los niños ha sido una constante a lo largo de la historia humana. Desde las civilizaciones antiguas hasta la actualidad, los menores se han visto sometidos al ejercicio incuestionable de la autoridad de los adultos, siendo esta en forma violenta.

Las formas de maltrato de los niños son incontables; algunas de ellas han tenido un sentido religioso como en el caso de los sacrificios, los que se encuentran tanto en textos bíblicos como en los relatos de sociedades prehispánicas, otras, se agrupan en el orden del control natal o de la pureza de las razas, lo que lleva a la eliminación de los menores nacidos con algún defecto o al infanticidio como forma de control demográfico; otras más dan cuenta, simplemente del poder que el adulto puede ejercer sobre la integridad física y emocional, pero principalmente sobre la vida de un menor, convirtiéndolo así en víctima de maltrato infantil, como se les llamará en el presente trabajo.

La niñez dentro de la escala social, es una de las etapas del desarrollo del ser humano vulnerable a la violación de sus derechos, básicamente por el estado de indefensión para hacerlos valer. Dicha indefensión, según Herrera (1997) es propiciada no por la falta de experiencia, madurez, o inhabilidades conductuales de los menores, sino por las relaciones y confusiones en las inadecuadas aplicaciones conceptuales de términos tales como jerarquía, respeto, obediencia y poder. Debido al establecimiento de jerarquías y manejo del poder inadecuados incurre en el ejercicio de la violencia dirigido a los más vulnerables de la escala social, por lo cual el adulto respecto al menor tiene la ventaja que le da su posición de poder, autoridad o afecto.

Socialmente se educa a los menores bajo la siguiente lógica: a) Quién tiene jerarquía posee poder, b) A quién tiene el poder se le obedece y c) Quién obedece es respetuoso. Entonces los padres y en general los mayores tienen la jerarquía y por tanto poder sobre los niños y niñas, a los adultos se les obedece y si el menor obedece es respetuoso, si no, es irrespetuoso y por tanto merecedor a sanciones afectivas y sociales.

Ante estas formas que se incrustan en los estilos de crianza de nuestro entorno social surge en el menor la sobrevaloración del adulto respecto a su propia persona. De esta manera los esfuerzos de los niños para protegerse a sí mismos frecuentemente son ignorados por el adulto de quien dependen, se les enseña que no deben discutir ni resistir, es por eso que con frecuencia los adultos se aprovechan de la dependencia del niño hacia el mayor. Así los niños por ser vulnerables, se convierten en víctimas de diferentes situaciones.

La violencia hacia los niños y las niñas llamada maltrato infantil es un fenómeno que se da en diferentes sociedades y momentos históricos, y en la actualidad, como se ha venido planteando nuestra sociedad no es la excepción. Por lo que es importante conocer como se define, los tipos de maltrato que existen, la forma de detección, así como los factores que influyen para que esté se presente, cubriendo así el objetivo del presente capítulo.

2.1. Definición del Maltrato Infantil.

Desde el punto de vista de Besharov (1981, cit en Arruabarrena y De Paul, 1997) no hay una verdadera uniformidad en lo que se entiende por maltrato, ni en los diferentes indicadores individuales, familiares o sociales que se presentan en cada tipología del maltrato. Lo anterior se puede observar en las definiciones que a continuación se presentan.

Para Kempe (1961, cit en Rochin, 1995) es el "... uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño..."

En el caso De Torres y Espada (1996) se considera maltrato a cualquier forma o tipo de comportamiento mediante el cual se vulneren, o se ignore, cualquiera de los derechos del niño".

Herrera (1997) El maltrato es toda agresión física y/o psicológica producida a la niña o niño por sus padres, hermanos, familiares, amigos, vecinos u otras personas.

Según el INEGI (2001) "Cualquier tipo de violencia implica maltrato y esté se asocia con la acción o acciones intencionales que lesionan no sólo físicamente al individuo, sino también su dignidad e integridad como persona"

Estas definiciones se hacen desde diferentes puntos de vista haciendo referencia principalmente al comportamiento no esperado de los padres siendo este el de protección y cuidado y a las consecuencias que produce el maltrato en los menores. Por otro lado, el maltrato suele disfrazarse como una forma de corregir, educar y disciplinar, teniendo como consecuencia incapacidad física y emocional del niño o la niña, ocasionando en algunos casos la muerte de éstos.

Así reuniendo las definiciones anteriormente expuestas, se considera maltrato a todo comportamiento no esperado de los padres respecto a los hijos que pueda incidir de forma negativa o dañina sobre el adecuado desarrollo físico y emocional del niño, bien sea por acción (conductas como golpear) o por omisión (no desempeñar su papel de cuidado y protección).

2.2. Tipos de Maltrato Infantil.

Primeramente se menciona la clasificación que proporcionan De Torres y Espada (op. cit) en cuanto al maltrato infantil, siendo esta dividida en dos áreas, en las que se tienen en cuenta tres aspectos; si el maltrato se produce antes o después de que nazca el niño, quiénes son los autores y dónde tiene lugar. Estos son:

- Maltrato Prenatal: Son actuaciones y comportamientos de la madre que tienen influencias negativas o patológicas en el feto.
- Maltrato Postnatal: Son todos aquellos daños que se inflingen al niño después de su nacimiento.

Así mismo mencionan las formas en que pueden ser maltratados los niños después del nacimiento. El esquema fundamental se basa en dos subdivisiones: activo o pasivo y físico o emocional. Los cuales son definidos como:

- Maltrato activo se debe a cualquier tipo de intervención de la persona que maltrata provocando un daño físico o emocional en el menor.
- Maltrato pasivo es aquel que se produce cuando los padres dejan de atender las necesidades básicas de sus hijos.
- En el maltrato físico el daño se presenta claramente en forma de violencia física (agresiones, golpes, etc), En el maltrato emocional no interviene dicha violencia.

Para Ortega (1998) la clasificación es de dos formas:

- La activa se refiere a la agresión física considerando lesiones físicas y abuso fetal.
- La pasiva es la agresión psíquica, abuso sexual (por el daño físico y/o emocional que causa) y Deprivación emocional (síndrome de Munchausen y niños de la guerra).

Al respecto Maher (1990) considera que debe analizarse el contexto histórico y cultural del maltrato, ya que este empieza desde los modos de crianza infantil que se han dado a través de la historia, y los clasifica en:

- Modo infanticida (antigüedad a siglo IV d. C.)
- Modo de abandono (siglos IV a VIII)
- Modo ambivalente (siglo XIV a XVII)
- Modo de intromisión (siglo XVIII)
- Modo de socialización (siglo XIX a XX)
- Modo de ayuda (mediados del siglo XX).

Los tipos de maltrato los divide en 4 grupos:

1. Lesiones físicas:
 - a) Fetales
 - b) Serias: fracturas, lesiones de cabeza, lesiones internas, quemaduras, ingestión de sustancias tóxicas
 - c) Moderadas: lesiones de tejidos blandos de naturaleza superficial
2. Negligencia Física: Exposición a peligros de diferentes clases, incluyendo frío y hambre.
3. Deficiencias en el Crecimiento y Maltrato Emocional:
 - Diagnosticado médicamente como padecimiento de deficiencias no orgánicas para crecer, o cuyo comportamiento y desarrollo emocional hayan sido severamente afectados.
4. Abuso Sexual: involucración sexual del niño por parte de los padres o custodios.

Para Loredó (1994) los tipos de maltrato son 3:

1. Agresión Física (Lesiones por golpes, quemaduras)
2. Abuso Sexual (Violación, Incesto, Manipulación de genitales y Fomento de la Prostitución)
3. Deprivación Emocional (Síndrome de Munchausen en niños, Abuso fetal, Abuso infantil de tipo ritual o religioso, Niños de la guerra y Niños en y de la calle.

Rochin (1995) considera que hay una extensa variedad de conductas que incluyen a la agresión física de manera destacada, pero también a la violencia psicológica y sexual, al descuido y a la negligencia como formas del maltrato.

Las formas de Maltrato después del Nacimiento según De Torres y Espada (1996) y Arruabarrena y De Paul, (1997) son:

- Físico: Explotación Laboral, Explotación sexual, Mendicidad, Corrupción, Síndrome de Munchausen Por poderes
Activo: Maltrato Físico y Abuso Sexual
Pasivo: Abandono Físico o Negligencia
- Emocional
Activo: Maltrato Emocional
Pasivo: Abandono Emocional

Finalmente Herrera (1997) menciona que los tipos de maltrato son 4: físico, emocional o psicológico, por negligencia y abuso sexual.

Es importante saber que el maltrato no solo se presenta en el hogar sino también en la escuela, y otros centros donde los niños se desenvuelven, sin embargo hay que enfatizar que para efectos del presente trabajo solo se abordaran los que se presentan en el ámbito familiar y que han sido descritos por Loredo (1994), De Torres y Espada (1996), Herrera (1997), y Arruabarrena y De Paul (1997), asimismo se hace la siguiente clasificación.

El maltrato se presenta como:

- Maltrato Psicológico activo y pasivo
- Maltrato Físico activo y pasivo
- Abuso Sexual

Cabe mencionar que en cada uno de los apartados que a continuación se presentan, se proporciona la definición de cada uno de los tipos de maltrato de la clasificación anterior.

2.2.1. Maltrato Psicológico Activo y Pasivo.

Se considera que el maltrato psicológico activo o maltrato emocional se produce cuando la relación entre cualquier adulto del grupo familiar y el menor se desarrolla en un clima de tensión u hostilidad verbal en el que el primero ejerce violencia verbal sobre el segundo. Por ejemplo cuando hay amenazas de agresión física, de abandono o castigo, críticas ó se le culpabiliza, insultos reiterados, burla y muestras de desprecio, conductas que llevan al niño a permanecer aislado y que van desde no permitirle salir ni tener amigos hasta encerrarle en su habitación.

El maltrato psicológico pasivo que de igual forma llamaremos abandono emocional es la falta continua de respuesta, por parte del adulto, a las iniciativas afectivas y de atención del niño y sus expresiones emocionales (sonrisa y llanto), ignorando sus necesidades; esto provocará diversos problemas en su desarrollo emocional y psicoafectivo. La forma más habitual del abandono emocional es la pauta continuada que manifiestan los padres de ignorar o mostrarse indiferentes ante el niño. El adulto no proporciona la estimulación afectiva necesaria para su desarrollo, dificultando de esta manera su maduración intelectual y emocional.

2.2.1.1. Detección y Consecuencias del Maltrato Psicológico Activo y Pasivo.

Este tipo de maltrato tiene una influencia muy negativa en el desarrollo de la personalidad del menor. Puede presentarse de cinco formas: rechazo, aislamiento, terror y corrupción, además ignorar al niño.

Afecta el autoestima del niño o niña y puede conducir a un aislamiento, agresividad o impulsividad, según los autores es difícil de identificar, siendo necesario que se cumplan como requisitos, por ejemplo, el que el comportamiento que tienen los padres del menor pueda ser calificado claramente como maltratante y se mantenga durante un largo periodo de tiempo. Es decir, se debe presentar de manera reiterada y continua y su presencia es claramente perceptible.

Para identificar si un niño está siendo víctima de maltrato psicológico se resumen a continuación en la tabla 1, las señales, comportamiento y emociones dadas por De Torres y Espada (1996) y Arruabarrena y De Paul (1997) que suelen presentar los niños víctimas de maltrato psicológico.

Señales de Maltrato	Comportamiento de Las víctimas de Maltrato	Emociones de Las víctimas de maltrato
-Trastornos del sueño: pesadillas y terrores nocturnos -Retraso en el crecimiento -Trastornos psicósomáticos -Retraimiento social	-Abuso de sustancias psicoactivas -Búsqueda constante de atención por parte del niño -Comportamientos extremos en el niño: agresividad y pasividad	-Sentimientos de infravaloración y baja autoestima -Trastornos emocionales

Tabla 1. Señales, Comportamiento y Emociones de las Víctimas de Maltrato.

El maltrato Psicológico representa una mayor dificultad para la delimitación de los comportamientos y daños concretos que se consideran indicadores de las consecuencias posteriores así lo mencionan los autores mencionados.

2.2.2. Maltrato Físico Activo y Pasivo.

El maltrato físico activo es todo aquel comportamiento como golpes y lesiones, tales como quemaduras, moretones, heridas, pellizcos, fracturas, lesiones que pueden causar la muerte como la asfixia, puñaladas, hemorragias internas por ruptura de órganos y la utilización de objetos o armas utilizados por parte de los padres o cuidadores que tienen como consecuencia lesiones físicas o enfermedad, que sitúan al niño en grave riesgo.

En cuanto al maltrato físico pasivo se puede decir que este se produce cuando los padres no atienden de manera adecuada las necesidades físicas básicas del menor (higiene, vestido, educación, alimentación, cuidados médicos, protección y vigilancia ante situaciones de riesgo) ya sea ocasional o temporalmente.

En la mayoría de las ocasiones no aparecen lesiones o señales externas y sin embargo, se trata de casos de maltrato físico, y para identificar la presencia de maltrato físico se deben cumplir al menos uno de los siguientes requisitos (Arruabarrena y De Paul, 1997):

a) En al menos una ocasión ha sido percibida la presencia de, como mínimo, uno de los indicadores. Las lesiones físicas no son “normales” en el rango de lo previsible en un niño de su edad y características.

b) No se ha percibido claramente ninguno de los indicadores señalados, pero hay un conocimiento certero de que el niño ha padecido alguno de los tipos de lesiones físicas indicadas como resultado de la actuación de sus padres o tutores.

c) No existen lesiones físicas, pero hay un conocimiento certero de que los padres o tutores utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el menor. Para que estos dos tipos de acciones sean calificadas como maltrato físico, deberían estar presentes los siguientes factores:

*La intensidad de la reacción del padre/madre no corresponde con la seriedad de la acción del niño o con la ausencia de acción del menor. O la disciplina administrada no es apropiada o no está en concordancia con los intereses del niño en función de su edad o nivel de desarrollo.

*Parece que el padre/madre no controló su reacción cesando el castigo.

*El niño presenta una reacción de tensión no justificada.

2.2.2.1. Detección del Maltrato Físico Activo y Pasivo.

En ocasiones es fácil identificar con rapidez un caso de maltrato físico activo, así como la forma y localización de las lesiones corporales ya que es poco probable que estas sean provocadas de forma accidental, tales pueden ser:

*Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento

*Las raspaduras o moretones en el rostro, labios o la boca, la espalda, nalgas o muslos, pueden estar en diferentes fases de cicatrización debido a las repetidas agresiones

*Fracturas de nariz o mandíbula

- *Torceduras o dislocaciones
- *Quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillo o planchas o debidas a inmersión en líquidos calientes
- *Señales de mordeduras humanas claramente realizadas por adultos
- *Marcas de ataduras (alambres, hebillas de cinturón) y heridas en diversas fases de cicatrización
- *Intoxicaciones difícilmente explicables (por ejemplo, detergentes o medicinas a las que difícilmente puede acceder el niño)

El maltrato físico pasivo puede señalarse de la siguiente manera:

- *Falta de alimentación o alimentación inadecuada
- *Falta de Higiene o vestuario inapropiado
- *Falta de atención a las necesidades médicas
- *Aspecto demacrado
- *Presencia de enfermedad crónica que nunca ha sido tratada médicamente
- *Sufre continuos accidentes domésticos por descuido

El Maltrato Físico activo y pasivo suele manifestarse de los siguientes modos:

- * A través de castigos y recriminaciones excesivas
- * En los casos de separación matrimonial, cuando se utiliza al niño como portador de mensajes descalificativos e insultos para el otro miembro de la pareja
- * Asignarle responsabilidades excesivas para su edad o capacidad, lo que puede dar lugar a situaciones de riesgo
- * Provocar problemas que dificultan el desarrollo de sus relaciones sociales y amistades
- *Discutir continuamente en presencia del menor creando una atmósfera de tensión y temor que afecta el desarrollo normal del niño
- *Cuando existe una relación excesivamente íntima por parte de alguno de los padres que impide que el niño tenga unas relaciones sociales adecuadas y aprenda a valerse por sí mismo

Respecto a las emociones y el comportamiento consecuencias del maltrato psicológico que presentan las víctimas de maltrato físico se muestran en la tabla 2.

Comportamiento de las Víctimas de Maltrato	Emociones de las Víctimas de Maltrato
-El niño está incomodo o tenso en presencia de sus padres y muestra temor hacia ellos -Llega a la escuela demasiado pronto y permanece en ella después del horario escolar hasta bastante tarde -Muestra un comportamiento apático -Asiste de forma irregular a la escuela -El niño pasa largos periodos de tiempo solo	-El niño muestra sentimientos de rechazo hacia los demás -El niño se siente culpable y merecedor del maltrato. -Siente tristeza y su autoestima es baja

Tabla 2. Comportamiento y Emociones de las Víctimas de Maltrato Infantil.

Los niños que son víctimas de maltrato, no solo reciben golpes, sino también insultos y en ocasiones abusos sexuales es decir, sufren uno o más de un tipo de maltrato ya sea físico-psicológico, físico-sexual, psicológico-sexual ó físico-psicológico-sexual. Siendo según Ortega (1998) el abuso sexual el que causa más daño al menor por las consecuencias psicológicas que este tiene. Debido a lo anterior, se enfatizará en el siguiente apartado, además se incluyen las definiciones dadas por algunos autores.

2.2.3. Abuso Sexual.

El abuso sexual es definido como “aquellos contactos e interacciones entre un niño y un adulto en los que se utiliza al niño para la estimulación sexual de la persona que maltrata. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que la víctima o cuando se halla en una posición de poder o control sobre el niño” (DeTorres y Espada, 1996).

Para Sánchez (1996) se considera abuso sexual cualquier contacto de naturaleza sexual entre un menor y una persona de mayor edad y puede ser desde exhibicionismo hasta penetración genital por la fuerza.

El abuso sexual infantil es también una forma de violencia sexual, la cual, es entendida como el establecimiento de relaciones de poder y dominación a través del ejercicio de la sexualidad impositiva, la violencia sexual puede ser categorizada según Herrera (1997) de la siguiente manera: a) agresiones verbales de contenido sexual, b) Hostigamiento sexual, c) violación y d) Abuso sexual.

Así mismo el abuso sexual puede ser clasificado según De Torres y Espada (1996), Arruabarrena y De Paul (1997) y Herrera (1997) en:

Incesto: El contacto físico sexual o la realización del acto sexual que se realiza por parte de un familiar (hermano, tío o sobrino, padre, padrastro, madre, madrastra, etc) del menor.

Violación: Es el establecimiento de contacto sexual coital sin el consentimiento de la otra persona, en donde intervienen relaciones de poder y la violencia física o moral. El coito vía vaginal y/o anal puede ser mediante el pene, los dedos o cualquier objeto. El coito oral sólo con los genitales y quien ejerce la violación es una persona que se encuentra fuera del ámbito familiar, puede llevarse a cabo dentro o fuera del hogar.

Vejación sexual: Cuando la estimulación sexual se basa en el tocamiento de las zonas erógenas del menor, o en hacer que éste haga lo mismo con el adulto maltratador.

Abuso Sexual sin contacto físico: es la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello y la automasturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con el objeto de buscar gratificación sexual.

Es frecuente encontrar al mismo tiempo varios tipos diferentes de abuso en un menor. Por ejemplo, cuando el agresor lleva a cabo abusos que pueden despertar menos suspicacia o rechazo (caricias, tocamientos) aproximándose a otros comportamientos sexuales (coito, sexo oral, etc) gracias a su habilidad para engañar, confundir o hacer que el menor “guarde el secreto”.

