



Universidad Nacional Autónoma de México

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"IZTACALA"**



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

***La Prevención del
Maltrato al Menor***

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
JOSE FRANCISCO I. CASTAÑEDA QUINTERO



Los Reyes, Edo. de Méx

Octubre 1993



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

QUIERO DARLE LAS GRACIAS A TODAS LAS PERSONAS QUE DE FORMA

DIRECTA O INDIRECTA ME AYUDARON A SER PROFESIONISTA:

MIS PADRES:

GUADALUPE QUINTERO GARCIA
MARIANO CASTAÑEDA LOPEZ

MIS HERMANOS:

GENOVEVA
EMA
JOSEFINA
MARIANO
CANDELARIA
GUADALUPE
CASIMIRO.

A MI COMPAÑERA Y MADRE DE MIS HIJOS: MARIA EUGENIA BECERRIL H.

A MIS HIJOS:

LORENA CASTAÑEDA BECERRIL
GIBRAN CASTAÑEDA BECERRIL
FRANCISCO CASTAÑEDA BECERRIL.

A TODOS LOS PROFESORES DE LAS AULAS Y DE FUERA DE ELLAS, QUE HE TENIDO LA SUERTE DE CONOCER; ESPECIALMENTE A:

LIC. ROSA DEL CASTILLO DEL VALLE
LIC. FERNANDO QUINTANAR OLGUIN
LIC. ERNESTO ARENAS GOVEA.

Todos debemos tener metas que alcanzar, en todos los papeles que desempeñemos. Y luchar todos los días con nosotros mismos por llegar a ellas. El camino no siempre está hecho, pero en la construcción del mismo está la esencia de la vida.

R E S U M E N

* El maltrato al menor es un problema que actualmente ha sido aceptado y reconocido como un fenómeno social de gran nocividad para el ser humano, la familia y la sociedad en general. Situación que no se había observado en épocas pasadas.

La manera de conceptualizar este fenómeno ha sido variada, dependiendo de la percepción que se ha tenido de la agresión infantil, en las diferentes etapas de la historia, conceptos que subrayan la agresión física, los síntomas de un mal o la trascendencia del daño psicológico que invariablemente se ha cometido en cualquier forma de maltrato. Una de las definiciones más completas, desde mi punto de vista, es la de Chagoya (1979) quien dice: "La agresión al niño puede ser consciente e inconsciente. Puede llevarse a cabo por acciones excesivas en el cumplimiento de una función o por omisión, es decir, por falta de cumplimiento en los actos que satisfacen una necesidad del niño. Las actitudes agresivas también pueden llevarse a cabo por ignorancia o por la imposibilidad física, educativa y psicológica de tener un adulto disponible para satisfacer las necesidades del pequeño".

Como en todos los problemas lo esencial es que se logren medidas eficaces de prevención, para que no se presenten tantos atentados a la niñez. Este trabajo aborda la prevención como una forma de aportar al trabajo preventivo información sobre este área aquí en México. Por lo que se definen los métodos de prevención primarios, secundarios y terciarios; y se muestran algunos trabajos de cada método. Sobresaliendo la aportación de la Psicología en la prevención del maltrato al menor, con sus conocimientos de la conducta humana, con sus técnicas e instrumentos para diagnóstico y tratamiento.

Como conclusiones sobresalientes se sugieren cambios en la conducta mostrada hasta ahora en el individuo, en la familia y en general en la sociedad, que ha atentado en contra del niño. A través de cambios o ajustes en los valores del ser humano; para propiciar una percepción más real y humana de la infancia.

I N D I C E

IZT

INTRODUCCION	1
Definición del maltrato al menor	2
Situación del problema en México	4
Objetivo del trabajo	5
CAPITULO 1. LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO AL MENOR	7
1. 1. Definición de prevención	7
1. 2. Métodos de prevención	9
1. 3. Aportación de la Psicología al trabajo preventivo ..	17
CAPITULO 2. MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO AL MENOR	31
2. 1. Determinación de la población de alto riesgo	31
2. 2. Planificación familiar	36
2. 3. Diagnóstico de familias agresoras	38
2. 4. Apoyo profesional a las familias diagnosticadas como probables agresoras	42
2. 5. Hogares sustitutos, temporales y permanentes	46
2. 6. Grupos de padres anónimos	49
2. 7. Capacitación a profesionales y para-profesionales que trabajan con agredidos y agresores	51
CAPITULO 3. CONCLUSIONES Y APORTACIONES PERSONALES	54
BIBLIOGRAFIA	63

I N T R O D U C C I O N

El desarrollo de las sociedades ha tenido, como una constante, cambios continuos, e incluso radicales, en sus estructuras productivas, ideológicas, educativas, políticas, culturales, etc. y cada una de las etapas por las que la humanidad ha pasado también ha tenido su propia visión del hombre y su papel dentro de la sociedad. Pero no sólo del hombre como ente humano sino, además del hombre y de la mujer, como sexos diferentes. Y de ambos en sus diferentes etapas de su vida: primera y segunda infancia, adolescencia, adultez y vejez. Del período de la niñez se habla mucho en la sociedad, sobre todo en cuanto a la importancia que tiene como generación para el futuro de la misma. Importancia que no ha sido igual ahora que en el pasado; de ahí que dependiendo de su mucha o poca trascendencia en su agrupación, es ésta última quien a través de la familia o de otras instituciones, como la escuela, le transmite la percepción social que se tiene de ellos. Quizá tengamos que reflexionar, si todos los grupos humanos del mundo, tienen una misma forma de percibir y de tratar a los niños. la respuesta sería que no, que hay diferencias, sobre todo, en el trato; pues se sabe de países que dedican muchos recursos materiales y humanos para la atención de los niños. Y otros donde los niños mueren de hambre o por falta de atención médica. Pero no es necesario comparar entre países, en una misma sociedad encontramos familias que se esfuerzan en cubrir las necesidades materiales y emo-