El abuso sexual infantil ha sido un fenómeno que a lo largo de los años ha afectado no únicamente a los menores de edad sino también a la misma familia de la víctima. Este incluye tocamientos inadecuados, inducción a actividades sexuales prematuras, y en su momento a la pornografía y participación en actos sexuales, que incluyen masturbación, prostitución, coito heterosexual, sea vaginal, oral o anal.

A este fenómeno de violencia sexual infantil, Herrera (op.cit) lo ha taxonomizado por tres causales: la fuerza, el engaño o chantaje y la carencia de protección social. Generalmente es un hecho de larga duración, se comete de manera individual, la edad de mayor riesgo es de los 6 a los 9 años de edad, los menores experimentan un trauma post-violación y finalmente el agresor hace uso de la coerción, amenazas y autoridad, más que del uso de la fuerza física.

2.2.3.1. Detección y Consecuencias del Abuso Sexual.

Un niño que fue o esta siendo abusado sexualmente puede presentar indicativos Psicológicos como ansiedad, baja autoestima, culpa, negación de los hechos, depresión, ira, miedo, ideación suicida, evasión de la realidad, vergüenza, auto estigmatización, sentimientos de impotencia, pérdida de la confianza y seguridad, resentimiento, sentimientos ambivalentes, cambios en el rendimiento escolar académico, retraimiento. Aislamiento, necesidad de apoyo, protección y aprobación, sobre generalización en actitudes, de rechazo/aceptación con relación al género, baja tolerancia a la frustración, indefensión, rechazo a figuras específicas, miedo a permanecer solos, miedo a la oscuridad, miedo al aislamiento, miedo a la ruptura del núcleo familiar, preocupación continua por la familia, nerviosismo, etc. Así mismo repercute en conductas como las que se muestran en la tabla 3.

Es importante comprender que el abuso sexual aísla a los menores, ya que se les involucra en una situación que les resulta confusa, pues, pueden sentirse culpables y responsables por lo ocurrido.

Las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que manifiestan las víctimas de abuso sexual, pueden o no superarse, a partir de cuatro elementos fundamentales planteados por Finkelhor (1980, cit en Herrera, 1997): a) el tipo y magnitud de la agresión, las habilidades personales de la víctima, el tipo de apoyo de las personas con quienes convive el menor y la atención profesional especializada. Un niño víctima de abuso puede parecer disociado o mostrar cambios de conductas. Las relaciones con otros niños pueden ser muy pobres; puede parecer renuente a participar en actividades físicas, mostrar letargo y cansancio, la ansiedad y el miedo, pueden significar falta de sueño y energías.

Motoras	Fisiológicas	Sociales
alteraciones del habla, paralenguaje escaso o exagerado, conductas repetitivas, mutismo, llanto, escaso contacto visual, postura corporal encorvada, tensión muscular, masturbación, compulsiva, conductas autodestructivas, conducta agresiva, intento de suicidio, modificaciones conductuales disfuncionales, emisión de conductas sobreprotectoras hacia niños más pequeños o vulnerables, conducta sexual precoz, dependencia a la radio y TV, conductas de escape y/o evasión.	Dermatitis nerviosa, trastornos en el ciclo sueño-vigilia, trastornos en la alimentación, infecciones vaginales, anales, bucales, y de la garganta; alteraciones anatómicas en ano y genitales externos, lesiones diversas, dolor de cabeza y estómago, náuseas, alteraciones estomacales, enuresis, encopresis, vómito, variaciones en el peso corporal.	inhabilidades de contacto social, comportamiento antisocial, dependencia en relaciones interpersonales específicas, necesidad de aprobación social, inasertividad, bajo control de impulsos, ante situaciones lúdicas, problemas para establecer relaciones sociales de amistad a corto y largo plazo con menores de su misma edad, establecimiento de relaciones interpersonales con individuos de mayor edad, comportamientos manipulativos para cubrir necesidades, percepción de un medio ambiente hostil y amenazante, adopción de roles de sumisión y sometimiento, deserción escolar y alteraciones en el desempeño académico.

Tabla 3. Conductas que presentan las Víctimas de Abuso Ssexual.

Sánchez (1996), De Torres y Espada (1996) y Arruabarrena y De Paul (1997) mencionan que el tipo de señales, comportamiento y emociones que suelen presentar los niños víctimas de abuso sexual son los que se presentan en la siguiente tabla núm 4.

Señales de Maltrato	Comportamiento de las Víctimas de Maltrato	Emociones de las Víctimas de Abuso Sexual
-Enfermedades de transmisión sexual -Infecciones genitales o urinarias -Traumatismos o irritación en ano y genitales -Restos de sangre en zona genital difíciles de explicar por la edad o sexo -Dificultades para caminar o sentarse -Disfunciones sexuales -Excesiva curiosidad por el sexo -Abuso sexual sobre otros niños más pequeños	-Comportamiento seductor inapropiado -Comportamiento sexual precoz con menores de su edad -Comportamientos compulsivos -Erotización de la interacción social con los adultos -Conocimientos sobre la sexualidad inapropiados para su edad -Trastornos conductuales y emocionales -Dificultad en aceptar elogios -Tendencia exagerada a ocuparse de los demás	-Sentimientos de ser un producto dañado -Culpabilidad -Miedo -Depresión Autoestima baja y pobreza de destrezas sociales -Ira reprimida y hostilidad -Incapacidad de confiar -Confusión de roles -Incapacidad para sentir el placer plenamente

Tabla 4. Comportamiento y Emociones de las Víctimas de Abuso Sexual.

Ser víctima de maltrato implica ser privado del sentido de control sobre lo que le ocurre al cuerpo y a la mente de uno. La experiencia de maltrato deja a muchos menores con sentimientos de impotencia. Si este no se trata, este sentimiento se lleva hasta la adultez, creando así condiciones para una victimización adicional (Sánchez, 1996). Frecuentemente se sienten obligadas a solicitar indicios de aceptación por parte de sus maltratadores para sentirse menos inferiores como personas.

Para Artur Green (cit. en Ortega, 1998) las secuelas del abuso infantil provocan en infantes y niños de preescolar efectos negativos (ansiedad), baja expresión afectiva, pasividad motora, miedo a los adultos, inmovilidad. En los niños en edad escolar: retraimiento, conductas negativas (agresión, miedo), desórdenes estresantes, relaciones patológicas, mecanismos de defensa primitivos, bajo control de impulsos, pobre autoconcepto y depresión, conducta masoquista y autodestructiva, dificultades en la adaptación escolar y problemas del sistema nervioso central.

Todo tipo de violencia deja huellas, desde la más abierta, hasta la más sutil afectan al menor en su personalidad, sin embargo se ha mostrado mayor interés por atender las secuelas inmediatas, visibles y comprobables en el cuerpo, que en las que los efectos se manifiestan en la personalidad o el comportamiento a largo plazo, las secuelas pueden ser muy variadas, desde la depresión hasta la necesidad de hacer padecer a otros lo que se padeció en la infancia (op. cit). Convirtiéndose así una persona de víctima a victimario.

Como se ha visto, cualquier tipo de maltrato trae consigo diversas consecuencias para el niño que lo recibe, por lo que debemos tener en cuenta que cualquier acción tomada en contra de los niños o niñas repercute tanto en su desarrollo físico como en el psicológico y sexual, por lo que no debemos restar importancia a alguno de estos, ya que aún cuando no repercutan en el mismo grado sobre el desarrollo del niño, si le dejan secuelas difíciles de superar, además considerando que aún cuando los niños tienen derechos reconocidos mundialmente, carecen de capacidad para ejercerlos y no tienen más remedio que confiar en la educación y cuidados que sus mayores les proporcionan. Por tanto, tenemos la obligación de dar un mejor presente a cada uno de los niños que forman parte de nuestra sociedad para así poder forjarles un mejor futuro.

Así mismo, es indispensable conocer cuales son los factores que influyen para que se presente el maltrato, los cuales se abordaran en el siguiente apartado.

2.3. Factores que Influyen en el Maltrato Infantil.

De Torres y Espada (1996) mencionan que el maltrato a menores se produce independientemente de su edad, sexo, y grupo social, por lo que hay que hacer referencia forzosa a factores de riesgo que abarquen las características de las personas implicadas en la situación de maltrato y las variables ambientales que pueden favorecer dicha situación.

Entre los factores de riesgo más importantes del Maltrato mencionan los siguientes:

- Características individuales del agresor o agresores
- Características del miembro no agresor de la pareja
- Características del menor que se convierte en víctima de maltrato
- Factores familiares
- Factores culturales y ambientales

Según Ortega (1998) su origen es multifactorial: factores sociales, individuales o familiares. Estimulantes legales o ilegales, desintegración familiar, promiscuidad, estrés, desadaptación social y el “síndrome del vampiro” (el maltratador, de pequeño sufrió agresiones).

De torres y Espada, (1996, p 33) consideran que en muchos casos, las actitudes y comportamientos negligentes de los padres para con sus hijos pueden deberse a la inexperiencia o a la ignorancia, resultado de factores socioculturales, de alcanzar la paternidad a una edad excesivamente temprana. Asimismo menciona las características de algunos menores que los hacen más susceptibles de sufrir maltrato tales como:

- a) Embarazo no deseado
- b) Sexo no esperado del niño
- c) Cuando el niño es discapacitado
- d) Cuando presentan trastornos de comportamiento, hiperactividad, respuestas de irritabilidad continuadas o llanto frecuente, que los padres no son capaces de controlar
- e) Niños sanos pero vulnerables por ser *distintos* a lo que habían planeado sus padres para ellos
- f) Niños con fracaso escolar

Loredo (1994) y De torres y Espada, (1996) mencionan algunos aspectos que pueden desencadenar el maltrato, que sin ser de base etiológica, si son un factor que precipita el desencadenamiento, y son:

- a) La muerte de un familiar
- b) Un divorcio
- c) La pérdida del empleo
- d) Eventos que alteran el carácter de los padres.
- e) Familia Numerosa
- f) Padres muy jóvenes
- g) Diferencias conyugales
- h) Convivencia de hijos de padres diferentes
- i) Relaciones familiares violentas
- j) Escaso apoyo social y familiar en momentos de necesidad
- k) Familias monoparentales
- l) Estrés familiar permanente
- m) Vivienda inadecuada para el grupo familiar
- n) Desempleo o situación laboral inestables
- o) Ingresos insuficientes para cubrir las necesidades básicas

Existen también otros factores que permiten que el maltrato se perpetúe (Maher, 1990, p38), tales como la poca edad de los padres, historia criminal de violencia, la precocidad y los problemas prenatales, impedimentos físicos o enfermedad del niño, aislamiento social, bajos ingresos y desempleo, los niños maltratados física y sexualmente lo son por padres que a su vez fueron víctimas del maltrato.

Respecto a los factores que favorecen que se presente el abuso sexual tenemos dos clasificaciones que se subdividen en:

- 1) Familiares
 - Incapacidad o enfermedad de la madre
 - Ausencia de padres biológicos

- Conflictos de pareja con alejamiento sexual
- Inversión de roles paterno-filiales
- 2) Del menor
 - Ser niña o niño
 - Estar en los inicios de la pubertad
 - Sufrir alguna discapacidad física

2.3.1. Características de los Agresores.

Dentro de los factores que generan el maltrato de los niños, señalan los que refieren Osorio y Nieto (1998), ya que en muchas ocasiones los agresores, generalmente los padres o tutores, tuvieron ascendientes que los maltrataron, lo cual dio como resultado que crecieran con lesiones físicas y emocionales que les produjeron la creencia de que no eran “buenos”, lo que conduce a un sentimiento de rechazo y subestimación de sí mismo que los hace deprimidos e inmaduros. La frustración de los padres casi siempre deriva en castigo hacia sus hijos, ya que en éstos descargan sus tendencias negativas y afirman que el agresor padeció una infancia difícil en la que conoció la humillación, el desprecio, la crítica destructiva y el maltrato físico, lo cual hizo que llegara a la edad adulta sin autoestima ni confianza, esto les provocó una vida precaria que luego proyectaron hacia los demás, entre ellos a sus hijos. El agresor es un sujeto inadaptado que se cree incomprendido y que suele ser impulsivo e incapaz de organizar el hogar, situaciones que lo conducen a reaccionar violentamente en contra de sus hijos, en especial en momentos de crisis, sean triviales o graves, circunstancias en que se sienten amenazados y que dirigen su agresividad o frustración hacia los hijos, quienes con su llanto agravan la situación ya de por sí tensa y embarazosa.

Según Whaley (2003) existen características comunes en las personas abusadoras, abusadas y en los testigos de la situación. La persona abusadora tiene como características: *Dueñez*, ya que se siente dueño de la persona de la cual abusa, como si le perteneciera, la *Impunidad*, ya que el abusador tiene la idea de que su acción maltratante no es punible, supone que la explicación que ofrece de su actitud va a ser aceptada y comprendida por las personas del contexto, y aún por la persona abusada. *Centralidad* se justifican a sí mismas, aún cuando su acción esté dañando francamente al otro, daño que tienden a no registrar o a minimizar. *Control*, el abusador cree muchas veces, sobre todo cuando se trata de un padre, que él debe controlar las conductas de los miembros de su familia, y por último *Autoridad* sin confrontaciones, ya que en la sociedad la mujer no se ve como figura de autoridad en su propia familia.

La víctima según Whaley (2003) es una persona que ha recibido una lesión física demostrable, deliberada, grave y repetida por parte de su compañero marital o cohabitante y que además tiene las siguientes características. Incondicionalidad, amor, disminución de poder, disminución del propio valor, y disminución del registro del malestar.

Berkowitz (1996) acerca de las características de los agresores menciona que muchas de estas personas habían sido agredidas durante su infancia y considera que la violencia engendra violencia ya que las personas que están expuestas a la agresión durante sus años de formación tienden a mostrar ellos mismos inclinaciones agresivas, pero que existen excepciones. Afirma que los progenitores que tratan con dureza a sus hijos suelen tener hijos con inclinaciones agresivas, además, un gran porcentaje de estos jóvenes agresivos no sólo agreden a otros niños que le rodean, también siguen manteniendo sus formas agresivas a lo largo de la adolescencia y de la edad adulta.

En algunos de los agresores aparecen sentimientos de culpa, mismos que según Sánchez (1996) lejos de deberse a las consecuencias psicológicas o traumáticas que dejaron en los niños, se deben más bien al hecho de que saben que lo que hacen, es algo prohibido, pecaminoso, y delictuoso. En el caso del abuso sexual, no solo niegan su falta, sino que incluso, culpan a los menores de conductas seductoras para con ellos. Asimismo, menciona que los culpables llegaron a convertirse en victimarios debido a una serie de limitaciones y carencias afectivas aprendidas a lo largo de su vida. Encontró que todos fueron niños golpeados y/o maltratados psicológicamente en su infancia, que provenían de familias disfuncionales con poca o nula comunicación. Esto quiere decir que los agresores de niños necesitan urgentemente, además del castigo atención especializada, que los haga tomar conciencia tanto del daño emocional que ocasionan sus conductas a los menores, como de las causas psicológicas que los inducen a tener contactos sexuales con menores.

Los factores que propician el maltrato infantil pueden ser uno o varios, pero todos contribuyen de alguna forma a que se presente, pero sea cual sea el factor desencadenante produce consecuencias que van a ser psicológicas o emocionales, independientemente de los daños físicos o carencias de cualquier tipo que sufra el niño.

Habiendo definido el maltrato infantil, así como los tipos de este, los factores que lo propician y las consecuencias que este provoca, es necesario hablar acerca de la intervención en las víctimas de maltrato, lo cual se abordará en el siguiente capítulo.

Como ya se ha manifestado, muchos adultos agresores fueron a su vez niños maltratados que tuvieron infancias desafortunadas, y estas situaciones se manifiestan, en la edad adulta, en actitudes de inafectividad, pues como en su niñez carecieron de afecto, les resulta difícil, cuando no imposible, desarrollarlo y manifestarlo.

El niño golpeado por su parte, crece con una gran carga de agresividad reprimida que va a proyectar hacia la nueva familia, pues es muy probable que sea el adulto quien maltrata a la mujer y a los hijos. Las vivencias de la niñez del agredido se van a proyectar sobre la nueva familia, sobre los hijos, y será un padre agresor. Además del maltratamiento físico, es muy probable que el sujeto que sufrió agresiones de niños, sea negligente en el cumplimiento de sus obligaciones dentro del hogar, y el mismo cuadro familiar deteriorado, negativo, inestable, en el cual se desarrolló en su niñez, se va a repetir en su nueva familia. Ya que, así como él fue un niño maltratado, sus hijos los serán, y es posible que esto origine una larga y triste cadena de maltrato a los niños, que sólo será interrumpida por una adecuada tarea de rehabilitación y prevención, proporcionando así, una nueva forma de afrontar el maltrato que vive o vivió.

Asimismo, cabe señalar que la manera en que un niño que sufre maltrato en su familia, o en su defecto lo vivió, reciba una rehabilitación para que en un futuro no muy lejano, cierre la cadena de maltrato en el cual esta sumergido, y no sea un agresor más, que dañe a otros niños con quienes conviva o convivirá, además la intervención bajo la cual sea sometido deberá proporcionar las herramientas para vivir con las formas de maltrato que haya sufrido sin que éstas afecten más en su vida diaria, de las formas de tratamiento utilizadas se hablara en el siguiente capítulo.

Los factores que propician el maltrato infantil pueden ser uno o varios, pero todos contribuyen de alguna forma a que se presente, pero sea cual sea el factor desencadenante produce consecuencias que van a ser psicológicas o emocionales, independientemente de los daños físicos o carencias de cualquier tipo que sufra el niño.

Habiendo definido el maltrato infantil, así como los tipos de este, los factores que lo propician y las consecuencias que este provoca, es necesario hablar acerca de la intervención en las víctimas de maltrato, lo cual se abordara en el siguiente capítulo.

REFERENCIAS DEL CAPITULO 2.

Arruabarrena, M.I. y De Paul, J.(1997) Maltrato a los Niños en la Familia. Evaluación y Tratamiento. España: Piramide

De Torres, P. y Espada, F. (1996) Violencia en Casa. España: Aguilar.

Herrera P. V. (1997) El Trabajo del Psicólogo dentro de la PGJEM en Atención y Prevención al abuso Sexual Infantil. Reporte de Trabajo Profesional. UNAM: Iztacala.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2001) Mujeres y Hombres en México. México: INEGI

Loredo A. (1994) El Maltrato al Menor. México: McGrawHill.

Maher, P. (1990) El abuso contra los niños. México: Grijalbo

Ortega, C. M. J. (1998) Detección, Prevención y Tratamiento del Maltrato y Abuso sexual infantil: Un análisis Psicológico. Tesina de Lic. UNAM: Iztacala.

Rochin, V. D. M. (1995) Violencia Transgeneracional: La Asimilación del Maltrato como Método de Crianza. Memorias. Simposio: La Familia: punto de encuentro de Investigación Especializada. México: Iztacala UNAM.

Sánchez, R. M. (1996) Compilación Especial para la Antología de ‘El Árbol de Chicoca’. México: YAOCIHUATL. A.C.

3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL.

A lo largo del presente trabajo se ha revisado el maltrato infantil como un problema social, y podemos observar que este conlleva diferentes tipos de secuelas en cada una de las personas que lo viven o en su momento lo vivieron, y que se deben abordar de una manera responsable, por lo que al enfrentarse a un caso de maltrato infantil o cualquier otro, el clínico debe tomar en cuenta la influencia de los elementos revisados en el capítulo anterior, como posibles factores de los problemas del niño y decidir qué método de valoración y tratamiento utilizar, por lo que dentro del presente capítulo se abordaran algunas características y consideraciones acerca de la psicoterapia para niños, así como los modelos y estrategias de intervención utilizadas con víctimas de maltrato infantil.