cionales de sus hijos. En cambio algunas otras no les proporcionan ni alimento, ni afecto, incluso llegan a agredirlos. No debemos dejar de lado, que muchos países están en el subdesarrollo, que no tienen los recursos necesarios para cubrir las necesidades de sus pueblos; al igual que muchas familias no cubren sus demandas de trabajo, vivienda, vestido, comida, educación, etc. Pero el hecho es que los niños son los más sacrificados y atacados, en todas partes, aún en los lugares que cuentan con un nivel de desarrollo alto y en familias acomodadas o de nivel económico superior.

*Alto
Juzgado

De lo anterior se observa un fenómeno llamado maltrato infantil, que comparten todos los países del mundo. Que aunque no es reciente este atentado contra el niño, sí es hasta nuestros días que se ha considerado como una agresión hacia la salud física y mental de estas personas, sus familiares y en general contra el futuro de las sociedades.

El interés despertado en este suceso ha propiciado diferentes investigaciones encaminadas a conocer los elementos que se involucran en estas situaciones de maltrato infantil, tanto a nivel individual, como familiar y social, en cada una de sus etapas: etiología, tratamiento y prevención.

En base a los trabajos hechos sobre el tema se ha podido definir el maltrato a los niños de diferentes formas, diferencias observadas sobre todo en cuanto a como cada autor concibe la agresión. Por ejemplo: algunos estudiosos, consideran la agresión como un atentado puramente físico (Kempe, 1962, en Osorio y Nieto, 1980; Garralda, 1979; Kadushin y Martín,

1985 y la American Bar Association).

Más recientemente se observa una variante en la definición al considerar que además de un daño físico, existe un daño psicológico provocado por la misma agresión física y por otras conductas de sus agresores como: el descuido, la negligencia, el lenguaje despectivo, etc., como representantes de esta "nueva" concepción del maltrato tenemos a Ruiz Tavien (1961), Fontana (1963), Kempe (1965), Manterola (1982), Corona (1983), entre otros.

Tanto los autores que remarcan el maltrato como una agresión sólo física, como los que consideran que además de un maltrato físico está presente un daño emocional, coinciden en que este atentado es producido por personas adultas encargadas de su cuidado, en su mayoría sus padres, y que es un acto intencional.

Otra forma de conceptualizar el problema ha sido enmarcarlo como un Síndrome. Aunque este enfoque tiene sus objeciones, como acertadamente señala Osorio y Nieto (1980) "La definición debe referirse al niño maltratado y no al Síndrome de éste, debido a que el término "Síndrome" es eminentemente médico y significa: reunión de un grupo de síntomas que simultáneamente se repiten en un cierto número de enfermedades". También debe subrayarse que el describir el problema como un Síndrome nos permite identificar, en muchos casos, la presencia de una situación de maltrato, observando las características que presentan los niños y sus padres, cuando asisten a

los servicios médicos. De los investigadores que manejan el maltrato infantil como un Síndrome están Kempe (1961), (citado en Gallardo, 1988) y Gutiérrez (1979).

Podemos considerar que la definición más completa, para propósitos de su mejor conocimiento y comprensión es la de Chagoya (1979) que dice: "La agresión al niño puede ser consciente e inconsciente. Puede llevarse a cabo por acciones excesivas en el cumplimiento de una función o por omisión, es decir, por falta de cumplimiento en los actos que satisfacen una necesidad del niño. Las actitudes agresivas también pueden llevarse a cabo por ignorancia o por la imposibilidad física, educativa y psicológica de tener un adulto disponible para satisfacer las necesidades del pequeño".

La importancia de tener un concepto claro sobre el maltrato infantil radica en la posibilidad de poder identificar los elementos que se relacionan en el problema, con objeto de poder implementar medidas de intervención con fines de tratamiento y/o prevención, particularmente en México, donde el problema también está presente y con características no menos graves que en otros países (Foncerrada, 1979; Peón, 1979; etc.). Quizás la gravedad del problema principia desde el desconocimiento de estadísticas precisas sobre la frecuencia de este atentado a la niñez, como ejemplo: algunos datos nos hablan de 83 casos reportados en diez años (trabajadores sociales del hospital de pediatría, de 1966 a 1976) o de 6 millones al año (Flores Talavera). Con tan marcada diferencia en estos datos no podemos valorar con precisión la magni

tud del problema; pero el hecho está presente y merece la atención de la sociedad y sobre todo de los trabajadores de la salud.

El primer caso de maltrato infantil en México fué identificado en el hospital de pediatría en 1966, de ahí a la fecha los logros no han sido considerables; pero sí existe trabajo con algunos resultados a diferentes niveles y en diferentes fases del problema. Por ejemplo: se ha logrado informar y concientizar a una parte de la población, sobre todo a los profesionistas que trabajan para la salud mental y física de los niños. A nivel de investigación podemos mencionar ya algunos autores que trabajan con nuestra población como: Marco vich, (1981); Osorio y Nieto, (1985); Manterola, (1984); Fon cerrada, (1987); Guizar Cruz, (1983); etc. Así también se han realizado eventos como conferencias, congresos, simposium, etc. Con temas sobre el niño, su desarrollo físico y mental, el maltrato, etc. Y se crea por decreto federal el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME) y el Departamento para la Prevención del Maltrato Infantil (PREMAN), estas dependencias tienen dentro de sus objetivos trabajar en favor de la niñez y en particular de los niños maltratados. Este trabajo también es una aportación en pro de la prevención del maltrato infantil, pues tiene como objetivo contribuir a esta causa en México, investigando sobre el tema, señalando su condición actual y aportando alternativas desde el punto de vista de la Psicología. Para lograr este objeti-

vo en el capítulo 1., se analizará el concepto de prevención básico para identificar los diferentes métodos de prevención que pueden implementarse para atacar este problema. Con esta finalidad se mencionan los métodos primarios, secundarios y terciarios, así como su importancia para enfrentar el fenómeno. Finalmente en este capítulo se describen algunas de las aportaciones de la Psicología al trabajo preventivo.

En el capítulo 2., se mencionan algunas de las medidas que se han implementado para solucionar la agresión a los niños, como la determinación de la población de alto riesgo, la planificación familiar, el diagnóstico de familias agresoras, hogares sustitutos temporales y permanentes, padres anónimos etc. con el propósito de mostrar lo que concretamente se ha hecho.

En el capítulo 3., se elaborarán las conclusiones de la información que sobre el tema se haya presentado en este trabajo. Además se expondrán algunas sugerencias personales, que puedan servir para promover la prevención del maltrato infantil en México, considerando las características particulares y presentes de nuestro país. Incluyendo en este apartado el sugerir el punto de vista de la psicohistoria, sobre este tema para futuras investigaciones.

C A P I T U L O

1

LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO AL MENOR

1.1. Definición de prevención.

Debemos considerar que la prevención ha estado presente en la vida del hombre desde siempre: se prevenían para la satisfacción de sus necesidades o ante las enfermedades, con rituales, sacrificios, etc.; con el objeto de tener contentos a sus dioses. Así observamos que hacían cosas antes de que se les presentaran problemas. Pero también estas actividades las realizaban para calmar el enojo de sus dioses; esto es, después que los problemas se presentaban. Lo anterior está presente en el concepto de prevención, pues, entre otras definiciones, que confirman lo anterior, encontramos las siguientes: "Atacar las condiciones que dan origen a un problema antes de que aparezca" (Galguera y cols., 1984); " Acciones encaminadas a evitar que el padecimiento se presente" (Puente, 1979). Estas definiciones representan lo que idealmente debería ser, esto es, que los problemas no se presenten. Pero la realidad nos ha mostrado que muchos problemas ya están a la vista, y entonces el trabajo de muchos especialistas es tratar de evitar que dichas dificultades se agraven o se repitan en otras personas o en la misma. Siendo estos esfuerzos, también medidas preventivas, a través del tratamiento (Alexander, 1979).

Por tanto tenemos prevención en diferentes etapas del mismo problema. Por ejemplo Kaplan (1970, en: del Castillo, 1983)

Identifica la prevención secundaria y terciaria; programas de prevención terciaria son designados para reducir o eliminar problemas conductuales en individuos que ya han experimentado tales problemas. Programas de prevención secundaria son diseñados para reducir la ocurrencia de problemas conductuales específicos por medio de la reducción de su duración; el objetivo de la intervención es reducir la duración de los problemas por medio de tratamiento rápido. Los programas de prevención primaria están dirigidos, valga la redundancia a prevenir problemas conductuales antes de que aparezcan. Su énfasis está puesto en la identificación de aquellas condiciones que aparecen en relación al desarrollo de problemas conductuales y en localizar aquellas condiciones específicas que provocan conductas más saludables. Por lo tanto, la prevención primaria se enfoca al diseño de actividades que pueden prevenir la ocurrencia de problemas conductuales (Price, Bader y Kelterer, 1980; en: del Castillo, 1983;; Guerra Ocampo, 1987).

Jason, 1980 (en: del Castillo, 1983) propone cuatro tipos de programas de prevención primaria:

- 1.- Dirigido a niños que comúnmente presentan conducta apropiada, pero que tienen el "riesgo" de desarrollar problemas conductuales. Niños cuyos padres son esquizofrénicos, depresivos o antisociales (Garmezy, 1971; Robins, 1966) o que experimentan la separación, muerte o divorcio de sus padres, o niños con impedimentos físicos.

- 2.- Se enfoca a la prevención de conductas objetivo cuidado-

samente definidas, y conductas de "género opuesto". En estos programas, un esfuerzo considerable es dirigido hacia la definición de condiciones antecedentes y consecuentes que probablemente resulten en esas conductas.

3.- Están orientados a proporcionar experiencias a los niños para facilitar su transición dentro de situaciones potencialmente importantes (ejem. asistir a la escuela por primera vez).

4.- Dirigido al desarrollo de capacidades adaptativas en modalidades afectivas (reconocimiento afectivo, sensibilidad), cognitivas (habilidades de solución de problemas) y conductuales (habilidades de interacción social). Claramente, el énfasis aquí es sobre la formación y fortalecimiento de la "promoción de habilidades de salud".