3.1. Características y Consideraciones Acerca de la Psicoterapia para Niños.

Dentro del tratamiento de niños Reisman (1973, cit en Johnson, Rasbury y Siegel, 1995) afirma que los principios básicos implicados son muy semejantes a los que se aplican en adultos. Por su parte, Johnson, Rasbury y Siegel (1995) mencionan que la diferencia esencial entre trabajar con adultos y niños radica en la necesidad de adaptar las técnicas terapéuticas al nivel de desarrollo cognoscitivo y emocional de los segundos. Por ejemplo, los chicos son conceptualmente más concretos, lingüísticamente menos competentes y menos introspectivos que los adultos.

Asimismo, los autores destacan que entre los factores que se deben considerar al trabajar con niños sobresalen:

- Su nivel de desarrollo cognoscitivo y dependencia de los padres
- Por su inmadurez cognoscitiva y lingüística, es necesario recurrir con ellos a más comunicación no verbal que con la utilizada con adultos. Por lo que la psicoterapia infantil se realiza mediante actividades de juego
- El pequeño depende de otros, y puede requerirse que el terapeuta trate con su familia mucho más que en el caso de que fuera mayor de edad, ya que la psicopatología infantil con frecuencia se relaciona con factores dentro de la familia.
- Ya que el niño es enviado a tratamiento por otros, carece de motivación para resolver sus problemas.
- Es común que no comparta metas con el terapeuta, por lo que el pequeño debe encontrar la terapia interesante intrínsecamente, hay que aprovechar sus necesidades de exploración y manipulación.
- Tiene facilidad verbal limitada; emplea más comunicación no verbal. Se reducen las interacciones verbalizadas y se da preferencia a la comunicación no verbal y a que el chico experimente consecuencias.
- Para razonar con lógica se apoya más en sucesos y objetos concretos. El niño requiere auxiliares tangibles para expresar, comprender e integrar mejor sentimientos e ideas complejas.

- Depende mucho del ambiente y personas allegadas. En el tratamiento se debe poner más atención en que el chico se relacione con sus allegados y se enfrente a presiones de la realidad externa.
- Es más flexible y abierto a la influencia terapéutica; tiene personalidad menos integrada y consistente en lo interno. Los procedimientos de intervención deben comenzar antes que se establezca la personalidad; se necesitan menos técnicas de terapia profunda, ya que el niño es más sensible a influencias ambientales.

Rogers (1942, citado en Johnson, Rasbury y Siegel, 1995) sugiere que para lograr el cambio se debe proporcionar al niño toda la atención y responder de una manera que comunique empatía, franqueza y cordialidad, las cuales definen a continuación.

La empatía se refiere a que el terapeuta comunique un interés genuino por los problemas del pequeño y sea capaz de comprenderlos desde la perspectiva de éste.

La franqueza alude a las características de sinceridad, honestidad y autenticidad gracias a las cuales el chico sabe que puede confiar en el terapeuta.

La cordialidad implica la habilidad de éste para generar una atmósfera de aceptación exenta de juicios, donde el niño se sienta seguro de comentar mediante juego o verbalización de temas delicados que le producen ansiedad.

La comunicación terapéutica específica que ayuda al cambio incluye *preguntas* para obtener información o animar al niño a que continúe hablando; *exclamaciones* que faciliten la discusión de un tema en particular o indiquen su importancia; y *confrontaciones*, que ayuden a que el pequeño enfoque algún aspecto relacionado con la terapia. Los terapeutas suelen utilizar *clarificaciones* para que el niño comprenda el significado de determinadas conductas.

La psicoterapia infantil por lo general tiene al menos dos propósitos. Uno es resolver los problemas de conducta que ocasionaron que el pequeño fuese enviado a tratamiento. El segundo es conseguir un cambio general de personalidad que reduzca las probabilidades de que el chico tenga dificultades en el futuro.

Considerando que el modelo que elija cada uno de los clínicos siempre será basado en el modelo de psicopatología adoptado por él mismo, Johnson, Rasbury y Siegel (1995) plantean como “modelo de psicopatología a un conjunto de suposiciones acerca de la función de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y de otros tipos, que parecen intervenir en la aparición de psicopatología”. Este representa el marco conceptual y teórico que emplea el clínico para organizar información sobre el paciente y determinar la lógica de la conducta “anormal”.

Así pues, considerando que muy pocas veces (o nunca) es el niño quien solicita tratamiento y que casi siempre es un adulto (padres, maestros y pediatras, así como dependencias de servicio a jóvenes y de familia) quien lo envía, por lo regular se basa en que percibe que la conducta del niño es anormal. Algunos niños manifiestan problemas de conducta provocados por ambientes caseros y sociales perturbados, otros exhiben alteraciones emocionales, y en sus actos repercuten problemas de aprendizaje o deterioro físico. La diversidad de factores que dan lugar a este tipo de canalización requiere una

valoración a fondo de cada niño, a fin de establecer la naturaleza de sus problemas y el método adecuado de tratamiento.

Aunque cada clínico posea su propia técnica de tratamiento, la mayoría reconoce que la valoración es un prerequisite esencial para la intervención (op, cit, 1995). Esta valoración tiene como finalidad saber si el chico muestra evidencia de psicopatología y los factores que contribuyen a está; asimismo, señala si la alteración debe ser atendida con psicoterapia o de alguna otra forma.

La psicoterapia infantil se efectúa casi siempre en un cuarto de juegos. Esto se debe a que mientras adultos y adolescentes se comunican mejor mediante el lenguaje, los niños lo hacen con más facilidad a través del juego. Aun cuando la función específica del juego y los significados que se le atribuyen dependen de la orientación del terapeuta, se le considera un vehículo esencial para la interacción entre paciente y terapeuta. Para facilitar el proceso terapéutico, el cuarto de juegos cuenta con materiales adecuados para chicos de distintas edades y antecedentes, y que generan diferentes tipos de conducta.

La estructura de la psicoterapia no está definida solo por el lugar donde se lleva a cabo, sino también por la frecuencia y duración de las sesiones, que varían según las dificultades del niño y factores prácticos (costo y número de veces que lo pueden llevar a las sesiones), sin embargo, lo más común es que las sesiones duren de 45 a 60 minutos y se lleven a cabo una o dos por semana. La regularidad y puntualidad del contacto terapéutico le trasmite al chico la importancia que el terapeuta le confiere al tratamiento. Respecto a la psicoterapia Johnson, y cols (1995), puntualizan que no se puede hacer una división de la psicoterapia en fases específicas, sin embargo y por cuestiones didácticas realizaron la siguiente:

Etapas Inicial. En ésta se cimientan las etapas posteriores de tratamiento. En las primeras sesiones, es posible que el terapeuta prosiga la valoración. Al tener otros encuentros con los padres e interacciones con el chico, así como observar más su juego, el terapeuta conoce mejor a su paciente y obtiene información adicional acerca de importantes áreas de conflicto y factores específicos que contribuyen a la conducta problema. Estos datos se emplean para determinar metas de tratamiento, así como la dirección que debe tomar la terapia para alcanzarlas. Así mismo se crea la relación entre paciente y terapeuta (y entre padres y éste), ya que el éxito que tenga depende de que exista una buena relación de trabajo con el pequeño.

Fase Intermedia. El proceso de resolver conflictos y obtener un cambio positivo en la personalidad tiene lugar a lo largo de la terapia, pero es en la fase intermedia cuando se observa más esta transición. Aquí lo principal es utilizar los datos de valoración y la relación entre paciente y terapeuta para lograr transformaciones en el primero mediante la aplicación de distintos métodos de tratamiento. Estos procedimientos dependen de los problemas del niño.

Fase de terminación. Esta etapa implica resolver varias cuestiones.

Primera, aunque se hayan alcanzado las metas iniciales de la terapia, en el curso del tratamiento pudieron haberse hecho evidentes otros aspectos que el niño, sus padres o el terapeuta sienten la necesidad de enfocar.

Una segunda cuestión se relaciona con los criterios que se deben seguir al decidir si ya es momento de concluir el tratamiento.

Por último, en caso de que se tome esta decisión, hay que preguntarse cómo hacerlo; por ejemplo, cuantas sesiones se requerirán para tratar los puntos restantes.

La terminación debe plantearse de modo que el paciente, junto con sus padres y el terapeuta puedan comentarlo sin generar sentimientos de rechazo en el niño quien tal vez haya establecido un fuerte vínculo con el profesional.

El momento oportuno para hablar de terminación sería cuando se han realizado los mayores logros originales o posteriores del tratamiento y el paciente, sus padres y el terapeuta sientan que el primero ya está en mejores condiciones de manejar problemas futuros a medida que surjan, posteriormente se lleva a cabo un seguimiento para llevar a cabo una retroalimentación de los resultados de los procedimientos de tratamiento usados con el paciente.

Esta división describe a grandes rasgos lo que podría suceder dentro del proceso de intervención, ya que la evolución de este se dará como se ha mencionado a partir de los diversos factores y características de cada paciente víctima de maltrato o de cualquier otra problemática a la cual se enfrente el clínico. Pero es necesario que para abordar cualquier problemática y en especial el maltrato infantil que es el tema que nos atañe, se lleve a cabo una adecuada valoración y evaluación de cada caso, siendo este el tema que a continuación se abordará.

3.2. Valoración del Maltrato Infantil.

El tipo de valoración depende del modelo bajo el cual se va a llevar a cabo el proceso terapéutico, sin embargo, existen algunas sugerencias bajo las cuales se debe dirigir tal valoración, esto como complemento de la valoración del modelo en cuestión, como en el siguiente caso, ya que una de las premisas básicas para desarrollar una intervención eficaz, o cuando menos apropiada, en las situaciones de maltrato infantil consiste en haber realizado previamente una valoración adecuada de qué es lo que ha sucedido, cuáles han sido exactamente sus consecuencias, por qué se ha producido y qué es lo que sería necesario para su corrección o resolución. Tal valoración es en realidad un proceso en el que se ha de dar respuesta de manera sucesiva a una serie de preguntas con contenido claramente diferente (Arruabarrena y De Paul, 1997). Así valorar una situación de maltrato infantil se puede hacer de la siguiente forma:

- a) *Confirmación de la veracidad del maltrato:* se determina si se desarrollará una intervención posterior con el caso, cómo y desde qué contexto. El profesional comunica la sospecha del maltrato a los padres, y se accede a otras fuentes de información que serán contrastadas con la de los padres, la información debe abarcar todas las áreas o conductas en las que pueda

materializarse o manifestarse algún tipo de maltrato, la información debe ser contrastada consultando el mayor número de fuentes y utilizando métodos tanto directos como indirectos.

- b) *Evaluación del estado del niño*: el daño puede ser significativo o irrelevante, inmediato o no, dependiendo de factores tales como el tipo de maltrato, su severidad y frecuencia, la edad del niños en el momento de su inicio, la presencia en éste de problemas o características que le hacen más vulnerable, la existencia de factores o personas en su entorno capaces de protegerle física y/o psicológicamente, etc. se valora entonces tanto la gravedad (si la salud y seguridad básicas del niño han sido puestas en peligro como resultado directo del maltrato) como el riesgo (estado actual del niño).
- c) *Evaluación diagnóstica*: es el proceso mediante el cual se recoge información sobre el niño, su familia y su entorno, con el fin de identificar los factores que motivan la aparición y mantenimiento del maltrato, las secuelas provocadas, los aspectos o áreas positivas de la familia y su entorno que pueden ayudar al proceso de rehabilitación, el pronóstico del caso respecto a la desaparición del maltrato y los objetivos específicos de la intervención con la familia o con el niño.

La valoración constituye una intervención de extrema dificultad, pues en general es percibida por los padres como intrusiva, provocando en ellos un rechazo y un temor intensos. El profesional que intenta obtener información para valorar la situación del niño y de su familia encuentra frecuentemente que ésta, incluyendo a las propias víctimas del maltrato, se resiste inicialmente a revelar lo ocurrido y a proporcionar información acerca de su situación y problemas reales. Por lo que ayudar a padres y niños a superar esta resistencia constituye uno de los objetivos iniciales de la intervención rehabilitadora con este tipo de casos, objetivo que comienza habitualmente a abordarse ya desde el primer momento de contacto con la familia.

Kempe y Kempe (1985) mencionan que en el tratamiento del niño maltratado deben realizarse evaluaciones somáticas, neurológicas, cognoscitivas, sociales y psiquiátricas en cuanto se sospeche de su más ligera necesidad. Debe participar todo un equipo de especialistas en la asistencia y el desarrollo del niño para establecer un diagnóstico de la familia y un plan de tratamiento, es importante que hermanos y padres reciban tratamiento.

No todos los niños tienen las mismas respuestas, sin embargo para todos significa un hecho traumático, y es muy importante que cuando se de atención a un menor maltratado no se le victímese, para que así el maltrato no signifique en su vida el acontecimiento principal y permita su recuperación (Ortega, 1998).

La valoración en situaciones de maltrato no solo exige un proceso de recolección de información, sino también de interpretación. A través de ello se elaboran una serie de conclusiones, hipótesis y predicciones que servirán de base para decidir cual será la intervención a seguir en el caso.

Por otro lado, la valoración como ya se dijo anteriormente dependerá del modelo de intervención bajo el cual se incline el clínico, por lo que a continuación se lleva a cabo una reseña de algunos de los modelos posibles de intervención

3.3. Modelos de Intervención en Psicoterapia.

Considerando que no se pretende hacer una revisión exhaustiva acerca de su historia, a continuación se enlistan una serie de acontecimientos ocurridos para la formación de las psicoterapias (Ruiz y Sánchez, 1998), posteriormente se abordarán tanto los modelos, como el tipo de valoración y tratamiento que cada uno aborda (Johnson, Rasbury y Siegel, 1995).

- La psicología clínica se constituye en los Estados Unidos a principios del siglo XX.
- Para 1949, en Colorado, EEUU., se define que el rol del psicólogo clínico debe recibir formación en tres áreas: diagnóstico, investigación y terapia.
- Se empiezan a generar modelos terapéuticos ajenos al Psicoanálisis y los presentan como alternativas más científicas a éste. Carl Rogers en 1943 crea la Terapia Centrada en el Cliente e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica (grabación de las sesiones, análisis del proceso y contenido, etc).
- Desde el ámbito académico se acentúa el Conductismo y la Terapia de Conducta que propone que los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos, derivados de las leyes del condicionamiento y por lo tanto susceptibles de ser modificados en base a procedimientos de reaprendizaje.
- Los Conductistas Eysenck, Skinner y Wolpe van a desarrollar esta nueva concepción de la Psicoterapia. Eysenck (1952) cuestiona la efectividad de la Psicoterapia Psicoanalítica que refiere equiparable al no tratamiento, incluso inferior. Skinner desarrolla su paradigma de condicionamiento operante, y en su obra "Ciencia y conducta humana"(1953) llega a reexplicar la Psicoterapia como efecto del condicionamiento operante substituyendo los mecanismos intrapsíquicos por principios de aprendizaje. Wolpe a partir de su obra "Psicoterapia por Inhibición Recíproca"(1958) demuestra como la Terapia Conductista es aplicable y efectiva en el tratamiento de las neurosis, sin necesidad de recurrir a los procedimientos largos y costosos de la Terapia Psicoanalítica.
- El enfoque Conductista se hace dominante hasta los años sesenta en los ámbitos académicos de América y Europa, y en gran parte de los clínicos.

Ante este clima de insatisfacción se produce un doble rechazo, por un lado del modelo Psicoanalítico que se considera excesivamente especulativo (aunque rico en aportaciones) y del Conductista (potencialmente efectivo) que se considera demasiado reduccionista y mecanicista. Las nuevas alternativas son la Psicología Humanista, entre las que destaca C. Rogers, que llega a expandirse en EEUU, aunque poco en Europa; el Modelo Sistémico de Terapia Familiar (Bateson, Jackson, Haley, Minuchin, etc) y el Modelo cognitivo (Ellis, Beck, Meichenbaum, Mahoney, etc.).

Como puede observarse existe una amplia gama de formas de abordar una problemática, sin embargo, a lo largo de la historia y conforme pase el tiempo seguirán surgiendo tantos modelos de intervención como psicólogos clínicos haya, por lo que sería necesario recurrir siempre a los principios básicos de los modelos iniciales, como por ejemplo el Psicoanálisis y el Conductismo.

3.3.1. Modelo Psicodinámico.

En Psicoterapia el término Psicodinámico hace referencia a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El Modelo con mayor relevancia histórica es el Psicoanalítico, del cual Ruiz y Sánchez (1998) llevan a cabo una reseña que a continuación se describe.

A principios del siglo XIX, en el contexto de la neurología resurge el interés por la hipnosis en dos grandes centros o escuelas: La escuela de Nancy con las figuras de Liébault (1823-1904) y Berheim (1840-1919) y La escuela de la Salpêtrière en torno a Charcot (1825-1893).

Charcot en 1886, aplicó la hipnosis a un caso de histeria (Lucile), a la que pedía liberar determinadas emociones y recuerdos. El método catártico fue descrito por J. Breuer, quién comenzó un trabajo conjunto con Freud, del cual fue producto la obra "Estudios sobre la histeria (1895) donde aparece el famoso caso de la paciente Ana O.

De 1886-1895 Freud clasifica las neurosis y busca un método de tratamiento para las mismas. En esta época son relevantes sus obras: "Los estudios sobre la histeria" (1895, publicada con Breuer) y "Proyecto de una psicología científica para neurólogos (1895, obra que no llegó a publicar en vida). Desarrolla un modelo causal de las histerias basado en las experiencias traumáticas del sujeto que quedan a nivel inconsciente y desarrolla una teoría de los procesos psíquicos como energía que circula por determinadas estructuras cerebrales.

De 1895-1900 Los rasgos sobresalientes de esta etapa son el desarrollo del método de la asociación libre y el abandono de la teoría de las experiencias traumáticas (seducción infantil). El método de la asociación libre lo comenzó a utilizar con el mismo (autoanálisis) y le sirvió para descubrir sus deseos incestuosos hacia su madre, que formuló como Complejo de Edipo y que extendió como fenómeno universal.

De 1900-1914 Se fundamenta en el concepto de *libido*, que sirve como base a la Teoría Psicoanalítica. Por *libido* se entiende la fuente de energía del psiquismo, la pulsión sexual (aunque no limitada a lo genital), que puede reprimirse, descargarse, sublimarse, etc. Las transformaciones de la libido regulan la elección de objeto (relaciones personales) y la formación del carácter o estructura psíquica. A esta época pertenece "La interpretación de los sueños" (1900), "Psicoterapia de la vida cotidiana"(1904) y "Tres ensayos sobre teoría sexual"(1905). Concibe las neurosis como resultado de una regresión o fijación en el desarrollo psicosexual. Elabora la noción de Inconsciente en una primera teoría (primera tónica), los sueños como realizaciones inconscientes de deseos, la descripción de la estructura mental en consciente-preconsciente-inconsciente, la descripción de los mecanismos de defensa y la diferencia psicosexual-estructural entre hombre y mujer. Desde el punto de vista terapéutico se desarrolla el análisis de los sueños con el método de la asociación libre.

De 1914-1939 desarrolla su segunda teoría de la estructura mental (segunda tópica) que se organiza como fuerzas psíquicas en conflictos entre el Ello, el Yo y el Superyó. También introduce en las fuerzas pulsionales de la libido el concepto de pulsión de muerte (Thanatos). A esta época pertenecen las obras: "Introducción a la metapsicología" (1915), "Mas allá del Principio del Placer" (1920) y "El Ego y el Id" (1924). A partir de este momento el Yo se sitúa en el centro del trabajo psicoanalítico, y el Psicoanálisis se dirige a aliviar al yo de las presiones tanto del ello como del superyo.