El trabajo preventivo en el maltrato al menor está presente también, a nivel primario, secundario y terciario; como se observará a continuación:

1.2 METODOS DE PREVENCION.

Considerando los tres tipos de prevención (primaria, secundaria y terciaria), mencionados y definidos en el apartado anterior; mencionaremos que en el caso del maltrato al menor efectivamente se realiza prevención en esos tres niveles. Aunque la mayoría de los estudiosos del tema coinciden en que es difícil ubicar algunas medidas preventivas en uno u otro nivel, debido a que una medida puede cumplir una labor terciaria, secundaria o primaria. Pero para propósitos de

exposición se intentará clasificar las medidas propuestas como solución al problema del maltrato infantil.

Prevención primaria.

Las medidas que representan este objetivo son:

- Modificación de patrones de conducta individual y social, sensibilización de la comunidad, orientación e investigación prematrimonial y prenatal.

✓ - Educación y orientación familiar (Osorio y Nieto, 1981; Kempe y Kempe, 1985; Gallardo, 1988):

- Reorientación total de la sociedad, para reducir el nivel general de violencia.

✓ - Eliminación de todo castigo corporal del niño (Gil, 1979: en Kadushin y Martin, 1985).

✓ - Visitas periódicas de personal de salud a la familia durante los dos primeros años de vida del niño (Kempe, 1976).

✓ - Los servicios de planificación familiar y el apoyo médico en caso de aborto voluntario: evitan el nacimiento de niños no deseados (Kadushin y Martin, 1985).

- Programas de educación para los padres y de capacitación en cuidados de niños, que se imparten en escuelas preparatorias a una generación de padres en potencia.

✓ - Identificación de madres potencialmente peligrosas (Kadushin y Martin, 1985).

- La solución en Estados Unidos estriba en el fortalecimiento de la familia, a través del cambio de valores sociales, como la constante movilidad geográfica y emocional, el individualismo y el deseo del triunfo, como la meta principal.

- Incluir en los planes de estudio, clases ¹⁰ sobre la vida y la responsab. de la fam. Obligados a niños.

Además de ser necesaria una redistribución de los ingresos, donde exista un salario anual garantizado que se dé a la familia para que críe a sus hijos. Así también tener trabajo remunerado, alojamiento decente y habitable y servicios de salubridad universal (Fiegelson, 1979).

✓ - Incluir en los planes de estudio, clases sobre la vida y la responsabilidad de la familia; dirigidos principalmente a los niños; lecciones sobre el significado del amor, compasión humana y atención para los demás; y cursos que traten el tema del maltrato infantil, sus causas, sus manifestaciones y sus posibles soluciones. E investigar el patrón total de la interacción padre-hijo en una familia y la constitución de medidas que lo remédien (Fontana, 1979).f

El Instituto Nacional de Salud Mental (1983) propone: f

- Enfocar lo sano en forma principal, a diferencia de subrayar lo enfermo, remarcar la salud social, en vez de concentrarse en la salud individual; considerar al menor, pero no en forma aislada, sino en relación a su familia y a su comunidad; incorporar dentro de sus actividades, no solamente los aspectos biológicos, sino también, los factores psicológicos y sociales; establecer las prioridades de sus acciones en función de la frecuencia de la magnitud de los problemas de salud mental de los niños y jóvenes, de los ancianos y de los minusválidos, en nuestro medio; identificar los problemas en su etapa inicial, cuando todavía no están complicados realizar el trabajo mediante los equipos de salud integrados en forma multidisciplinaria y funcionando en técnicas inter-

disciplinarias; realizar el servicio como consecuencia de un mandato constitucional y como una acción de respeto al derecho de la salud; realizar investigaciones epidemiológicas acerca de las alteraciones de la salud mental en niños, en jóvenes, en ancianos y en minusválidos; coordinar sus acciones con las demás instituciones del sector salud, a través de los conductos debidos (Velasco Alzaga, 1983).

Ruiz Taviel (1983), como representante del ISSSTE, sugiere:

- Las acciones preventivas en el Síndrome del Niño Maltratado deberán ser eminentemente educativas. Dando a conocer al público en general, a través de la televisión, el problema del maltrato, con el objetivo de crear consciencia sobre sus consecuencias funestas para el futuro de la población.

En el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) se considera que:

Las acciones de prevención, como ya se dijo, se han logrado a través de programas concretos, todos encaminados a la promoción del bienestar social, por medio del óptimo desarrollo integral de la familia, pues es en ella donde debemos encontrar el elemento básico y fundamental para el desarrollo integral del menor, ya que es dentro de la familia, en donde debe generarse la existencia del hombre como ser racional, rodéandose de un ambiente cordial en preparación para vivir en sociedad, pero, fundamentalmente debiendo prodigarse el amor a sus semejantes, pues es éste el elemento más armonizante que existe (Manterola, 1983).

Las acciones tendientes a evitar el problema deben orientar-

T. J. J. J. J. J.

se sobre todo hacia los padres expuestos a convertirse en personas que maltratan a sus hijos, a los cuales es posible identificar por sus antecedentes, las circunstancias existentes y sobre todo, la conducta manifestada durante la época del embarazo y la etapa perinatal.

5.410 7.510

* Lo esencial en la prevención primaria en el maltrato infantil consiste en una reestructuración de la sociedad y de la familia, como su célula básica, sobre todo en sus valores que permiten la agresión hacia los niños, por considerarlos personas incapaces de tener sentimientos de soledad, tristeza, depresión, etc. sojuzgados como seres alegres, felices, sólo por ser niños. Por considerarlos propiedad de los adultos (padres); por considerar que el castigo físico es la mejor forma de educarlos, de enseñarlos (la letra con el palo entra). Por que además las necesidades de los niños, como las de los ancianos y minusválidos, ocupan un plano secundario. Y por que su condición infantil (física y mental), los deja expuestos a la agresión (natural o no) del hombre adulto; desencadenada por sus frustraciones sociales, familiares e individuales (Foncerrada, 1982).

Las alternativas según nos han mostrado los estudiosos del tema, encaminadas a la reestructuración social y familiar, nos llevan a una reeducación desde los primeros años de vida capacitación para conformar una familia y saberla desarrollar con buena salud física y mental. Saber planificarla, evitando el tener hijos no deseados. Detectar a los padres potencialmente maltratadores, con instrumentos confiables y

brindar el apoyo necesario a esas personas que lo necesiten. Y lógicamente contar con instituciones especializadas para trabajar con todo lo referente al maltrato infantil, que lleven a la práctica sus proyectos; con un buen respaldo legal, que se exprese en leyes que protejan los derechos de todos los niños. Todas estas propuestas fortalecidas a través de la concientización que se logre con la sensibilización de toda la sociedad, de saber que existe el problema, que lo acepten y valoren sus consecuencias negativas para la misma sociedad.

Prevenición secundaria.

Al respecto nos involucramos a nivel de intervención cuando ya se ha detectado un caso de maltrato. Y las propuestas, también, son variadas:

- Crear un Centro Piloto de Atención a los Menores Maltratados, de acción inmediata en un hospital atendido por un equipo multidisciplinario formado por pediatra, psiquiatras juristas, trabajadores sociales y el cuerpo voluntario. Organizado en cuatro áreas:

I.- Area pediátrica.

II.- Area psiquiátrica.

III.- Area de seguimiento del caso.

IV.- Area de prevención.

Como complemento de esta propuesta se sugiere fortalecer los lazos de vecindad, de una forma accesible, personal y humana sobre todo con las personas que sospechamos maltratan a sus

hijos.

Del programa Denver propone: visitas domiciliarias, padres sustitutos, abuelos adoptivos, padres anónimos, padres o madres auxiliares. Así también se propone un programa de demonstración específicamente diseñado para intervención temprana en caso de descuido y maltrato físico, que utilizaría servicios de la comunidad: 1. prevenir la separación de padres e hijos; 2. prevenir la colocación de niños en instituciones; 3. estimular el logro de la autosuficiencia en el niño y en la madre y; 4. propiciar, así mismo, la autosuficiencia de la familia (Fontana, 1979).

García Méndez (1980), hace la siguiente observación "La intervención nunca debe ser acusatoria, persecutoria o punitiva. Además, las medidas de protección al niño deben presentarse como formando parte de un esfuerzo por proteger a la familia y conservar su integridad.

* - También se considera importante en la investigación con padres abusivos, el control de impulsos, las habilidades sociales y el cambio de actitudes. Se debe realizar en cada caso un análisis de los excesos (cosas que los padres hacen y no deberían) y los déficits (cosas que los padres no hacen y deberían). El cambio en la conducta va dirigido primordialmente a la eliminación del abuso, así como al fortalecimiento de las interacciones positivas entre padres e hijos.

En la intervención grupal con los niños la estrategia vendrá a siendo de apoyo al yo; el incremento de las funciones autónomas del mismo, mediante la confrontación de los recursos

adaptativos, disminución de la ansiedad, incremento de la autoestima y elaboración de aspectos depresivos. En la entervención grupal con padres, lo antes mencionado se lograría por el apoyo y la confrontación. Teniendo como objetivos comprender que se deposita en el niño la problemática conyugal y/o personal, la reubicación de roles, el aumento del insight, la disminución de la culpa y la canalización de la agresión (Corona Sosa, 1983).

- Se requiere de un equipo multidisciplinario, cuya eficacia depende en gran parte del apoyo legal y social con que cuente, representado básicamente por la existencia de instituciones diseñadas específicamente para la atención de este tipo de niños y sus familiares, por medio de recursos flexibles, suficientes y al alcance de los afectados, tanto en términos de horarios como de cercanía geográfica (Foncerrada, 1983). Hemos observado que la prevención a nivel secundario ha puesto especial interés en la forma de abordar el problema y sus miembros involucrados, destacándose una actitud de amistad y de ayuda, mas que de juez y de amenaza a la familia procurando contar con equipos multidisciplinarios especializados, así como con instituciones adecuadas a este problema; al alcance de todos los que lo requieran.

Prevención terciaria.

Reconsiderando que varias de las medidas secundarias son en algún momento terciarias; mencionaremos algunas que tienen mayor peso a nivel terciario:

✓ - Atención médica y psiquiátrica del niño maltratado; atención psiquiátrica del agresor y orientación familiar; trabajo social; separación del medio de peligro y adopción; información y capacitación dirigidas al personal relacionado con niños; instrumentos jurídicos de prevención (Osorio y Nieto, 1981).

- El tratamiento en sí mismo es preventivo ya que lo que estamos previniendo es una nueva generación de niños que cuando crezcan se conviertan en padres abusivos. Este tratamiento, es recomendable que lo proporcionen personas no profesionales, esto es, personal voluntario de la comunidad; como: madres auxiliares, etc. (Alexander, 1979).