Asimismo, mencionan que los principales seguidores del Psicoanálisis Freudiano (Adler y Jung) habían formado parte de este movimiento pero se apartaron del mismo y desarrollaron sus propios modelos psicológicos y psicoterapéuticos. Adler (1870-1937) desarrolla su psicología individual centrada en el sentimiento de inferioridad y su compensación, proponiendo un método terapéutico más directivo centrado en la corrección de actitudes inconscientes disfuncionales y es el fundador de las primeras clínicas de trabajo psicológico con problemas infantiles. Jung (1875-1961) desarrolla su concepto de inconsciente colectivo que le lleva a analizar las estructuras inconscientes comunes en las culturas primitivas, y sobretodo en las religiones.

El psicoanálisis actual se caracteriza por el desarrollo de varias corrientes (Ruiz y Sánchez, 1998):

Los que ponen un énfasis en el Yo como estructura en gran parte autónoma y las relaciones objetales (relaciones interpersonales e intrapsíquicas). En esta línea destacan las aportaciones de la llamada Psicología del Yo y de las Relaciones Objetales (Sullivan, Hartman, Rappaport, Ana Freud, etc). Otra tendencia destaca el papel de las experiencias tempranas en el funcionamiento de la personalidad (M.Klein, Mahler y J. Bowlby). Una tercera línea intenta aplicar el Psicoanálisis a otras patologías distintas a la neurosis como las Psicosis y los Trastornos de Personalidad (Prom., Reichman, Sullivan, Kohut y Kernberg). Una cuarta línea destaca el papel de los Aspectos Psicosociales en el desarrollo de las Estructuras Inconscientes y la Personalidad (Sullivan, Fromm, Erikson, etc). Una quinta línea, muy relevante para la Psicoterapia, aplica formas breves de Psicoterapia Psicoanalítica basadas en la investigación (Mann, Sifneos, Malan, Davanloo y Strupp). Otra sexta línea retoma el Psicoanálisis en un intento de volver a sus fuentes a partir de la obra de J. Lacan y su tesis del Inconsciente Estructurado como un lenguaje. Por último, una séptima línea, la más actual, que intenta acercar el Psicoanálisis a los Modelos de la Psicología Cognitiva (Erdelyi, Peterfreund, Bowlby, Arieti, etc).

Este Modelo representa una combinación de la aproximación médica con los principios básicos de la teoría Psicoanalítica que inicialmente postuló Sigmund Freud, esta teoría se orienta al desarrollo, ya que supone que el niño debe superar con éxito fases sucesivas de aquél, las cuales son decisivas para su posterior bienestar social-emocional. A estas fases se les llama etapas psicosexuales, y constan de los periodos de desarrollo oral, anal, fálico y genital. Durante los mismos, las sensaciones placenteras se concentran en distintas áreas o zonas erógenas del cuerpo humano, y el niño debe llegar a dominar habilidades específicas en cada una de ellas.

La teoría es estructural, puesto que señala la existencia de varios constructos de la personalidad, cuya expresión e interacciones son moldeadas por las experiencias del pequeño. Esto tiene lugar a medida que avanza por las fases sucesivas de su desarrollo psicosexual. Freud postula tres de dichos constructos: *ello*, *yo* y *superyo*. El *ello* es la energía biológica básica y fuente de instintos: se limita a satisfacer necesidades e impulsos biológicos. El *yo* es una estructura racional que trata de conciliar las exigencias del *ello* con las de la sociedad. Mientras que la naturaleza del *ello* es biológica, la del *yo* implica una interacción del individuo con su medio. La tercera estructura, el *superyo*, también es resultado de la experiencia. Representa la moral o “conciencia”, y refleja la internalización del código moral de la persona. El *yo*, a la vez que armoniza el *ello* con el mundo externo, concilia asimismo las demandas del *ello* carentes de moral y conciencia, con las del *superyo*. En ocasiones las exigencias del *ello*, encaminadas a la gratificación inmediata, entran en conflicto con la censura del *superyo*. Dicha situación genera culpa y ansiedad, amenazadoras para el niño. El *yo* se ocupa de proteger al individuo de ser dominado por la ansiedad y otros sentimientos que lo conminen al enfrentar conflictos intrapsíquicos. Por otra parte, el modelo postula que los conflictos se expresan a nivel conciente e inconsciente, y que los manifestados a este último nivel dificultan más el bienestar emocional de la persona. El desplazamiento de pensamientos y sentimientos conflictivos de uno a otro nivel, es un proceso complejo mediado por los múltiples mecanismos de defensa del *yo*, es decir, operaciones psíquicas que emplean este constructo para reducir la ansiedad que le provoca cierto estímulo. Si el *yo* es incapaz de superar el conflicto intrapsíquico a nivel conciente, trata de relegarlo al inconsciente, donde paradójicamente le crea más problemas al individuo, ya que puede emerger en forma de conducta anormal. Para solucionar con éxito sus conflictos, la persona debe llegar a percatarse de ellos en la esfera conciente.

El funcionamiento óptimo de la personalidad tiene lugar cuando hay un equilibrio dinámico entre las estructuras del *ello*, *yo* y *superyo*. La obtención de este desequilibrio depende en gran medida de que el *yo* se desarrolle adecuadamente, puesto que es el mediador básico entre el *ello*, por un lado y el *superyo* y las exigencias del mundo externo, por otro lado.

3.3.1.1. Método Terapéutico.

El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales (Ruiz y Sánchez, 1998): La Asociación Libre, El Análisis de los fenómenos de Transferencia y Contratransferencia y el Análisis de la Resistencia. Al análisis de estos procesos le acompañan unos elementos de encuadre o reglas de trabajo para el paciente (Regla básica de la Asociación Libre) y el terapeuta (Regla de Abstinencia Regla de la Atención Flotante).

La *Asociación Libre* consiste en que el paciente debe expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según le vayan surgiendo en su cabeza y sentimientos sin exclusiones o restricciones algunas. A veces el analista insta al paciente a ir asociando a partir de los elementos que el propio paciente va generado en su propio discurso.

El analista se abstiene de responder a demandas específicas del paciente como el consuelo, la simpatía o el consejo, y hace de pantalla o espejo en blanco que proyecta el discurso desplegado por el propio paciente (regla de la abstinencia). Además el analista no debe dar prioridad inicialmente a ningún componente del discurso del paciente, manteniendo una atención de neutralidad e importancia homogénea hacia todos los elementos del discurso del paciente (regla de atención flotante).

Con estas reglas, del paciente y terapeuta, se facilita que se produzca una relación transferencial. El paciente proyecta o desplaza sobre el analista aspectos cruciales con figuras importantes de su historia vital (por lo general los padres). La reexperimentación del paciente de esos aspectos conflictivos e inconscientes (transferencia) de la relación con sus progenitores, proyectadas sobre el analista, que no reacciona punitivamente ante el paciente, y le permite desplegar su discurso hacia aspectos más inconscientes (que se van haciendo más conscientes), junto con el análisis y la interpretación de esos fenómenos se le denomina Análisis de la Transferencia.

Ruiz y Sánchez, (1998) mencionan que es importante que el terapeuta se analice, pero aunque esté analizado, puede experimentar reacciones emocionales hacia el paciente, que a nivel inconsciente suele reproducir los roles complementarios punitivos o satisfacción de sus progenitores, se denominan reacciones contratransferenciales. El análisis y la supervisión del propio terapeuta le ayuda a estar atento a estas reacciones, así como le proporcionan una valiosa fuente de información para la terapia, y a un manejo adecuado.

Sin embargo los pacientes suelen utilizar una variedad de maniobras conscientes e inconscientes para manejar su propia ansiedad y conflicto y para evadir su trabajo terapéutico de libre asociación (Resistencias). La detección de esas maniobras y su interpretación adecuada constituye el *Análisis de las Resistencias*. Este último trabajo terapéutico es crucial para el desarrollo del análisis que suele desarrollarse por lo general, en el transcurso de varios años en el psicoanálisis clásico.

El Modelo Psicoanalítico es básicamente médico, sin embargo, no supone causas físicas subyacentes. Más bien, considera que la naturaleza de los procesos de enfermedad es psicológica, establece que los síntomas de una enfermedad mental son consecuencia de problemas psicológicos profundos, tales como conflictos reprimidos, experiencias traumáticas o fijaciones en determinadas etapas del desarrollo psicosexual.

Una vez revisada la breve reseña del Modelo Psicodinámico, conviene conocer como se lleva a cabo tanto la valoración como el tratamiento infantil, ya que es el tema que nos atañe y que a continuación se revisará.

3.3.1.2. Valoración Infantil del Modelo Psicodinámico.

Como es ya sabido, este modelo inicialmente se desarrolló mediante el trabajo con adultos, sin embargo, se utiliza para el trabajo con niños. La valoración o recopilación de información en adultos se lleva a cabo mediante entrevistas, y en el caso de los niños, ‘Las

dificultades pueden determinarse mediante entrevistas con los padres del niño y él mismo, pruebas psicológicas diseñadas para detectar conflictos inconscientes y cierta dinámica de la personalidad que podrían influir en sus problemas (Johnson, Rasbury y Siegel, 1995).

Si bien pueden variar las características específicas de la entrevista, la que se tenga con los padres es para obtener información acerca de la evolución física y el desarrollo del niño tales como complicaciones del embarazo y nacimiento, enfermedades o lesiones durante la niñez y edad en que dominó habilidades tales como caminar hablar y controlar esfínteres. Asimismo, se consiguen datos concretos sobre sus relaciones con familiares y compañeros y la índole general de su ambiente social. También hay que conocer en detalle la conducta pasada y presente del chico, con especial atención en sucesos ocurridos durante las fases del desarrollo psicosexual, ya que estos problemas con frecuencia generan tipos específicos de psicopatología.

En general, las entrevistas con niños mayores y adolescentes se caracterizan por una conversación encaminada a reunir información relativa a los problemas presentes y sus posibles factores causales. Las que se tienen con niños más pequeños implican observar cómo juegan éstos, la interacción verbal gira en torno a esta conducta de juego. Se supone que mediante ésta, el chico revela aspectos de gran significado acerca de sus problemas emocionales. Con los datos obtenidos de la entrevista, el clínico formula hipótesis acerca de los problemas del niño, las cuales se ponen a prueba al reunir otros tipos de información.

Las pruebas psicológicas tienen el propósito de descubrir la naturaleza de la psicopatología, aunque se pueden emplear diversos instrumentos de prueba, que van desde los más estructurados, como son los inventarios de personalidad, hasta los que lo son menos, los más adecuados al modelo psicodinámico son las técnicas proyectivas (Johnson, Rasbury y Siegel, 1995) tales como:

- La *Prueba de Rorschach*, que consta de una serie de 10 manchas de tinta a las que responde el chico describiendo que parecen, así como los rasgos en que apoya sus contestaciones.
- La *Prueba de Apercepción Temática*, y la de *Apercepción para Niños*, donde a los pequeños se les muestra una serie de tarjetas con ilustraciones de seres humanos o animales que realizan alguna actividad, y se les pide que ideen relatos acerca de lo que sucede en aquellas.
- *Completar Oraciones y Dibujar Figuras*, los niños deben completar una serie de oraciones que supuestamente se relacionan con áreas importantes, tales como “Quiero a...”, “Mi madre...”, “La escuela es...”, Los niños deben anotar lo primero que les venga a la mente.
- La *Prueba de “Dibuja una Persona”*, el niño debe dibujar un ser humano, y luego a alguien del sexo opuesto; al parecer, estos dibujos reflejan variables de la personalidad tales como imagen corporal y cómo percibe el niño a sus semejantes.

Todas estas técnicas se basan en la llamada “hipótesis proyectiva”, según la cual cuando al niño se le aplica algún estímulo de prueba no estructurado, trata de imponerle alguna estructura, con lo que revela datos muy valiosos acerca de la dinámica de su personalidad y áreas de conflicto.

Una vez llevada a cabo la valoración del niño se prosigue con el tratamiento elegido el cual se lleva a cabo de la siguiente manera.

3.3.1.3. Tratamiento Infantil del Modelo Psicodinámico.

De acuerdo con este modelo, la terapia se ocuparía de ayudarle al niño a percatarse de los factores inconscientes relacionados con sus problemas, ya sea por medio de interacciones verbales directas con el terapeuta o menos directamente con juegos. A medida que salgan a flote sus habilidades, se trataría de conseguir que el muchacho las resolviera y generara mejores habilidades de adaptación, mediante una percepción cada vez mejor de sus problemas y diversas técnicas terapéuticas.

Puesto que el modelo enfoca procesos subyacentes, al terapeuta no le interesan mucho los síntomas manifiestos, que se consideran como consecuencias del trastorno psicológico interno. Se supone que dichos síntomas desaparecerán al resolver los conflictos y problemas interiores. La terapia psicoanalítica con niños puede ser de varias formas, tales como la terapia individual de conversación con chicos mayores, terapia de juego con niños más pequeños, y terapia de grupo verbal o con juegos. En cualquiera de estas terapias pueden participar los padres, según la edad del niño y la orientación específica del terapeuta (Johnson, Rasbury y Siegel, 1995).

En cuanto a la terapia de juego enfocada a niños víctimas de maltrato, se hablará más adelante, cabe mencionar que la psicoterapia con niños fue intentada por Freud en 1909, para tratar de aliviar la reacción fóbica de su ahora histórico paciente Hans, Freud no trato directamente a Hans, pero le sugirió al padre del niño algunas formas para resolver los principales problemas de aquél. Aunque esto sucedió hace mucho tiempo y pasó también mucho antes de que los terapeutas intentaran trabajar con los padres del paciente, fue el primer caso terapéutico que condujo a los descubrimientos necesarios para tales intervenciones (Schaefer y O'connor, 1988).

El juego se usó en la terapia infantil hasta 1919 por Hug-Hellmuth, sin embargo Anna Freud y Melanie Klein escribieron sobre como adaptaron la técnica psicoanalítica tradicional para su uso con niños incorporando el juego a sus sesiones. En 1928 Anna Freud empezó a usar el juego como una forma de atraer a los niños a la terapia, esta técnica involucraba el concepto de alianza terapéutica. Anna, sabía que la mayoría de los niños no asisten a terapia voluntariamente; ya que son llevados por los padres y son estos quienes requieren el tratamiento, Anna usó el juego para construir su relación con sus pequeños pacientes, utilizando juguetes y juegos. Para interesar al niño tanto en la terapia como en el terapeuta. Por su parte Melanie Klein en 1932, propuso usarlo como un sustituto directo de las verbalizaciones, consideraba al juego como un medio de expresión natural del niño (op. cit, 1988).

Según Schaefer y O'Connor (1988) la función de la terapia psicoanalítica infantil es resolver esos conflictos que pueden interferir con su habilidad para utilizar al máximo su capacidad en recursos educativos comunes. El procedimiento se lleva a cabo de la siguiente manera:

Primeramente 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, en ocasiones como un dispositivo que promueve la comunicación interpretativa, lo cual se lleva a cabo:

- Estableciendo contacto, ya que se creía que se requería un periodo preparatorio, para atraer el interés del niño y establecer una transferencia positiva que promueva una “alianza de trabajo”
- Promoviendo la observación, considerando que el juego es sólo una de las fuentes de las que el terapeuta obtiene inferencias sobre el niño, pero que puede ser muy útil, en el proceso de la evaluación diagnóstica inicial y durante el tratamiento.
- Utilizando el juego como medio de interpretación es aquí donde se ponen a prueba la habilidad, el tacto y la sensibilidad empática, es decir, ¿cómo va a expresar mejor sus pensamientos (el terapeuta) para que el paciente pueda aceptarlos y utilizarlos?.

Ahora bien, una vez descrito el procedimiento de la terapia de juego se mencionara como se lleva a cabo en el tratamiento con niños víctimas de maltrato. Mann y McDermott (1988, en Schaefer y O'Connor, 1988) describieron las metas, estrategias y problemas que se encuentran en la terapia de juego, realizando un estudio con 25 niños víctimas de maltrato y negligencia a quienes se trató durante cuatro años en un centro de Hawai, las edades oscilaban entre tres y doce años, más de la mitad provenían de casas sustitutas ya que los problemas conductuales ponían en peligro su ubicación prolongada.

La meta fue ayudar a dominar las múltiples tensiones del maltrato y la negligencia, y corregir o prevenir desviaciones en el desarrollo psicosocial futuro. El juego es en particular útil, ya que la mayoría de los niños víctimas de maltrato expresan sentimientos y fantasías más profundas en forma más rápida a través de la acción que de la verbalización permite el distanciamiento necesario de los sucesos traumáticos y de los padres con el uso de materiales simbólicos. Para el niño víctima, los adultos son impredecibles y siempre potencialmente peligrosos. Para introducir al niño maltratado a la terapia de juego siguieron las siguientes técnicas:

- Enseñar cómo jugar, ya que algunos niños nunca aprendieron a jugar. Se encuentran fijados o regresivos a un nivel primitivo, sin imaginación, inhibidos, confundidos e incapaces de utilizar los juguetes con un propósito y en ocasiones no son capaces de identificarlos.
- Alimentación, para los niños que sufren maltrato y/o negligencia y se les privo de la alimentación física básica y no pueden jugar por diversión, para ellos, la comida es el reforzador más fuerte –un síntoma frecuente es robar, esconder o acumular comida como sustituto del amor paterno.
- Proporcionar constancia de objeto, esto es permitirles que se lleven a casa un juguete pequeño, puesto que mantiene un lazo concreto con el terapeuta.

- Tolerando la dependencia y regresión, para los niños maltratados, cuya dependencia, similar a la de sus padres, nunca se ha satisfecho y puede volverse abrumadora una vez que se abandona la postura inicial de distancia y desconfianza esperar un funcionamiento independiente de estos niños en forma temprana conducirá al desastre, ya que se percibe sencillamente como otro rechazo, toman responsabilidades maduras en casa, son perceptivos de las emociones de sus padres y se esfuerzan por hacerlos sentir bien.

Una vez que el niño maltratado fue introducido a la terapia de juego, se siguió el proceso de tratamiento que constó de cuatro fases:

Fase I: Establecimiento de la empatía y aprender cómo jugar

Fase II: Regresión y abreacción del trauma

Fase III: Comprobación de relaciones reales, desarrollo del control de impulsos y autoestima

Fase IV: Terminación.

Descubrieron que los problemas en el tratamiento del maltrato y la negligencia son: Reacciones postraumáticas, fracaso en satisfacer las expectativas de los padres, privación y vacío (negligencia), temores continuos de separación y reacciones de contratransferencia.

Considerando que 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 lastimado 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 con sus padres. Por lo que el objetivo de la terapia de juego es, ayudar a los niños a dominar su “traumato-fobia” y después abandonar los patrones que tienen la probabilidad de invitar al maltrato o rechazo.

Para ayudar a los niños a tratar con sus conflictos internos y relaciones con los demás, la terapia de juego con orientación psicodinámica parece ser la modalidad más útil. Está indicada específicamente para niños víctimas de maltrato y/o negligencia y se puede adecuar con facilidad a sus necesidades y temores particulares. El jugar en una casa de muñecas revela rápidamente los temores, las fantasías y habilidades de enfrentamiento del niño y permite que el terapeuta lo ayude a separar y aclarar los sentimientos conflictivos, a corregir percepciones equivocadas y a promover mecanismos más maduros, adaptativos y de enfrentamiento para otros niños, los juegos estructurados pueden utilizarse para ayudar al dominio de impulsos y elevar el sentido de competencia (Mann y McDermott, en Schaefer y O’ Connor, 1988).