- Se debe proteger también a los hermanos del chico maltratado (Escalante, 1979).

Este tercer nivel nos lleva a reflexionar, que aquí el daño está consumado; que la separación del niño de su familia se hace casi indispensable, así como la intervención de las autoridades. Que el trabajo de rehabilitación es más difícil debido a que el trabajo ya es para toda la familia. Y las soluciones deberan ser las menos destructivas de la integridad familiar y personal de cada uno de sus miembros.

1.3. Aportaciones de la psicología al trabajo preventivo.

Considero que el hecho de observar que el maltrato al menor no es sólo un daño físico, sino, físico y emocional o sólo emocional, marca la importancia del trabajo de la psicología en el estudio y solución del problema. Pues con su estudio

del comportamiento del hombre, como ser ontogenético y filogenético; puede contribuir en todas las fases del maltrato, pero particularmente en la prevención.

Sabemos que uno de los problemas centrales en la posibilidad de poder prevenir el maltrato al menor estriba, en que seamos capaces de observar los rasgos conductuales en las personas que van a tener hijos o en aquellos que ya los tienen, antes que desencadenen su agresión. La solución a esta problemática está en el campo de la Psicología, y sobre eso ha estado trabajando; investigando diversos elementos involucrados en el episodio del maltrato; desde las características de los agresores, de los agredidos, de los familiares; así como de otros factores de tipo socioeconómico y sus efectos en la conducta de las personas, etc. De esos trabajos se ha logrado caracterizar la personalidad de los agresores, de la familia, crear instrumentos para diagnosticar a las personas de alto riesgo; la importancia de fomentar y fortalecer el apego de madres o padres con sus hijos. Así como para algunos investigadores que observan en la víctima un papel activo en el episodio del maltrato.

A continuación describiremos algunos trabajos:

4 El maltrato emocional es un elemento importantísimo y devastador en la agresión a los niños. También puerta de entrada a la Psicología en este problema. Ha sido descrito como: "un tipo de maltrato y, a la vez, una consecuencia de él, y es tan importante que Kempe y Kempe (1978) expusieron que los maltratos físicos y las negligencias a priori implican, al

menos, la existencia de ciertos maltratos emocionales; pero lo contrario no puede ser cierto. Efectivamente, Cobo (1983) descubrió que el niño más traumatizado físicamente no es el más afectado psicológicamente...

Es posible que estos niños no visiten las salas de urgencias de los hospitales, pero en su estado adulto es probable que se inclinen hacia la delincuencia. Este maltrato psicológico va martillando la afectividad del niño constantemente cuando es rechazado, atemorizado y regañado, viviendo situaciones continuas de stress familiar. Entre estas situaciones, Fontana (1979), destaca las siguientes: constantes mudanzas, continuos cambios de colegios, la fría indiferencia, la ausencia de normas, el exceso de disciplina o la absoluta falta de ella, la incapacidad para reconocer al niño como ser humano de derecho o de aceptarlo como tal, los incestos, el desprecio verbal y el lenguaje hiriente...

Muchos padres creen que su única responsabilidad consiste en alimentar a los hijos, vestirlos y llevarlos a los mejores colegios. Sin embargo, no saben que para que su desarrollo sea completo es imprescindible amarlos, comprenderlos y ayudarlos para que estos soportes parentales lubriquen de alguna manera toda su estructura afectiva-emocional" (Gallardo, 1988).

En un estudio integral del Síndrome del niño maltratado, Konstat (en: Marcovich, 1981) destaca la importancia, por sus características propias, de la valoración psicológica. Son sabidas las dificultades que existen para recolectar da-

tos directos, también los obstáculos con los que se tropieza cuando se requieren informaciones indirectas, es donde la intervención del psicólogo es determinante para el diagnóstico tratamiento y rehabilitación tanto del agredido como del agresor.

De aquí que los métodos psicológicos en la evaluación del Síndrome del niño maltratado, adquieren una preponderancia fundamental en el establecimiento de un diagnóstico diferencial, sobre todo cuando se carece de una información directa y veraz, facilitando la implementación de técnicas y acciones terapéuticas adecuadas a cada caso en particular.

Los instrumentos de valoración psicológica pueden clasificarse de acuerdo a las diferentes áreas que se pretendan investigar, bien es cierto, que algunos de ellos avalúan más de una a la vez y en diversos aspectos. Son de administración y de calificación objetiva, cuantitativa y cualitativa, impidiendo de tal manera la subjetividad del examinador. Habitualmente para estudiar el Síndrome del niño maltratado se utiliza una batería de pruebas que abarcan aspectos de inteligencia, afectividad, personalidad, psicopedagógicos y de adaptación social.

Desafortunadamente, la prevención del maltrato a los niños es difícil y casi imposible llevarla desde el punto de vista de evaluación psicológica, excepto en aquellos casos en donde se puede evidenciar de primera intención una patología psiquiátrica o neurológica y a la vez existen características psicológicas, físicas y ambientales específicas en el

agredido y el agresor. Lo común es que nos enteremos de este Síndrome cuando el hecho está consumado y es importante su atención para evitar futuras agresiones. En los casos en los cuales por razones distintas se detectan patologías mentales emocionales y sociales graves, como es el caso de los enfermos psicóticos, psiconeuróticos, deficientes mentales y dañados cerebrales, es posible predecir siempre y cuando existan los otros factores concomitantes necesarios para la presentación del Síndrome, que una reacción agresiva pudiera desenrollarse.