Por su parte, Kempe y Kempe (1985), mencionan dos técnicas, la ludoterapia (terapia de juego) y la terapia de grupo. Para ambos casos hay que ver las condiciones en las que se encuentra el niño, y las características de su comportamiento. Ya que cuando se

descubre el maltrato del niño, éste se encuentra con sentimientos de culpa por creerse responsable de las dificultades que se presenten en la familia, puede estar temeroso de la furia de sus padres y ellos a su vez lo consideran responsable y así se lo harán saber, el niño debe estar hospitalizado y es importante que se le ayude al niño a reconocer su dolor, confusión y miedo; también se le debe explicar lo que va a pasar durante su estancia en el hospital. Se le asignan pocos cuidadores y de ser posible una abuela sustituta. En el caso de que la hospitalización sea larga debe tener sesiones de ludoterapia con quién muestre interés por él y proporcione la oportunidad de expresar sus sentimientos verbalmente o a través del juego.

La ludoterapia consiste en llevar a cabo distintos tipos de juego con el niño, debido a que muchos niños pequeños víctimas de maltrato tienen dificultad con el lenguaje, el juego resulta un buen medio de comunicación. Lo primero que se debe hacer en la terapia es establecer confianza, explicándole el procedimiento de lo que se lleva a cabo y cualquier ausencia. Es importante mencionar que también a través de esta terapia el niño puede aliviar la tensión y descargar su rabia por la violencia que le han inflingido mediante algún juego (vocalmente) agresivo.

En ocasiones los padres animan al niño a desconfiar de sus terapeutas obstaculizando el tratamiento, ya que proporciona al niño una gran perplejidad en cuanto a lo que debe creer, en estos casos la tarea del terapeuta debe ser intentar demostrar al niño mediante su comportamiento que son confiables, y en cuanto a los padres explicarles que no quiere hacer nada que pueda afectar a los lazos familiares.

La ludoterapia tiene costos muy altos por lo que puede restringirse su uso, sin embargo es importante que por lo menos los niños más afectados puedan recibirla. Las sesiones de ludoterapia deben darse en determinado número de horas a la semana en las que el niño puede tener confianza de su seguridad y aceptación. La confianza se basa sobre rutinas que alivian al niño del esfuerzo de tener que proveer que es lo que va a suceder en el momento siguiente, como ya se mencionó anteriormente.

Una forma más de Intervención con niños es aquella que propone El Psicodrama de Moreno (Anzieu, 1982), del cual surgen tres temas: el psicodrama como terapia, el psicodrama como método de formación y el psicodrama como investigación psicosociológica. La primera tarea que emprendió Moreno fue poner un arsenal terapéutico del psicodrama, del cual se enlistan las Técnicas Psicodramáticas a utilizar.

- *Presentación Personal (self presentation)*: el sujeto revive una situación que forma, ha formado o podría formar parte de su vida; o incluso representa concretamente a uno de los que participan de su existencia privada y de sus conflictos (su padre, su mujer, su rival...); cuando se trata de una persona real, es conveniente que ésta venga a presentar la situación junto con el sujeto sobre el escenario; en su defecto, el sujeto elige entre el público a alguien semejante. Este método se transforma en una presentación colectiva de roles, cuando el paciente improvisa el personaje de la madre, el enamorado, el director, tal como él los concibe.
- *El soliloquio*: es un procedimiento conocido por los autores dramáticos: al dramatizar con su compañero una escena de su vida real, el sujeto expresa a media

voz los pensamientos y los sentimientos que secretamente experimenta hacia ese compañero y que en la vida real había o habría ocultado; el soliloquio materializa la resistencia que todo actor profesional experimenta como persona privada en el pleno desarrollo de la representación de su rol; cuanto más absorbido esté un actor espontáneo en su papel tanto más incapaz será de soliloquio; la frecuencia del soliloquio puede transformarse en una medida de la intensidad del rol.

- *Inversión de roles*: provoca a menudo cambios decisivos; el sujeto vuelve a representar la escena que acaba de improvisar, pero cambiando los roles con su compañero, real o auxiliar; al ponerse en el lugar del otro, tiene ocasión de comprender las reacciones de su entorno respecto de él; al salir de sí mismo se hace capaz de percibir objetivamente su propia actitud hacia los otros; la consecuencia de esto es el ajuste de sus relaciones interpersonales; rara vez la inversión de roles es un intercambio completo, en general, A toma uno de los roles de B y B uno de los roles de A.
- *Técnica del Espejo*: el sujeto es representado en el escenario por un yo auxiliar que muestra como actúa en las diversas situaciones de su vida, cómo lo ven los otros; los espectadores lo toman por un verdadero paciente y reaccionan espontáneamente; el sujeto representado en espejo está sentado entre ellos; no tiene por que estar informado con anticipación; la finalidad de esta técnica es producir un choque en él, llevándolo a reaccionar ante la imagen desconocida que ofrece de sí mismo a los otros.
- *Técnica del Doble*: un yo auxiliar representa, con la autorización del sujeto, un aspecto de éste, es interesante observar en qué medida la representación del doble es aceptada por el sujeto; el sujeto puede improvisar una escena en la que encuentra a uno de los dobles, también comparar la misma situación con un tercero, representado sucesivamente por él mismo y luego por su doble.

Las técnicas psicodramáticas se desarrollan en diversos planos. Uno de ellos es el pasado-presente-futuro: la situación dramatizada por el paciente puede ser actual o pasada, o describir lo que él imagina que será dentro de algunos años; de esta manera el sujeto aprende a recuperarse en relación con el tiempo. Un segundo plano es donde los sujetos representan escenas de su vida real; se recomienda, principalmente si se trata de niños, que se recurra a los cuentos en los que los personajes como el rey, la reina o el príncipe representan al padre, la madre, y el niño; y finalmente la improvisación espontánea de roles ficticios a fin de descubrir qué papel es el que nunca pudo realizar, y hubiera deseado el sujeto tener en la vida. El tercer plano concierne a la modalidad de la acción, que puede ser directa o indirecta; en el primer caso, el sujeto, que ha consultado personalmente por sus propios problemas, los trata sobre el escenario; en el segundo, el sujeto es tratado a través de otra persona a la que está fuertemente ligado: novio, padre, amigo.

Un cuarto plano concierne al número de pacientes: un sujeto puede recibir tratamiento individual, sea como actor o como espectador, un pequeño número de sujetos implicados en el mismo conflicto pueden ser invitados a representar simultáneamente o sucesivamente; por último, un gran número de sujetos pueden ser tratados juntos; pero como espectadores; el público está compuesto entonces por espectadores que tienen en común el mismo síndrome mental; la representación es organizada con anticipación por el

director; yoes auxiliares entrenados improvisan la forma en que ese síndrome mental se manifiesta en una serie de situaciones clave. Una sesión psicodramática puede culminar o no con una explicación sobre su significado, según el grado de aceptación del tratamiento por el sujeto, además las sesiones no se desarrollan necesariamente sobre un escenario, ya que el psicodrama debe surgir en el mismo lugar de los conflictos, como último plano requiere explicación: el lugar de la palabra en el conjunto más vasto de la acción, ya que Moreno al igual que Freud, comprueba que, en el lenguaje, solamente la palabra viva y espontánea posee eficacia terapéutica. Así por los planos anteriormente descritos, considero importante el uso de las Técnicas Psicodramáticas en los casos de maltrato infantil.

Las Técnicas de Terapia de juego y Psicodrama tienen una función establecida y definida, que promueven la relación de trabajo entre el paciente y el terapeuta, sean éstas valoradas y tratadas desde cualquier perspectiva, ya que hay tantas terapias como modelos de intervención, como el caso del modelo conductual que a continuación se revisa.

3.3.2. Modelo Conductual.

La extensión de los modelos conductistas al campo de la clínica y la psicoterapia viene marcado por varios hechos históricos (Ruiz y Sánchez, 1998).

- Durante la segunda guerra mundial los psicólogos comienzan a ejercer sus funciones como seleccionadores de personal y como ayuda de los psiquiatras en tareas de diagnóstico. Después de este conflicto se dedicaron al cuidado de los veteranos de la guerra en instituciones públicas.
- En 1949 se desarrolla la conferencia Boulder, donde se define el papel del psicólogo clínico. Socialmente, la profesión del psicólogo clínico se va consolidando y lleva de la mano una nueva forma de abordar los trastornos mentales. Por un lado se comienza a cuestionar el diagnóstico basado en clasificaciones particulares y por otro la relación de estos diagnósticos con su tratamiento (escasa relación entre trastorno y tratamiento).
- A partir de 1950 surgen tres focos geográficos de extensión de la terapia de conducta: En Inglaterra H.J. Eysenck (1952) publica su artículo sobre la baja eficacia de la terapia tradicional en el campo de las neurosis (entiéndase *terapias basadas en el psicoanálisis y los psicofármacos*). Este autor siguiendo la tradición de Pavlov basa su modelo de personalidad y terapia en la psicología del aprendizaje y la psicofisiología. Desde Suráfrica, Wolpe (1958) desarrolla un nuevo modelo para interpretar y tratar las neurosis, basado en el *condicionamiento clásico* y en la *"desensibilización sistemática"*. Este autor muestra en sus obras como esta terapia es eficaz en el tratamiento de las distintas neurosis. El tercer foco deriva de los E.E.U.U donde la obra de B.F. Skinner basada en el *condicionamiento operante* se aplica con cierto éxito a problemas de aprendizaje escolar (educación programada), retraso mental y manejo de conductas en pacientes psicóticos.
- En 1959, Eysenck introduce el término terapia de conducta para referirse a aquella psicoterapia basada en los principios de aprendizaje (clásico y operante) y en una metodología científica de tratamiento.

- En la década de 1960, se desarrolla por Bandura (1969) otro tipo de aprendizaje humano relevante: *el aprendizaje por imitación o modelado*.
- En la siguiente década, los años setenta comienzan a cuestionarse la suficiencia de los modelos conductuales basados exclusivamente en el condicionamiento y aparecen los llamados modelos cognitivos-conductuales como el paradigma A-B-C (Acontecimiento-Cognición-Consecuencia) de Ellis (1962), los enfoques cognitivos de la depresión de Beck (1966), los métodos de inoculación al estrés de Meichenbaum (1977) y la teoría de las expectativas de autoeficacia de Bandura (1977) dentro de su enfoque de aprendizaje social.

De forma general, se generan así dos grandes corrientes en la terapia de conducta: aquellos que rechazan los términos mentalistas y apoyan la suficiencia del condicionamiento para la explicación y el tratamiento de los problemas psicológicos (abanderados por Wolpe y los seguidores de Skinner) y aquellos otros, que aun reconociendo la importancia del condicionamiento, lo ven insuficiente para abordar los problemas psíquicos (Johnson, Rasbury y Siegel, 1995).

Los postulados básicos del modelo conductual (Kazdin, 1975; Skinner, 1975, cit en Ruiz y Sánchez, 1998) son:

- La conducta anormal o desviada se conforma por sí misma y los llamados Procesos Mentales son actividades conductuales encubiertas, no observables directamente.
- La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias.
- La intervención psicoterapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta afín de modificar esta.
- La conducta puede ser manifiesta (actos motores y conducta verbal) o encubierta (pensamiento, imágenes y actividad fisiológica). Los llamados procesos mentales subjetivos son conductas encubiertas regidas por los mismos principios de aprendizaje que la conducta manifiesta.
- El estudio del "sujeto conductual" consiste en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta.
- El conductismo y la terapia de conducta considera la existencia de los procesos subjetivos llamados mentales, como una actividad mental, actividades conductuales, conducta (Skinner, 1974).
- La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a través de la conducta manifiesta, ambas se explican en función de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y las variables antecedentes y contingenciales actuales.
- El terapeuta de conducta "siente" un profundo respeto por la persona de su paciente, y le informa de sus intervenciones, de las que suele pedir consentimiento. La terapia conlleva un rol activo del paciente y del terapeuta. Los terapeutas de conducta están profundamente interesados en mantener una adecuada relación terapéutica con sus clientes.

La terapia de conducta asume una serie de supuestos fundamentales que podemos agrupar así: (Rimm y Cunningham, 1988, cit en Ruiz y Sánchez, 1998):

1. La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta (salvo en el caso de los conductistas cognitivos);
2. La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos;
3. La terapia de conducta asume que la conducta anormal es adquirida en gran parte a través del aprendizaje (clásico, operante y por modelamiento).

El paradigma del *condicionamiento clásico* se refiere al aprendizaje basado en la asociación de un *estímulo neutro*, que posteriormente adquirirá poder para suprimir la conducta (*estímulo condicionado*) al asociarse con un *estímulo incondicionado*. Aunque el condicionamiento clásico supone que el estímulo condicionado antecede por lo general al incondicionado; también existe el caso inverso donde el estímulo condicionado sigue al estímulo incondicionado, es el llamado condicionamiento hacia atrás.

El paradigma del *condicionamiento operante* se basa en que una conducta en presencia de un estímulo particular (*estímulo discriminativo*) se hace más probable si es seguida de una *consecuencia o contingencia reforzante*. En este paradigma la conducta no está controlada por sus antecedentes (no es una E-R) sino por sus consecuencias (R-C). Si una conducta aumenta su probabilidad de producirse si es seguida por una determinada consecuencia se denomina a este proceso *reforzamiento positivo*. Si esa conducta aumenta su probabilidad de producción si es seguida por la retirada de un *estímulo aversivo*, se denomina a ese proceso como *reforzamiento negativo*. Si la probabilidad de esa conducta se reduce como consecuencia de la presentación de un estímulo aversivo o la retirada de uno positivo, se denomina al proceso como *castigo*. Si esa conducta deja de producirse como consecuencia de la no presentación de sus consecuencias reforzantes (positivas o negativas) se denomina al proceso como *extinción*.

El tercer paradigma es el llamado *condicionamiento vicario o aprendizaje por modelamiento o imitación*. Las personas no solo adquieren su conducta por la asociación de experiencias o los resultados de sus acciones sino también por observación de como actúan otras personas reales o actores simbólicos (historias, relatos, etc). Gran parte de la conducta humana es mediada culturalmente por diversidad de modelos familiares y sociales en el llamado proceso de socialización o aprendizaje social. Las habilidades sociales para relacionarse con los demás y muchos temores y prejuicios que dan lugar a conductas patológicas están mediados por este proceso.

3.3.2.1. Método Terapéutico.

Básicamente la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnóstico denominado Análisis Funcional o Conductual. Consiste en "traducir" el problema presentado a categorías conductuales operativas (conductas manifiestas y encubiertas por lo general clasificadas como "cogniciones", "emociones" y "conductas") y en determinar las variables que las mantienen (organísmicas, mediacionales, antecedentes, estimulares y

contingencias de refuerzo). Este proceso determina qué variables de la conducta estudiada guían el proceso de selección de las técnicas terapéuticas.

También hay que destacar que la misma relación terapéutica puede ser analizada por el mismo procedimiento, cuando esta es relevante para la terapia en curso (colaboración del paciente). Cuando la conducta del paciente presenta una escasa colaboración para la terapia, se puede intentar modificarla para lograr niveles mejores de relación terapéutica analizando su función. El terapeuta de conducta suele manejar un amplio abanico de Técnicas terapéuticas para diversidad de problemas. El empleo más adecuado de las mismas es cuando deriva del análisis funcional del problema en cuestión. De manera resumida se pueden agrupar estas técnicas mediante el paradigma de aprendizaje en el que se basan (Edelstein y Yoman, 1991, cit. en Ruiz y Sánchez, 1998):

1. Técnicas basadas en el condicionamiento clásico: La más conocidas y utilizadas son los métodos de Exposición y de Desensibilización Sistemática que consisten en enseñar al sujeto a enfrentarse gradualmente a las fuentes estimulantes de ansiedad, miedos, vergüenzas y otras emociones de modo que dejen de responder con ansiedad ante las mismas. La desensibilización conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación.

2. Técnicas basadas en el condicionamiento operante: Básicamente se dividen en procedimientos encaminados a aumentar conductas adecuadas (Reforzamiento, Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, etc) y aquellos otros encaminados a reducir conductas inadecuadas (Extinción y Castigo), así como aquellos que combinan las dos finalidades anteriores (Reforzamiento diferencial, Contrato de conducta, Control de estímulos, etc.).

3. Técnicas basadas en el modelamiento: A través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora. También se utilizan como técnicas para expresar no solo nuevas conductas, sino también para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas más conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Asertividad.

4. Técnicas basadas en los principios del autocontrol: Se suele utilizar en combinación con las anteriores, y en cierto sentido las intervenciones anteriores se proponen al paciente como vías de autocontrol o aprendizaje de manejo de problemas. Las más utilizadas son los autoregistros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación, valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivo-conductuales o conductistas cognitivos.

Un aspecto a resaltar es que para el terapeuta conductual la terapia es mucho más que la utilización de un determinado tipo de técnicas, es un modo de entender a la persona y su conducta basado en los principios del Conductismo clásico (Pavlov, Watson), moderno (Skinner, Bandura) y actual (Eysenck, Staats, Ardila, Meichenbaum).

Las características del Modelo Conductual son varias, entre ellas se da preponderancia a los determinantes ambientales de la conducta, se observa casi siempre la conducta manifiesta, y la psicopatología por lo general se considera en términos de exceso o deficiencias de conducta, o de conducta que tiene lugar en una situación inadecuada. El problema crucial son las conductas inconvenientes que muestra el pequeño y no se piensa que estas sean el resultado de alguna dificultad interna básica. Existe la tendencia cada vez más acentuada a enfocar las cogniciones (enunciados acerca de sí mismo, autoinstrucciones y otros pensamientos) como las conductas por examinar, así como conductas más visibles señaladas por los primeros partidarios del conductismo (Ruiz y Sánchez, 1998).

Sin importar que la conducta se estudie de acuerdo con conductas manifiestas, cogniciones o respuestas fisiológicas básicas, se supone que en gran parte de esta conducta anormal se aprende según los mismos principios que rigen la adquisición de otras conductas más adaptativas: condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje por observación.

A continuación se lleva a cabo la descripción de la valoración infantil dentro del modelo conductual, posteriormente su tratamiento infantil.

3.3.2.2. Valoración Infantil del Modelo Conductual.

Dentro del Modelo Conductual, lo principal es determinar qué conductas específicas dieron lugar a la inadaptación del pequeño y qué factores ambientales provocan o mantienen estas conductas, o en tal caso propician las deficiencias conductuales del niño. La valoración se inicia con una entrevista, que tiene como propósito obtener una historia del desarrollo, otra de tipo social e información sobre relaciones con compañeros y la familia, así como datos acerca de la naturaleza del problema de conducta del muchacho. Pese a estas similitudes, por lo regular se consigue información más detallada relativa a las características específicas de los problemas de conducta y a las variables ambientales que parecen contribuir a las dificultades del niño (Johnson, Rasbury y Siegel, 1998).

La información esencial necesaria para una valoración conductual adecuada se resume en las siglas EORKC, ‘E’ son los estímulos del medio del chico que generan conductas desadaptativas o controlan su aparición, por ejemplo, aquellos que suelen encontrarse presentes al ocurrir tales conductas. ‘O’ son las variables referentes al organismo referentes al organismo, como son los factores físicos o cogniciones, que influyen que influyen en la conducta. ‘R’, de respuesta, alude a los problemas prioritarios de conducta y sus parámetros de frecuencia, duración e intensidad. ‘K’ se relaciona con factores específicos de contingencia, tal como el programa de reforzamiento de una conducta en particular. Por último, ‘C’ son las consecuencias de las conductas del niño, o en términos más sencillos, qué resultado (C) obtiene el muchacho de su conducta (R). Luego de conseguir con la entrevista información preliminar de este tipo, lo usual es tratar de complementarla con otros procedimientos.