Los instrumentos psicológicos más comúnmente empleados en nuestro medio se dividen en dos áreas:

1.- La psicometría, en la cual a través de pruebas de inteligencia se mide el nivel en que ésta se encuentra y el rendimiento de las funciones psiconeurológicas superiores, que generalmente se observan alteradas en el caso de sujetos que presentan síntomas indicativos de agredidos o agresores; entre las más utilizadas se encuentran:

- Escala de Inteligencia Wechsler para niños (WISC-R).
- Escala de Inteligencia Wechsler primaria y preescolar (WPPSI).
- Escala de Inteligencia de Matrices Progresivas de Raven para niños y adultos.
- Test de Diagnostico y Desarrollo de Arnold Gessell.
- Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Métodos de Evaluación de la Percepción Visual de Frostig.
- Test Illinois de Habilidades Psicolingüísticas de Kirk.

Las pruebas psicológicas que investigan el estado emocional y de adaptabilidad social de los sujetos, se encuentran en la segunda área de instrumentos, llamados proyectivos y de personalidad. A través de estas pruebas los sujetos proyectan, sus sentimientos y emociones relacionados con el medio ambiente que los rodea, dando así la imagen interna que tienen de sus propias vivencias. Entre las mas conocidas en nuestro medio se encuentran:

- Test de Apercepción Temática Infantil de Bellak (CAT).
- Test de Apercepción Temática de Murray (TAT).
- Test de Symonds.
- Test de Frustración de Rosenzweig.
- Test de Apercepción de la Interacción Familiar (FIAT).
- Test del Arbol de Karl Koch.
- Test de Frases Incompletas de Forer.
- Test de Frases Incompletas de Sacks.
- Test de Psicodiagnóstico de Rorschach.
- Test Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.)

A través de la interpretación de los resultados obtenidos por las pruebas psicométricas, proyectivas y de personalidad se ha observado, en relación al Síndrome del niño maltratado que las características más frecuentes en nuestro medio son: sentimientos de abandono, soledad, desprotección, percepción de un medio ambiente hostil y agresivo, minusvalía, desconfianza, temor, tristeza, depresión, baja productividad y creatividad, evasión, desintegración del yo, impotencia e incapacidad para defenderse; los que son ocasionados por suje-

tos que manifiestan en las pruebas psicológicas reacciones instintivas y pobre control de impulsividad, mecanismos de sobrecompensación por medio de agresiones y tendencias criminales, destructividad, actividades sádicas ocasionadas por placer ante el sufrimiento externo, mal manejo de la afectividad, actitudes psicopáticas donde no intervienen los sentimientos de culpa frente a sus actos y carencia de valores y límites sociales, con francas características de odio y deshumanización.

Osorio y Nieto (1981) Al referirse a la etiología del problema la clasifica en factores individuales, familiares y sociales. Y considera dentro de los individuales: los agresores, generalmente los padres o tutores, tuvieron ascendientes que maltrataron, lo cual dio como resultado que crecieran con lesiones físicas y emocionales que les produjerón 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.

Pero fundamentalmente el maltrato al menor, es producto de una falta de amor.

Como factores familiares encuentran: hijos no deseados, inestabilidad y desorganización hogareña, desavenencia conyugal, penuria económica, enfermedades, conductas antisociales, ausencia de cuidados, ropa sucia, alimentos deficientes o mal preparados, habitación inmunda, mala administración del dinero (cuando lo hay), desempleo o subempleo, expulsiones de la escuela, etc.

Pero se remarca una irresponsabilidad paterna.

En cuanto al aspecto social se considera que los malos tra-
tos a los niños pueden darse en cualquier grupo socioeconómi-
co, pero por diversas razones este hecho presenta mayor inci-
* dencia en niveles inferiores, sin dejar de reconocer que los
estratos superiores están en mejor posibilidad de ocultar o
disminuir tales hechos.

En una investigación realizada por Foncerrada y cols. en
1987, cuyo objetivo era identificar indicadores predictivos
de la calidad de los cuidados maternos en la conducta de la
madre durante el período perinatal. Se comprobó que una con-
ducta positiva de la mujer durante el parto predice un buen
cuidado del hijo durante los primeros seis meses. Se sugiere
la posibilidad inversa de que una conducta negativa, en espe-
cial si está asociada con factores adversos a la vinculación
afectiva madre-hijo ya conocidos, podría servir para identi-
ficar madres potencialmente maltratadoras y justificar inter-
venciones que impidan el maltrato. Es necesario para ello lo-
grar que las maternidades evalúen el vínculo afectivo madre-
hijo de la misma manera en que valoran actualmente la vitali-
dad del producto.

Ya Foncerrada en 1982, consideraba que los esfuerzos preven-
tivos deberían encaminarse a identificar a los padres de al-
to riesgo, los cuales es posible identificar por sus antece-
dentes, las circunstancias existenciales y, sobre todo, la
conducta manifestada durante la época de embarazo y la etapa
perinatal. En esta última etapa son confiables los siguien-

tes indicadores: "¿ se le ve triste, enojada o inquieta ?"
"¿ se le escucha comentarios y exclamaciones negativas acerca del bebé ?", "¿ tiene actitudes de indiferencia o rechazo como negarse a verlo o a tenerlo a su lado ?". Más adelante no querer pensar en un nombre para el niño, dirigirle calificativos negativos, negarse a tenerlo en brazos o a amamantarlo, o bien manejarlo con rudeza o brusquedad. Durante las visitas médicas, además pueden observarse signos de descuido en la alimentación y en la higiene o expresiones de enojo de la madre ante manifestaciones propias de un recién nacido normal. Y si a lo anterior se agrega algún otro problema socioeconómico, el riesgo de maltrato aumenta. Confirmada la posibilidad de maltrato debe intervenir el equipo especializado, sobre todo para fortalecer el apego afectivo madre-hijo, elemento básico, confirmado en estudios con animales y personas.