Se puede pedir a los maestros que llenen listas de verificación para indicar la gravedad de los problemas de conducta mostrados. Se puede solicitar a los padres que observen dificultades específicas y anoten su frecuencia, así como cualesquier antecedentes y consecuencias. Se puede recurrir a observadores independientes que realicen observaciones naturalistas de la conducta del pequeño en su hogar, escuela, clínica u hospital.

Una vez realizada la valoración se decidirá que tipo de tratamiento se seguirá, ya que puede darse el caso de que se presenten dificultades a la hora de valorar, estas pueden ser desde las conductas observadas tanto por padres o cualquier persona que observe al niño, hasta la falta de participación tanto de padres como del niño, o la negación del niño a contribuir con la recopilación de información necesaria.

3.3.2.3. Tratamiento Infantil del Modelo Conductual.

Los métodos de tratamiento basados en el modelo conductual son de distintas clases. Sin embargo, cada uno se funda en la suposición de que gran parte de la conducta “anormal” es aprendida y se puede modificar mediante la aplicación sistemática de principios de aprendizaje u otros procedimientos empíricos de cambio conductual. Los métodos de terapia conductual infantil abarcan, entre otros, desensibilización sistemática, uso de modelamiento operante y terapia cognoscitiva conductual. Según Johnson, Rasbury y Siegel (1995) se ha recurrido a procedimientos como el de sensibilización y el modelamiento en combinación con otros para el entrenamiento en habilidades sociales de chicos con deficiencias a este aspecto, así como para la enseñanza de lenguaje y habilidades de autoayuda a niños con retardo mental y autistas.

Los procedimientos de condicionamiento operante, tales como reforzamiento positivo, extinción y castigo, se han aplicado para incrementar conductas deseables como el control de esfínteres, obediencia, habilidades sociales y un mejor desempeño académico, así como para reducir otras que no lo son, como agresividad, lastimarse así mismo, berrinches y meter desorden. Los enfoques cognoscitivo-conductuales que intentan modificar conductas mediante autoafirmaciones, o sea lo que los pequeños se dicen a ellos mismos, recientemente se han popularizado en el tratamiento de niños hiperactivos e impulsivos, y otros con dificultades de autocontrol.

En cuanto a la terapia de víctimas de maltrato, se recomienda para los niños que hayan sufrido abuso sexual de cualquier edad, para eliminar en lo posible el hecho del acto violento, es decir, el uso del poder y no la sexualidad del niño. Ya que el que haya ocurrido un acto violento en contra de su voluntad sin la posibilidad de negarse, o se hiciera caso a su negativa, no debe imposibilitar o incidir en su proceso de desarrollo, ni en sus potencialidades ni en su proyecto de vida (Whaley, 2003). Para lograr lo anterior el CAVI (Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar) intenta abordar en sus programas terapéuticos los siguientes objetivos:

- Mejorar la autoestima de la víctima
- Lograr auto-conocimiento y aceptación de sí mismo

- Reconocer sus sentimientos
- Promover manejo positivo de la energía
- Cuidar y apreciar su cuerpo
- Lograr una comunicación más asertiva
- Diferenciar pensamientos y sentimientos
- Reconocer el maltrato psicológico y sexual
- Brindar información sexual
- Replantear la prevención del abuso
- Lograr el manejo positivo de la agresión

Considerando lo descrito en el segundo capítulo del presente trabajo, es importante señalar que la intervención a personas agresoras es determinante para romper con el ciclo de la violencia al cual hemos hecho referencia anteriormente, Whaley (2003) considera que los hombres maltratados encubren un niño maltratado en su infancia; los hombres que maltratan no son culpables, pero sí responsables del daño que provocan, la violencia tiene característica de epidemia, que se extiende de generación en generación. Cortar un eslabón de esta cadena de malos tratos significa empezar a trabajar en la liberación propia, y evitar una “herencia” nefasta a la descendencia futura. Así, dentro de la terapia para cónyuges violentos se evalúa: El grado de peligrosidad actual de las conductas violentas, el grado de motivación para el cambio, la posibilidad de su inclusión en grupo para cónyuges violentos.

También existen los llamados grupos abiertos y cerrados, los cerrados tienen una duración de tres meses con frecuencia semanal y reuniones grupales de 90 minutos de duración cada una, los temas a abordar son: responsabilización por la propia conducta violenta, reconocimiento de las señales de pre-violencia, identificación de ideas y creencias, identificación de sentimientos y emociones, alternativas a la violencia, utilización del tiempo personal, roles de género (masculino-femenino) y discusión del diagrama de dependencia.

El grupo abierto, se caracteriza por no tener una fecha de finalización, lo cual permite la incorporación de miembros en diferentes momentos del desarrollo de la terapia grupal, tiene una frecuencia semanal con duración de 90 minutos de reunión.

El objetivo principal es lograr que dejen de utilizar la violencia física y/o psicológica como método de ejercicio del poder intrafamiliar y prevenir que esta conducta se repita en el futuro, aún después de la intervención terapéutica.

El procedimiento terapéutico específico sería según Whaley (2003)

- A. Las técnicas orientadas a obtener cambios en el nivel cognitivo
- B. Las técnicas orientadas a obtener cambios en el nivel de comportamiento. Se utilizan por lo regular técnicas de reforzamiento como: la economía de fichas, técnicas de extinción de conducta (tiempo fuera, tiempo abierto, saciedad, etc)
- C. Técnicas orientadas a promover la elaboración de aspectos de la historia personal: con base en la reconstrucción, redefinición y reinterpretación de la historia personal y el uso de la violencia, dentro del marco psicoeducativo.

D. Técnicas orientadas a promover cambios en el nivel interaccional comunicacional.

- Técnicas de auto-observación
- Técnicas de reestructuración cognitiva
- Técnicas para el desarrollo de la asertividad
- Técnicas de la relajación
- Técnica de control de la violencia física
- Entrenamiento en la modificación de las pautas de comunicación

Además el CAVI ofrece la protección jurídica de la mujer maltratada y el menor, promueve la atención al hombre agresor, promueve la investigación de la violencia intrafamiliar. Todo esto, desde su creación oficial en 1992, que por decreto presidencial se establece, como una instancia jurídica como parte de los servicios de la Procuraduría del Distrito Federal. Promoviendo para ello, la publicación de una ley de asistencia y prevención de la violencia intrafamiliar, así mismo, con la creación de un Manual de atención a víctimas del delito.

El programa de tratamiento para víctimas de maltrato propuesto por Echeburúa y Corral (2003), consta de sesiones individuales y grupales, ya que las víctimas pueden beneficiarse de la actuación conjunta de un tratamiento individual orientado a las necesidades específicas de cada una de ellas y de una terapia grupal generadora de una cohesión social y de unas estrategias adecuadas de solución de problemas, de las que suelen estar tan carentes las víctimas. El contenido del programa abarca la facilitación de la expresión de emociones, la reevaluación cognitiva de los sesgos presentados por las víctimas y la enseñanza de habilidades específicas de afrontamiento para abordar la situación de maltrato. El programa de intervención propuesto consta de 17 sesiones (individuales y grupales), que se desarrollan en un periodo de 12 semanas. El calendario estándar de sesiones, se adapta a las necesidades específicas de cada víctima.

En las tres primeras semanas se comienza con sesiones exclusivamente individuales, que tienen una duración de 1 hora. Se trata de prestar una atención adecuada a las necesidades específicas de cada víctima y de motivarla para las sesiones posteriores grupales. A partir de la cuarta semana se simultanean las sesiones individuales con las grupales, con la particularidad de que las primeras se espacian más. En esta fase las víctimas se benefician del tratamiento grupal, pero con la continuidad de las sesiones individuales no se dejan de atender los problemas particulares de cada una de ellas, cuya exposición puede no resultar adecuada –o la víctima no se atreve a ello- en el marco del grupo. Por último, algunas sesiones –relacionadas con las habilidades de comunicación- pueden llevarse a cabo, en una fase avanzada del tratamiento, a nivel de pareja si el caso concreto así lo aconseja. Este último apartado, al no realizarse de forma habitual, no forma parte del protocolo de tratamiento propiamente dicho.

Herrera (1997) describe una propuesta de intervención terapéutica para los casos de violencia sexual infantil, éste considera cinco elementos como eje para el proceso psicológico del o la menor: Situación, Evaluación, Tratamiento, Criterios de Evaluación final y Seguimiento.

- 1ª . Sesión: Entrevista semiestructurada,
- 2ª . Sesión Primer contacto con el menor
- 3ª . Sesión Evaluación del núcleo familiar
- 4ª . Sesión Evaluación de las situaciones de abuso sexual

5ª . Sesión Tratamiento. Se debe llevar a cabo en función de los resultados de las primeras evaluaciones. Se diseña el procedimiento, especificando cada fase de tratamiento, la situación experimental, los criterios de evaluación posterior, las técnicas y recursos humanos y materiales con los que se cuenta. Si bien cada caso clínico de violencia sexual presenta características similares a otros, no podemos perder de vista que cada caso presenta a su vez elementos moleculares muy diferentes. El número de sesiones varía según los primeros resultados de la evaluación, además de incluir para ello elementos tales como alguna toma de decisión familiar, cambio de lugar de residencia, y/o de escuela del menor, posibilidades económicas para transporte, resistencia de la niña/o, responsabilidad de los padres con el proceso terapéutico del menor, etc. Algunas de las técnicas y métodos terapéuticos empleados dentro del tratamiento están: Aproximaciones Sucesivas, Autorreforzamiento, Condicionamiento Encubierto, Desensibilización Sistemática, Extinción, Moldeamiento, Modificación de Conducta Verbal, Modelamiento, Reforzamiento Diferencial de otras Conductas, Terapia Racional Emotiva, Tiempo Fuera, Toma de Registros, Completamiento de Frases, Confrontación con el agresor, Dibujo, El espejo, Escritura de Cartas Dirigidas a personas específicas, Escritura y/o conclusión de historias, Juego de Roles, Manualidades, Reflejo de Ideas y Sentimientos, Silla vacía, etc. Las sesiones de seguimiento se llevarán a cabo a los 3, 6 9 y 12 meses de terminado el tratamiento, tomando en cuenta las características de cada caso y el proceso legal.

Una vez revisados los modelos anteriores se puede decir que tanto el modelo conductual como el psicoanalítico, no son los únicos ni los más eficaces para el tratamiento infantil, en tal caso podemos darle gran relevancia a la valoración que se lleva a cabo en cada uno de los casos, ya que es esta la que va a dirigir tanto el modelo de tratamiento como el tipo de intervención, es decir las estrategias a seguir, sin embargo, no solo se pueden tratar los casos de manera individual, sino llevando a cabo una intervención en la familia completa, como es el caso del modelo que se explica a continuación.

3.3.3. Modelo Familiar.

El desarrollo histórico de los Modelos Sistémicos va unido a la evolución de la terapia familiar. En la década del 1950-1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento. En la línea anterior Ackerman (1937, cit en Ruiz y Sánchez, 1998) estudió los problemas de los mineros y sus familias, y cómo el desempleo del padre provocaba alteraciones en la vida familiar. Bell citaba a la familia del adolescente para entender su problemática y Bowen observaba las disfunciones relacionales madre-hijo en niños hospitalizados.

La siguiente década, de los años 60, supone un alejamiento de los planteamientos Psicoanalíticos y un predominio de la teoría de la comunicación. Por un lado el grupo de Palo Alto en E.U, a partir del estudio de Gregory Batenson sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia, genera su teoría del doble vinculo que explica la esquizofrenia como un intento limite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos. Otros destacados terapeutas seguirán la línea comunicacional del centro de Palo Alto (Jackson, Watzlawick, Haley, etc.). Minuchin que también en E.U estudia el funcionamiento familiar de los jóvenes puertorriqueños emigrantes con problemas de delincuencia que le llevó a desarrollar su escuela estructural de terapia familiar. Y un tercer grupo que también trabaja en esta época en este país de manera independiente es el formado por Lidz, Wynne, Bowen y Whitaker (op. cit., 1998).

En la misma década en Europa aparecen dos centros geográficos de fuerte influencia. En Inglaterra Laing, que tenia contactos con el grupo americano de Palo Alto, trabaja con familias de esquizofrénicos. El otro centro, más influyente, está en Italia. Es el llamado grupo de Milán (Mara Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata). En esta década el grupo de Milán y el de Palo Alto serán los mas influyentes en la terapia familiar. El primero centrado más en los conceptos de familia como sistema y el segundo en las pautas comunicacionales en el funcionamiento familiar.

En la década de los años 70 se divulga y expande el modelo de terapia familiar sistémico-comunicacional y proliferan las escuelas y sus mutuos debates. Las principales escuelas de esta década son:

-La Escuela Interaccional del MRI (Mental Research Institute) que supone la segunda generación de la escuela de Palo Alto sucesora de Batenson. Su aportación más significativa se ve reflejada en la obra de Watzlawick, Weaklan y Fisch "Cambio" (1974). Para estos autores las soluciones intentadas por las familias para manejar determinadas situaciones suponen los auténticos problemas; y por consiguiente las intervenciones se dirigen a cortocircuitar el flujo problema-solución intentada. Para ello distinguen entre los llamados Cambios-1 (Que supuestamente siguen la "lógica" intentado lo contrario al problema, pero que no cambian la estructura del sistema) y los Cambios-2 (Que se centran en intervenciones paradójicas distintas al sentido común, pero que producen cambios en la estructura del sistema familiar) .Una aportación relevante de esta escuela es que su modelo ha sido aplicado tanto a familias como a clientes individuales.

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas (con Bertalanffy, 1967; Wiener, 1947). Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la unión de sus componentes (el principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes"). En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica:(1)Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde la causas y efectos son circulares y (2)Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progreso o cambio.

Foster y Gurman(1988, cit en Ruiz y Sánchez, 1998) consideran cuatro aspectos centrales del funcionamiento familiar: la estructura, regulación, información y capacidad de adaptación.

- La estructura se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién esta a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar). Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (padres) involucrando a una tercera (hijo).

- La regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conforman una pauta de causas-efectos circular (Causalidad circular) y sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado paciente identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.

- La información se refieren a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vinculo, la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, (pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, etc).

- La capacidad de adaptación se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un cónyuge, etc). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema.

El modelo familiar, como los modelos anteriormente descritos son totalmente opuestos, ya que cada uno contempla como objeto de estudio algo diferente, pese a esto todos concuerdan en llevar a cabo un mejor bienestar para el paciente. Cabe mencionar que cada uno de estos modelos se manejan en sentidos opuestos tanto en su objeto de estudio, valoración y por lo tanto el tratamiento.

3.3.3.1. Valoración del Modelo Familiar.

Como podemos ver, este modelo no solo se enfoca al paciente, sino también al sistema familiar del que forma parte, Achenbach (1974, cit en Johnson, Rasbury y Siegel (1995) dice que:

“El modelo familiar se basa en la suposición de que la familia es un sistema social y la conducta de cada uno de sus miembros es consecuencia de presiones ejercidas dentro del mismo. Debido a ello, los síntomas de un chico traído a tratamiento no se considera como manifestaciones de su patología individual, sino como una muestra de patología familiar. Asimismo, se juzga que los síntomas del niño

desempeñan una función definida dentro de la familia, por lo que su desaparición sin que haya otros cambios es ésta puede generar nuevos síntomas en otros miembros de ella o desintegrarla. Por tanto, al niño se le denomina paciente identificado, es decir que si ha sido identificado como tal por otros miembros de su familia”.

Existen varios métodos de valoración, por ejemplo, distintas mediciones observacionales para evaluar sistemas familiares con alguna disfunción, por ejemplo (Johnson, Rasbury y Siegel, 1998):

- *Sistemas Conductuales de Codificación* para valorar interacciones diádicas entre miembros de la familia, tiene el propósito de señalar niveles de problemas de conducta mostrados por cada miembro y, en algunos casos, la medida en que ciertas conductas problema son generadas por las conductas de otros integrantes de la familia
- *La Prueba de Diferencias Reveladas*, en la que a cada miembro de la familia se le pregunta por separado como reaccionaría ante una serie de situaciones, luego de responder se le pide a la familia que ofrezca una solución aceptada por todos, el conflicto familiar se mide por medio de la evaluación de opiniones simultaneas, número de interrupciones y desacuerdos.
- *Mediciones de Autoinforme*, tales como las Escalas de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar y la Escala de Ambiente Familiar.

La valoración clínica de la familia del chico identificado se inicia con una entrevista enfocada a definir los procesos patológicos que operan en este núcleo. Con base a la suposición de que el problema de conducta proviene de una unidad familiar disfuncional, se examinan los patrones de comunicación e interacción que contribuyen a la conducta inadecuada de distintos miembros de ella, o a la aflicción que experimentan. Se valora el nivel de inflexibilidad de cada uno, la medida en que podría diferenciárseles según sus roles en la familia, las líneas de autoridad y la capacidad de cada integrante para resolver conflictos.

Respecto al tratamiento del modelo familiar que se describe a continuación se debe considerar que también será definido en función de la escuela a la cual pertenezca el clínico.

3.3.3.2. Tratamiento del Modelo Familiar.

Aunque los métodos terapéuticos empleados por estos enfoques varían en cada escuela, podemos encontrar unos elementos más o menos comunes a todas ellas (Ruiz y Sánchez, 1998).

En primer lugar el terapeuta intenta hacerse un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Unos terapeutas se centraran en el tipo de secuencia problema-solución intentada (Watzlawick) y quienes son los implicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares (Haley, Minuchin) y el grado en que la familia está desligada (límites rígidos entre sus subsistemas de componentes que conlleva una excesiva

individualidad y una acrecentada dificultad para compartir la vida afectiva) o está aglutinada (límites muy difusos entre sus miembros donde es difícil mantener la individualidad de sus miembros y el compromiso con el mundo externo) y otros analizarán la demanda (quién y cómo se decide quién es el paciente) y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia (Selvini-Palazzoli).

Este proceso diagnóstico suele conllevar entrevistas con toda la familia (aunque a veces se considera de manera no rígida quien está dispuesto a venir a terapia como información y elemento "comprometido").

La siguiente fase consiste en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, que se supone aumentará la capacidad del sistema para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirige a modificar patrones de relación familiares disfuncionales. Para ello el terapeuta dispone de una serie de recursos técnicos, entre los que destacan:

- La reformulación del problema: Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio.

-El uso de la resistencia Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia, se puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia homeostasis. Una alternativa es darse con esa oposición y plantear la pregunta del estilo "¿Por qué tienen ustedes que cambiar X?", de modo que al sistema solo le queda la alternativa de seguir lo indicado o su propia. En ambos casos el terapeuta lleva el control del cambio

-Intervención paradójica: Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma.

-Prescripción de tareas: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.

-Ilusión de alternativas: El terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.

-Uso de analogías: El terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.

-Cuestionamiento circular: Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar ("¿Cuando X actuó así, como reaccionó Y a esa conducta y Z ante la reacción de Y..?").

Actualmente en la terapia sistémica existen dos grandes corrientes: Una de tipo más "conductual o pragmática" centrada en el estudio de las secuencias interaccionales y en su modificación (su representante más fuerte es Haley) y otra de tipo más "cognitivo o constructivista" centrada en las creencias familiares, sus estilos de construcciones narrativas comunes y el desarrollo de narraciones alternativas (Procter, Anderson, etc.)(Ruiz y Sánchez, 1998).

Por su parte, Minuchin y Fishman, sentaron las bases de la terapia familiar estructural de la cual se retomaron las estrategias de intervención llamadas por Umbarger (1999) intervenciones canónicas que a continuación se presentan.

1. *Inducción en Crisis*: El fin es alterar la estructura de la familia para producir un flujo temporario o crisis en el sistema es un primer paso necesario en el proceso de cambio. Las metas inmediatas son introducir novedad, variedad y diversidad en las estrategias de vida de la familia, en lugar de los programas de constancia, control y rutina crónica, que caracterizan al sistema patológico. El terapeuta en su condición de agente activo, tiene la responsabilidad de inducir las inestabilidades críticas que han de proveer el surgimiento de la complejidad.
2. *Pautación Escénica del Tratamiento*: tiene dos significados generales, el primero es el deliberado ordenamiento de un sistema natural, según los componentes que ya tiene o según agrupamientos nuevos, de manera que el terapeuta consiga ascendente para promover cambios. De esta manera, la pautación escénica puede proceder por acomodación (si enfoca las subdivisiones que ya existen) o por reestructuración (por la creación de divisiones nuevas y no comunes en la familia) y en segundo lugar la pautación escénica de una entrevista o tratamiento integro importa una planificación activa de lo que se debe hacer en primer lugar, en segundo, en tercero, etc.
3. *Análisis de la Estructura con Preferencia al Contenido*: el terapeuta estructural enfoca todas sus intervenciones estructuradoras que son características de la familia, y no sobre el contenido psicológico que ella ofrece.
4. *Intervención en Jerarquías y Secuencias*: la pautación escénica es un recurso para abordar problemas serios que la familia presenta en sus ordenamientos jerárquicos. Al paso que la escena de intervención se consuman con éxito, se puede esperar que se corrijan poco a poco problemas existentes en la distribución del poder y de la influencia. El rasgo dominante de toda organización es la existencia de un ordenamiento jerárquico de las partes componentes: un diseño con miras a diferentes niveles de funcionamiento de modo que algunos estén situados en una posición más elevada y que tengan más influencia.
5. *Indicación de Tareas*: se utilizan para obstaculizar conductas sintomáticas, ya que observando la conducta en el consultorio suele ser mejor salvo en casos en que el síntoma es físicamente peligrosos, una tarea lograda en su asignación y ejecución es indicio de que el sistema terapéutico opera con un diagnóstico estructural y un plan de cambio que ha comprometido de manera efectiva a todos los actores de la familia. La tarea fracasada y la asignación es insuficiente, esta fructificará en oportunidades para refinar el diagnóstico y el plan de tratamiento o hará imperativa esta mejor elaboración.
6. *Empleo de la Explicación y la Descripción*: el terapeuta “toma nota en voz alta” de un aspecto crítico de la secuencia, y hace coparticipación en ella por medio de una simple asignación de tarea. Esta por lo común consiste en continuar una coalición sana o en interrumpir una coalición intergeneracional que produce dificultades. Si el terapeuta decide comunicar lo que ha observado, debe concluir con una sugerencia acerca del modo de proseguir la interacción. Esta sugerencia es por sí una asignación de tarea y debe tomar en cuenta a los diversos miembros de la familia.

La Terapia Familiar, es abordada también desde el enfoque interaccional, del cual Andolfi (1990) explica como estrategia de intervención, la técnica de la familia y el uso de metáforas.

La escultura de la familia es una técnica no verbal, que permite la expresión de ideas y emociones mediante el uso del cuerpo y del movimiento. Propone recrear simbólicamente en el espacio estados de ánimo y vínculos emotivos, mediante una representación tridimensional de las relaciones entre los miembros de la familia, la escultura puede definirse como la representación simbólica de un sistema, pues en ella se enfocan los aspectos comunes a todo sistema –espacio, tiempo, energía-; de este modo las relaciones, los sentimientos, los cambios pueden representarse y experimentarse simultáneamente. El escultor puede representar las relaciones más significativas que lo ligan con otros, que ligan a estos últimos entre sí en un contexto y un momento histórico determinados., por lo que hace asumir a cada uno una posición, una relación de cercanía o distancia, una mirada y una actitud, una relación de cercanía o distancia, una mirada y una actitud del rostro que replanteen simbólicamente sus vivencias personales respecto de ellos y de su relación recíproca, y el colocarse, por último, él mismo en la escultura, representa cómo y dónde se ve en relación con los otros. De esta manera la esencia misma de sus experiencias familiares, sean relativas al presente o al pasado, se condensa y proyecta en una imagen visual.

El terapeuta elige al “escultor”, y los demás se convierten en “arcilla” a plasmar y colocar en el espacio, teniendo en cuenta el momento terapéutico y la realidad de cada familia específica, activando, por ejemplo, al que considera más capaz de expresar espontáneamente vivencias emotivas; en otros casos, en cambio, invitara a la persona más inhibida e incapaz de comunicar con palabras lo que siente, de modo de promover, a través de un canal no verbal, una participación activa de esa persona en el proceso terapéutico.

Así mismo, el autor realiza una clasificación de las prescripciones utilizadas dentro del enfoque, una prescripción es pues, asignar una tarea que implique directa o indirectamente a toda la familia o a alguno de sus miembros, en la sesión o en el intervalo entre una sesión y la siguiente, que promueve un cambio, o sea, activa modelos relacionales distintos que no tengan necesidad de la formación y mantenimiento de chivos expiatorios. La prescripción mediante la asignación de “tareas a domicilio” es una modalidad dirigida a ampliar el proceso terapéutico, más allá de la hora semanal de la reunión de grupo, promoviendo una “presencia” del terapeuta en la familia aun en el ámbito de las actividades cotidianas. De esta manera la familia puede experimentar modalidades nuevas de comunicación, si logra utilizarlas para la terapia se sentirá cada vez más capaz de funcionar autónomamente hasta que ya no tenga necesidad de apoyos terapéuticos. La prescripción permite además la recolección de informaciones relacionales en torno a la estructura de la familia y a las reacciones de sus componentes frente a los requerimientos de cambio

Clasificación de las Prescripciones según Andolfi (1990)

A) Prescripciones Reestructurales

- Prescripciones Contrasistémicas (Tendientes a contrastar abiertamente la homeostasis del sistema familiar)

- Prescripciones de Contexto (tendientes a establecer o mantener un contexto terapéutico)
- Prescripciones de Desplazamiento (tendientes a desplazar artificialmente el problema del paciente identificado a otro miembro de la familia o a una sintomatología nueva)
- Prescripciones de Reelaboración Sistemica (tendientes a reestructurar directamente la utilización de elementos ya existentes)
- Prescripciones de Refuerzo (tendientes a reforzar movimientos ya presentes en el sistema familiar y que se consideran útiles para el cambio)
- Prescripciones de Utilización del síntoma: prescripciones de ataque y prescripciones de alianza.

B) Prescripciones Paradojales

- Prescripciones del Síntoma (tendientes a prescribir el “comportamiento enfermo”)
- Prescripciones de las Reglas (tendientes a implicar directamente a todo el sistema familiar mediante la prescripción de reglas “peculiares” de la familia)

C) Prescripciones Metafóricas

Otra forma de abordar la terapéutica familiar, es la Terapia Narrativa, de la que White (2002) considera que es afirmar que los seres humanos son seres interpretantes: que interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras vidas. Es afirmar que no nos es posible interpretar nuestra experiencia si no tenemos acceso a algún marco de inteligibilidad que brinde un contexto para nuestra experiencia y posibilite la atribución de significados. Las herramientas y Técnicas utilizadas en la Perspectiva Narrativa son:

- Tratar de obtener algún conocimiento acerca de aquello por lo que han estado atravesando estas personas, y que logren alguna comprensión de ello.
- Conversación Externalizadora: se alienta a las personas a que relaten de que manera el problema ha estado afectando sus vidas y sus relaciones, es necesario un cambio para que las personas se entreguen a las conversaciones, que cuestionan su carácter, naturaleza, objetivo, etc. de modo que tienen un efecto totalizante sobre sus vidas.
- Trazar un mapa de los efectos del problema. Cuando el problema está especialmente arraigado o parece especialmente intratable en este caso lo apropiado es que la conversación externalizadora sea muy amplia.
- Deconstrucción. Deconstruir las así llamadas “verdades” que las personas sienten que tanto aprisionan sus vidas, formulando preguntas que profundicen este proceso, quizá algunas que expliciten la historia de determinadas “verdades”.
- Paisajes de significado
 - El Paisaje de la acción, está constituido por experiencias de acontecimiento, reunidos en secuencias que se desenvuelven en el tiempo y según tramas específicas.
 - El Paisajes de la conciencia o paisaje de significado del relato dominante, las interpretaciones se hacen por medio de la reflexión sobre los eventos que están desenvolviéndose en los paisajes de la acción. En el trabajo de reescritura, las

personas practican un intercambio entre ambos paisajes, de manera que generan paisajes alternativos de la acción y de la conciencia.

- Cartas. Son relatos de acontecimientos que están teniendo lugar en la terapia. Las cartas ponen un énfasis especial en el relato al pie de la letra de estos acontecimientos, en el caso de las víctimas de abuso, al inicio de la terapia estas personas presentan una descripción de sí mismas muy negativa y una versión de la trama dominante que sugiere una complicidad de su parte en el abuso del que ha sido objeto.

Así, una reformulación de la trama dominante como forma de supervivencia frente a la tortura, la tiranía, la explotación et, avanza en el sentido de deconstruir esas “verdades” negativas en las que estas personas fueron inducidas a creer como resultado el abuso, la reformulación por escrito es de gran significación y contribuye a una forma de testimonio que puede tener el efecto de liberar a las personas sustancialmente de muchos de los efectos reales del abuso que ha sido perpetrado contra sus vidas.

Hudson y Weiner (1990) mencionan que para el tratamiento que se lleva a cabo dentro de la Terapia Orientada hacia las Soluciones son tres las cosas que se intentan hacer:

1. Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática. Queremos cambiar las acciones e interacciones que intervienen en la situación, dando a los clientes libertad para usar otras acciones, atípicas, que tengan más probabilidades de resolver el problema que la repetición de pautas sin éxito. Un cambio en lo que hacen puede producir también un cambio en su marco de referencia. Además, los cambios en la forma de actuar en la situación pueden generar recursos y capacidades nuevas u olvidadas.
2. Cambiar “la forma de ver” la situación percibida como problemática. Cambiar los marcos de referencia de los clientes, tanto en la sesión como fuera de la sala de terapia, puede llevar a cambios en las acciones y a la estimulación de potencialidades y recursos no utilizados.
3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática. Recordar a las personas sus recursos y fomentar estas fuerzas y capacidades puede llevar a cambios en sus acciones y en su punto de vista.

Dentro de este enfoque la intervención puede ser sobre patrones, esto es que un pequeño cambio sobre los patrones tiene un profundo efecto sobre los sistemas complejos, a lo que se le llamo “efecto mariposa”, esta intervención en los patrones puede ser sobre:

1. *El patrón de la queja*: lo más sencillo es alterar el propio patrón de la queja. El terapeuta hace que el/los cliente/s introduzcan alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja. A continuación se resumen las clases de intervenciones que se pueden usar en este campo.

- a. Cambiar la frecuencia o tasa de la queja
- b. Cambiar el tiempo de ejecución de la queja
- c. Cambiar la duración de la queja
- d. Cambiar el lugar en el que se produce la queja
- e. Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja
- f. Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja

- g. Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños.
- h. Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa

2. *Intervención sobre el patrón de contexto*: consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja.

También están las prescripciones de soluciones: formulas para el cambio.

1. *Tarea de fórmula de la primera sesión*: Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos (a mí me) gustaría que observaras, de modo que puedas describírnoslo (describírmelo) la próxima vez, lo que ocurre en tu (familia, vida, matrimonio, relación) que quieres que continúe ocurriendo. (De Shazer, 1985, cit en Hudson y Weiner, 1990). Los clientes no esperan que el terapeuta les pregunte sobre lo que va bien, así que a veces quedan sorprendidos por esta petición.

2. *Tarea de la Sorpresa para parejas o familias*: Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres (cónyuge, en terapia de pareja). No les digas qué es. Padres, vuestra tarea consiste en adivinar qué es lo que ella está haciendo. No comparéis vuestras notas; haremos eso en la próxima sesión. Esta tarea introduce un poco de azar en las pautas que caracterizan a las relaciones: las cosas se vuelven más impredecibles. De nuevo, tal y como sucedía en la tarea de la primera sesión, los clientes fijan su atención en nuevas conductas. La siguiente sesión en vez de preguntar a la persona A lo que hizo para sorprender a los demás, preguntamos a la persona B ¿Qué cosas has notado que ha hecho A durante esta semana? Y viceversa.

3. *La tarea genérica*: una vez que los clientes describieron su objetivo, es posible emplear su lenguaje para diseñar una intervención que cree la expectativa de cambio.

Los terapeutas de este enfoque también suelen utilizar *la hipnosis orientada a las soluciones*, en esta se pretende despertar la capacidades que el cliente ya tiene, pero que no ha empleado en el contexto del problema, aquí el terapeuta se ocupa de las experiencias automáticas, acciones que están más allá del control deliberado de la persona. La hipnosis ayuda a recordar experiencias que puedan servir como referencia para desarrollar las habilidades necesarias para resolver la dificultad presentada.

Los métodos de terapia familiar casi siempre requieren un terapeuta y quizá un co-terapeuta que interactúen con toda la unidad familiar o con algunos de sus miembros. Aunque la terapia usualmente analiza aspectos familiares que parecen dar lugar a los problemas de conducta de los integrantes de aquella, el procedimiento puede variar.

Algunos terapeutas examinan la patología familiar básica, con un enfoque de sistemas que estudie de preferencia patrones de comunicación e interacción. Otros métodos más psicodinámicos consideran la patología de cada miembro de la familia, así como la de ésta como un todo. Los procedimientos conductuales analizan en esencia contingencias de origen familiar que influyen en la conducta disfuncional de cada integrante de este núcleo.

Cada modelo de intervención en psicoterapia, tendrá tantas estrategias de intervención como escuelas haya en cada uno de ellos, sin embargo cada clínico que tome la responsabilidad de llevar a cabo un trabajo con niños enviados a tratamiento deberá tomar el compromiso de intervenir de manera eficaz, entendiendo por esto que busque

todas las alternativas posibles para ayudar a cada niño tomando en cuenta sus características particulares.

Además con el uso de técnicas como las aquí descritas en el marco de una buena relación terapéutica, el terapeuta ayuda al niño a percibir mejor sus sentimientos, así como las causas de sus problemas de conducta. Esta mayor comprensión es básica para que resuelva conflictos graves y descubra formas alternativas y más adaptativas de relacionarse y comportarse. Debe subrayarse que ninguno de los factores generales o específicos aquí considerados es por sí solo suficiente para alcanzar las metas de la psicoterapia.

3.3.4. Otras Alternativas para el Tratamiento en Víctimas de Maltrato.

Normalmente cuando llega un paciente a terapia (adulto) espera que se le de una lista de actividades sugeridas que contrarrestaran los síntomas por lo que llega a terapia, y más aún cuando se trata de la educación y bienestar de sus hijos, pero los clínicos saben que esto no es posible ya que cada caso requiere de cierta atención específica, no se quiere decir que unos casos tengan más importancia que otros, pero dado que como ya se ha revisado en los capítulos anteriores existen diferentes tipos de maltrato, bajo los cuales se puede someter a los niños, y cada uno por su parte produce diferentes secuelas. Por lo que para el tratamiento de los niños víctimas de maltrato García (cit en Ortega, 1998) hace una anotación importante en relación al tratamiento, y es el trato que deben brindar los educadores a niños que han sufrido maltrato. Su finalidad es lograr que el niño tenga la autoconfianza necesaria para un desarrollo pleno y los educadores lo hacen de la siguiente forma:

- Siendo buenos: interlocutores, observadores, consejeros, orientadores y modelos educativos.
- Logrando la confianza del niño
- Dándole seguridad: informándole las actividades y cambios de salón esta rutina escolar también es dada a los padres para que ellos tengan confianza y seguridad y así las puedan transmitir al niño.
- Servir de alivio al miedo a la agresión: Respaldando mediante el trabajo con los padres, el retorno seguro del niño junto a sus padres.
- Dándole oportunidad de éxito: Ya que estos niños no lo han experimentado.
- No siendo el docente un irritador más mediante: falta de atención, boleta de calificaciones, la forma de corrección de los trabajos, la exigencia de materiales, la rigidez en el control y exigencia de la puntualidad, el lenguaje: agresión oral, reprimenda continua, lenguaje, grosero, burla, amenaza, métodos de enseñanza inadecuados y métodos disciplinarios autoritarios.

Además propone que las carreras docentes incluyan la capacitación en trabajo con los padres y así poderles brindar apoyo tanto a padres como a hijos. Propone que a nivel social se formen redes de apoyo a la familia (principalmente al padre maltratador), crear grupos de ayuda entre amigos, vecinos, parientes, compañeros de escuela y de trabajo, estos

miembros de la red social pueden comprometerse en actividades con los padres, lo cual facilita el papel paternal ofreciendo apoyo y solidaridad.

En algunos centros gubernamentales como el CAVI (Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar) se busca en los casos de lesiones leves y de maltrato emocional, la reincursión del menor mediante un proceso psicoterapéutico que se base en la concepción de un sistema y de un todo familiar, independientemente de cómo esté compuesta la familia (Ortega, 1998).

Respecto al abuso sexual, para COVAC y la UNICEF (1995, cit en Ortega, 1998) el trato que se debe dar al pequeño desde el momento en que se descubre el abuso es el siguiente:

- Asumir una actitud de comprensión, ayuda y respeto. Parte de la recuperación del niño depende de cómo se sienta percibido por los demás.

- Al momento de enterarnos hay que permanecer tranquilos y decirle que es bueno que lo sepamos y comentarle que no se preocupe, que no es culpa suya, que lo queremos y lo vamos a proteger.

- Investigar como ha vivido el menor la experiencia pero sin presionarlo, permitir que hable de lo que paso, quitarle cualquier sentimiento de culpa, que se de cuenta de que le creemos y que respetamos su intimidad. No hay que hacer promesas al menor, que no vayan a cumplirse.

- No hay que asustar al niño con actitudes de enojo o dolor, ya se encuentra bastante confuso. Se le debe explicar que esas conductas no son correctas, sin hacerle sentir que son malas. Si los niños muestran dolor o enojo debemos decirles que sentimos mucho lo que paso y que no permitiremos que vuelva a ocurrir.

- Alejar a la víctima del agresor como muestra de protección, para que realmente crea en nuestra protección, no hay que olvidar que en muchas ocasiones los niños sienten afecto por él, razón por la cual se les debe explicar que ellos son muy valiosos como personas y aunque quieran a alguien, si esta persona no sabe respetarlos no queremos que esté cerca de ellos.

- Hay que restablecer el vínculo de el infante con los adultos, basado en el afecto y confianza de los que lo rodean. Es necesario enseñarles elementos de autoprotección y valoración de sí mismos.

- Alentar a que no se altere la vida cotidiana de los niños para que no se sientan diferentes a los demás.

- En los casos en que se requiera del apoyo médico, éste deberá explicar claramente a la víctima qué se le hará y por qué.

- Si se decide llevar a cabo la denuncia penal hay que darle el apoyo y los elementos que permitan enfrentar el proceso, mediante profesionistas sensibles o adultos previamente informados del proceso.

Una alternativa más en el tratamiento de niños víctimas de maltrato es la que menciona Ortega (1998) La terapia de grupo se enfoca principalmente a preadolescentes y adolescentes, en grupos de cuatro a ocho individuos. Se reúnen una vez por semana durante un año, con dos psicoterapeutas, una mujer y un hombre, efectuando actividades libres o estructuradas, merendando juntos y hablando. Los psicoterapeutas o un miembro del equipo proporcionan el transporte. Ha resultado muy eficaz, se ha observado una considerable mejoría en su comportamiento.

REFERENCIAS DEL CAPITULO 3.

- Andolfi, M. (1990) Terapia Familiar. Un enfoque Interaccional. México: Paidós.
- Anzieu, D. (1982) El Psicodrama Analítico en el Niño. Argentina: Paidós
- Arruabarrena y De Paul (1997)
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2003) Manual de Violencia Familiar. España: Siglo XXI
- Kempe y Kempe (1985)
- Ortega (1998)
- Hudson, O. W., Weiner, D. M. (1990) En busca de Soluciones. España: Paidós
- Johnson, J.H., Rasbury, W.C. y Siegel, L.J. (1995) Métodos de tratamiento Infantil. Introducción a la Teoría, Investigación y Práctica. México: Limusa.
- Ruiz, S. J. J. y Sánchez, C. J. J. (1998) Las Psicoterapias. Introducción a las Orientaciones Psicoterapéuticas para Profesionales Sanitarios. Texto completo en: www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3e.htm
- Mann, E. y McDermott, J. F. (1988) Terapia de Juego para Niños Víctimas de Maltrato y Negligencia. En: Schaefer, C. E. y O'connor, K. J. (1988) Manual de Terapia de Juego. México: Manual Moderno.
- Umbarger, C. C. (1999) Terapia Familiar Estructural. Argentina: Amorrortu
- Whaley, S. J. A. (2003) Violencia Intrafamiliar. Causas Biológicas, Psicológicas, Comunicacionales e Interaccionales. México: Plaza y Valdes.

4. CONCLUSIONES.

Dentro del presente trabajo se abordó uno de los problemas sociales que hoy en día repercuten sobre la sociedad, y lo que es peor sobre la familia misma, “la violencia”, y dentro de ésta, “el maltrato a los niños”, que pese a todos los factores que permiten que este se presente, en ningún momento o situación es justificable, ya que como se ha mencionado anteriormente no solo es el hecho de maltratar a los menores, sino que en un corto o largo plazo, habrá consecuencias que van a repercutir en cada uno de los ambientes que el niño se desenvuelva, y que crecerán a medida que el niño lo haga. Así y habiendo llevado a cabo la revisión teórica del tema en cuestión puedo concluir lo siguiente:

Ante el hecho de cómo lo que es violencia para algunos no lo es para otros, y viceversa, da cuenta de la falta que hace generalizar una definición que abarque la forma de vida de la cambiante sociedad, lo cual se antoja casi imposible.

Que las estadísticas recabadas dan cuenta de las pocas denuncias por parte de las víctimas, y considerando estas pocas, me atrevo a afirmar que no se proporciona información fidedigna que pueda formar parte de una real estadística, ya que puede suscitarse que en el caso de que sea la víctima la denunciante, no informará todo cuanto le acontece por vergüenza, considerando que es un tema fácil de hablar y más aún cuando la agresión ha sido de tipo sexual, ya que como se ha revisado, las repercusiones de la violencia y el maltrato en los niños, se incrustan en las diferentes áreas de desarrollo del individuo. Cabe señalar que las secuelas son aún mayores cuando la víctima es un hombre, esto debido a la posición que ocupa dentro de la sociedad, donde su función es la de proveer y dar protección a la familia.

Es bien sabido, que las estadísticas de las mujeres violentadas han sido altas, pero gracias a que han pasado por una serie de sucesos que ahora las ponen en mejor situación que la de un hombre que es violentado, ya que éstas han ganado espacios en los cuales se les proporciona ayuda, llámese psicológica, legal, laboral, etc y en ocasiones les proporcionan un hogar donde cuidar a sus hijos mientras ellas trabajan, por otro lado mientras no se reconozca socialmente que la violencia en contra del hombre existe, no podrán disponer de los mismos beneficios que las mujeres.

El maltrato como se ha revisado a lo largo del trabajo, no solo involucra a hombres y mujeres, sino a ancianos, niños y discapacitados que por su situación dentro de la escala social son los más propensos a sufrir el maltrato. Por lo anterior, es importante indagar si los padres son concientes de que su actitud y forma de comportarse no es la correcta y puede estar causando daños a su hijo, si se advierte que no hay intencionalidad, el problema puede desaparecer si se proporciona información a los padres o tutores del niño acerca de la forma adecuada de proceder en el futuro. Por lo tanto, conocer si los padres saben el daño que están provocando a sus hijos permite pronosticar si dicho comportamiento se volverá a repetir.

Dado que el maltrato surge de la influencia de la internalización de valores machistas y de la agresividad que surge de la frustración continua a la que nos somete el cierre de oportunidades de la vida social, es en estos dos aspectos donde se debe incidir para acabar con ella. No basta con hacer una reforma institucional que se limite a otorgar seguridad a las víctimas una vez que se ha producido el ataque, sino que se debe realizar una labor de prevención a nivel social mucho más amplio. En este sentido tampoco es suficiente, aunque indudablemente necesario, la renovación de los valores machistas de la mayoría de la humanidad, sino que además es necesario un cambio total en las relaciones de las personas, olvidarse de las concepciones militaristas de la sociedad, que llevan a jerarquías, complejos y actos violentos sin sentido, que no hacen más que proporcionar las bases para que se genere el maltrato y al abuso sexual en menores, esto es constatado por Herrera (1997), ya que considera que el hecho de que los niños sean educados bajo la obediencia y respeto forma parte de los factores que suscitan el abuso sexual. Las tareas de renovación de los valores machistas y la renovación de las relaciones sociales son una tarea que debe efectuar la sociedad en conjunto.

Por lo cual, el presente trabajo aboga, entonces por una nueva concepción de valores y principios dirigidos a una cultura sin violencia que promueva la sana convivencia familiar, la igualdad de derechos de uno y otro integrante de la familia, llevándose a cabo un arduo trabajo con las nuevas generaciones, ya que son estas quienes en un futuro llevarán a costas todo cuanto se les enseña o deje de enseñárseles, por lo anterior se propone lo siguiente:

Llevar a cabo dentro de las escuelas, hospitales, centros de trabajo, etc. cursos que ayuden a concienciar los problemas que genera el actuar con violencia, así mismo enfatizar sobre el hecho de generar diariamente actividades de esparcimiento, que contribuyan a canalizar el estrés ocasionado por el exceso de trabajo, problemas tanto económicos como familiares, etc. además de participar en eventos que enfatizan sobre la convivencia familiar, lo cual se espera que genere una mayor comunicación entre cada uno de los integrantes de la familia.

Si bien el trabajo dentro de la familia es el punto crucial para romper con el círculo de la violencia, también es importante trabajar en las extensiones en las cuales los niños se desenvuelven, ya que son ellos quienes más la padecen, en el caso de las escuelas su labor deberá ser la orientación educativa, en donde se hable de los temas relacionados con los problemas a los que se enfrentan, tales como falta de comunicación, abuso sexual, maltrato físico y psicológico, pero principalmente sobre sus derechos que como se ha visto son los niños, los que menos acceso tienen a defenderlos aún y cuando nuestro país forma parte de la gran lista de países que firman la ‘Declaración de los Derechos de los Niños’, la institución escolar debe entonces desempeñar un papel más intrusivo no solo de canalización, sino de investigación e intervención y seguimiento en los casos expuestos.

Por último, que quienes se encargan de crear las leyes lo hagan conscientes de los daños que ésta deja sobre quien la padece y no pensando en el castigo que puedan darle, ya que en ocasiones ellos mismos son quienes la ejercen, esas leyes deberán contemplar los daños y repercusiones que ocasionan a sus víctimas, por lo que deberán ser más severas.

También se debe enfatizar en el hecho de fomentar una cultura de la denuncia, que no solo se quede en papeleos archivados, sino que el Ministerio Público en cuestión lleve a cabo un seguimiento adecuado con el personal capacitado y disponible.

El maltrato en el presente trabajo fue definido como “El comportamiento no esperado de los padres respecto a los hijos que pueda incidir de forma negativa o dañina sobre el adecuado desarrollo físico y emocional del niño, bien sea por acción (conductas como golpear) o por omisión (no desempeñar su papel de cuidado y protección)”, esto nuevamente nos lleva a entrar a un sin número de definiciones que lejos de acercarnos al problema nos aleja, es importante entonces que no solo los encargados de crear leyes las elaboren, sino el grupo de especialistas que trabajan directamente con las personas implicadas en el maltrato, sean estas víctimas o victimarios, una vez hecha la definición debe ser generalizada para llevar a cabo la pronta intervención en cada caso.

Como anteriormente ha sido revisado, el maltrato tienen diversas causales, tales como embarazos no deseados, hijos de sexo no esperado, alguna discapacidad, expectativas de los padres no cumplidas, etc. por lo que se sugiere, una divulgación de campañas de prevención en adolescentes de temas como, prevención de embarazos, planificación familiar, métodos anticonceptivos, derechos y obligaciones, desarrollar un plan de vida, entre otros temas.

Ya que hemos enfocado las características del maltrato así, como las secuelas que este deja en sus víctimas, ahora toca lo concerniente a la intervención por lo que se hacen las siguientes consideraciones:

El clínico encargado de cada caso deberá estar entrenado y sensibilizado ante la situación a la cual se enfrenta

Deberá documentarse lo más posible, ya que cada caso le exigirá diversas alternativas

El trabajo con los niños a diferencia del trabajo con adultos es más complejo, como ya se ha revisado, por lo que se recomienda que el clínico se entrene en este aspecto, además debe conocer lo relacionado con el desarrollo normal del niño

Respecto a la valoración se puede decir que es importante para conocer lo que a la víctima le acontece, sin embargo, no deja de ser subjetiva y deja fuera otros aspectos que pudieran ser más importantes, tales como las emociones y sentimientos de la víctima, además ésta dependerá de quién la proporcione y si es el caso de que son los padres quienes la dan no conocen o no dicen lo que realmente pasa en el niño, o son ellos quienes los maltratan, cuando es el niño quien la proporciona, no puede hablarse de que esta pueda darse inicialmente, ya que el niño no se encuentra en condiciones de hablar de los sucesos vividos sin llevar a cabo un proceso de aceptación que lo lleve al cambio. Siendo la evaluación indispensable para la intervención, valdría la pena hacerla durante las reuniones con el niño ya que entablando un ambiente de confianza este podría ser más benéfico para la intervención misma.

En cuanto al modelo de intervención, se destacan los puntos importantes de cada modelo (psicodinámico, conductual y familiar) ya que lejos de decir cual sería mejor o peor, cada uno a su vez cumple cierta función, ya que lo que uno deja fuera del foco de intervención, otro lo retoma, y en el caso de intervención en el maltrato infantil no se trata de ver como clínicos que nos gusta más manejar y que no, sino qué le beneficiará a el paciente en cuestión.

El tipo de tratamiento elegido no sólo debe ser uno que recomiende la orientación teórica del terapeuta, sino que también, siempre que sea posible, debe apoyarse en hallazgos de investigación. El clínico debe conocer bien numerosos métodos de tratamiento, no solamente el que le indique su entrenamiento previo o inclinación teórica, y además debe examinar como es debido los descubrimientos de investigación relacionados con sus actividades clínicas, ya que en algunos casos existen problemas infantiles cuyo tratamiento adecuado está muy poco documentado en los estudios publicados, por lo que en lugar de negarse a atender al niño hasta que se cuente con las investigaciones requeridas el clínico debe apoyarse en su orientación teórica, conocimientos acerca del desarrollo infantil normal y anormal, entrenamiento previo en tratamiento de niños y tal vez consultar con otros profesionales acerca del método que más convendría. Es esencial medir con todo cuidado el cambio de conducta, a fin de valorar la eficacia de cualquier tratamiento que se emplee, ya que se obtendrán datos clínicos para determinar los métodos que se aplicarán en el futuro en casos similares, así como retroalimentación acerca de la utilidad de un tratamiento en particular.

Diversos modelos de intervención han dado lugar a la creación de numerosos métodos de valoración y tratamiento. Como ya se vio, estos modelos van desde aquellos que estudian al individuo hasta los que tienen en cuenta a la familia entera. Los modelos también varían según consideren que la conducta desadaptativa del paciente es síntoma de algún proceso patológico subyacente, o al contrario, que los mismos síntomas constituyen la patología, así tanto la valoración como el tratamiento dependen del modelo específico utilizado para concebir el problema de que se trate.

Asimismo pensar que algún modelo pueda proporcionar una explicación aceptable de las variedades de psicopatología infantil vistas en la práctica clínica sería equivocado, de igual forma suponer que los métodos de valoración y tratamiento derivados de dichos modelos pueden aplicarse a todos los problemas de la niñez. Si bien es indispensable que el clínico cuente con algún marco teórico y conceptual que guíe su razonamiento y actividades clínicas, es aconsejable que quienes trabajan con menores de edad tengan un amplio criterio y estén dispuestos a examinar los problemas clínicos desde diferentes perspectivas. De hecho, lo que se propone en el presente trabajo es la utilización de un enfoque ecléctico en clínica, donde las técnicas de tratamiento se elijan teniendo muy en cuenta las características del caso en particular y lo que se conoce acerca de la eficacia de cada una de aquellas para atender alteraciones clínicas concretas.

Por otro lado al llevar a cabo la revisión teórica me doy cuenta que así como existe el maltrato en contra de los niños, también lo hay en contra de ancianos y hombres de la familia, por lo que convendría en futuras investigaciones abordar estos temas, así como las consecuencias legales en contra de quienes ejercen el maltrato, ya que como aquí se revisó lo que para unos es maltrato para otros es una forma de vida, y en México no es la excepción, y puede observarse en los Códigos de cada estado, los cuales deben ser renovados para dar más importancia a el Maltrato que es un problema social que crece a pasos agigantados, rebasando tanto a la familia, como a la misma sociedad. Ya que como se menciono en un principio somos nosotros quienes estamos forjando a las futuras generaciones y no podemos dejar como herencia un mundo de violencia que solo generará más violencia,

5. REFERENCIAS.

1. Andolfi, M. (1990) Terapia Familiar. Un enfoque Interaccional. México: Paidós.
2. Anzieu, D. (1982) El Psicodrama Analítico en el Niño. Argentina: Paidós
3. Arruabarrena, M.I. y De Paul. J.(1997) Maltrato a los Niños en la Familia. Evaluación y Tratamiento. España: Piramide
4. Bell. H.D. (1987) Ser Varón: La paradoja de la Masculinidad. España: Tusquets
5. Benítez, M.J.C., y Martínez, Q. K. (2000) Un Estudio Teórico de la Violencia hacia el Género Masculino. Tesis de Lic. De Psicología. UNAM: ENEP-Iztacala.
6. Berkowitz, L. (1996) Agresión, Causas, Consecuencias y Control. España: Desclée de Brouwer.
7. Bravo, G. M. y López, V. M. (2001) Las expectativas sobre la relación de Pareja como un factor que incide en la Violencia Conyugal. Tesis de Lic. Psicología. UNAM: FES-Iztacala.
8. Copado, V. M. A. Y Cruz, J. P. (1998) Análisis Teórico acerca del Abuso Sexual hacia Varones y sus Consecuencias en la edad adulta ¿Un atentado a la Masculinidad?. Tesis de Lic. Psicología. UNAM: ENEP-Iztacala.
9. Corsi, J. (1995) Violencia Masculina en la Pareja: Una Aproximación al Diagnóstico y a los Modelos de Intervención. Argentina: Paidós.
10. De Torres, P. y Espada, F. J. (1996) Violencia en Casa. España: Aguilar.
11. Echeburúa, E. y De Corral, P. (2003) Manual de Violencia Familiar. España: Siglo XXI
12. Gracia, F. E. (2002) Las Víctimas Invisibles de la Violencia Familiar. España: Paidós
13. Herrera P. V. (1997) El Trabajo del Psicólogo dentro de la PGJEM en Atención y Prevención al abuso Sexual Infantil. Reporte de Trabajo Profesional. UNAM: Iztacala.
14. Hierro, G. (1998) Violencia de Género. Revista Psicológica y Ciencia Social. (2), 3-8.
15. Hudson, O. W., Weiner, D. M. (1990) En busca de Soluciones. España: Paidós
16. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2001) Mujeres y Hombres en México. México: INEGI

17. Instituto Nacional de las Mujeres (2004) Tercer informe de Labores 2003-2004. México
18. Johnson, J.H., Rasbury, W.C. y Siegel, L.J. (1995) Métodos de tratamiento Infantil. Introducción a la Teoría, Investigación y Práctica . México: Limusa.
19. Kempe, R. y Kempe, H. (1985) Niños Maltratados. Madrid: España.
20. López, C. L. O y Sánchez, P. M. (2002) Manual para la prevención de la Violencia en Pareja. UNAM: FES-Iztacala
21. Loredó A. (1994) El Maltrato al Menor. México: McGrawHill.
22. Maher, P. (1990) El abuso contra los niños. México: Grijalbo
23. Mann, E. y McDermott, J. F. (1988) Terapia de Juego para Niños Víctimas de Maltrato y Negligencia. En: Schaefer, C. E. y O'connor, K. J. (1988) Manual de Terapia de Juego. México: Manual Moderno.
24. Ochoa de Alda, (1995) Enfoques de Terapia Familiar Sistémica. España: Gedisa.
25. Ortega, C. M. J. (1998) Detección, Prevención, y Tratamiento del Maltrato y Abuso Sexual Infantil: Un Análisis Psicológico. Tesina de Lic. UNAM: Iztacala.
26. Osorio, N. C. (1998) El Niño Maltratado. México: Trillas.
27. Rochin, V. D. M. (1995) Violencia Transgeneracional: La Asimilación del Maltrato como Método de Crianza. Memorias. Simposio: La Familia: punto de encuentro de Investigación Especializada. México: Iztacala UNAM.
28. Ruiz, S. J. J. y Sánchez, C. J. J. (1998) Las Psicoterapias. Introducción a las Orientaciones Psicoterapéuticas para Profesionales Sanitarios. Texto completo en: www.psicologia-online.com/ESMUbada/Llibros/ProfSanitarios/profesionales3e.htm
29. Sánchez, R. M. (1996) Compilación Especial para la Antología de "El Árbol de Chicoca". México: YAOCIHUATL. A.C.
30. Schaefer, C. E. y O'connor, K. J. (1988) Manual de Terapia de Juego. México: Manual Moderno.
31. Secretaría de Desarrollo Social (2001) tercer Informe Anual de Actividades Julio 2000-Junio 2001. México: SEDESOL
32. SEP (2003) La Violencia en la Familia. México: Conaliteg.
33. Trujano, R. P. (2001) Violencia Conyugal: Cuando la Víctima es el varón y la Agresora su compañera. Revista de Psicoterapia y Familia, 14 (2), 29-29

34. Umbarger, C. C. (1999) Terapia Familiar Estructural. Argentina: Amorrortu
35. Whaley, S. J. A. (2003) Violencia Intrafamiliar. Causas Biológicas, Psicológicas, Comunicacionales e Interaccionales. México: Plaza y Valdes.
36. White, M. (1994) Guías para una Terapia Familiar Sistémica. España: Gedisa.
37. White, M. (2002) Rescribir la Vida. Entrevistas y Ensayos. España: Gedisa.