Kempe y Kempe (1985), nos muestra como si somos capaces de observar el comportamiento de los padres en la sala de partos y de obstetricia; pero de una forma sistemática, pueden predecir con una probabilidad del 76.5% de acierto a personas de alto riesgo.

En los estudios que se han dedicado al problema de los niños maltratados en su familia, ha despertado mucho interés la personalidad de los padres agresores, con el fin de definir su perfil psicológico y construir una especie de tipología. Bastará con señalar que se trata generalmente de madres y padres rudos, inestables, a menudo alcohólicos, inmaduros, que

han sufrido en carne propia la carencia de afecto durante su infancia y pertenecen a medios culturales y económicamente desfavorecidos. Aunque estas características no se generalizan. Más que los rasgos de personalidad, lo que cuenta en definitiva es la naturaleza de los conflictos conscientes e inconscientes que forman la trama de las relaciones dentro de esas familias.

Por otra parte, la personalidad del niño maltratado, exceptuando el caso particular de los lactantes víctimas de malos tratos, desempeña un papel que no se ha evaluado en su justa medida. Con el tiempo el niño aprende a utilizar las reacciones de sus padres para ponerlas al servicio de sus tendencias masoquistas. Se vuelve capaz de provocar, con su comportamiento, lo que en ellos es sólo desbordamiento de la agresión y de convertirlo en su propia satisfacción pulsional. Aunque la violencia del adulto, con toda la pasión de que es esta cargada, deja generalmente al niño en un estado de estupor, cuando se repita constituye un modo de relación paradójicamente erotizado y que mantiene de una y otra parte un juego que tiene todas las apariencias del sado-masochismo. Todo sucede en forma extraña, como si sobre esa relación se basara entonces el amor entre el hijo y el adulto (Arfouilloux, 1986).

Los padres torturadores encuentran en el niño una presa fácil. Sobre él desplazan sus resentimientos, sus rencores, su odio, sus desengaños y el sentimiento de su propia mediocridad, convirtiéndolo en el chivo expiatorio; y justifican sus

malos tratos invocando una particularidad cualquiera del niño: es difícil, se orina en la cama, es sucio para comer, es tá siempre llorando... y además "hay que hacerle andar derecho".

Muchos factores no patológicos favorecen las torturas que se infligen a los niños: el bajo cociente intelectual de los pa dres, el sentimiento de su inferioridad social y las frustraci ones que sufren en la vida, las frecuentes mudanzas (nadie los conoce, no saben donde se han ido), las tensiones internas en la familia (el mal entendimiento de la pareja se transfiere al niño, a quien se le reprocha que "se parece a su madre" o "a su padre", etc.), el sentimiento de poder ili mitado sobre el niño que tienen los padres (en cuanto es suyo).

El niño educado en un clima semejante, si sobrevive, corre un riesgo muy elevado de padecer trastornos psiconeuróticos o psicóticos (Odile Dot, 1988).

El maltratador finalmente, no es un tipo de persona: son muchos, sus motivos no pueden asociarse con la pobreza, con la crueldad, con la ira, con un concepto erróneo de la disciplina, con nuestra filosofía de la educación de los hijos o con la violencia en nuestra sociedad. Tienen sus raíces en las características sociológicas y aun biológicas del que castiga. Y los que maltratan son: emocionalmente inmaduros, neuró tics o psicóticos, mentalmente deficientes e ignorantes, disciplinarios, etc. (Fontana, 1979).

Podemos concluir en este capítulo que el trabajo preventivo en el maltrato al menor puede llevarse a cabo a nivel primario, secundario y terciario.

La prevención primaria, según nos han mostrado los estudios del tema, se encaminan a la reestructuración social y familiar; mediante una reeducación desde los primeros años de vida, capacitando para conformar una familia y saberla desarrollar con buena salud física y mental. Saber planificarla, evitando tener hijos no deseados. Detectar a los padres potencialmente maltratadores, con instrumentos confiables y brindar el apoyo necesario a esas personas que lo necesiten. Y lógicamente contar con instituciones especializadas para trabajar con todo lo referente al maltrato infantil, que lleven a la práctica sus proyectos; con un buen respaldo legal que se exprese en leyes que protejan los derechos de todos los niños. Todas estas propuestas fortalecidas a través de la concientización que se logre con la sensibilización de toda la sociedad, de saber que existe el problema, que lo acepten y valoren sus consecuencias negativas para la misma sociedad. Todas estas medidas son acciones que se ponen en práctica antes de que se presente el problema.

Así también hemos observado que la prevención a nivel secundario ha puesto especial interés en la forma de abordar el problema y a sus miembros involucrados, destacándose una actitud de amistad y de ayuda, mas que de juez y de amenaza a la familia. Procurando contar con equipos multidisciplinarios especializados, así como instituciones adecuadas a este

problema; al alcance de todos los que lo requieren. Nos esta mos ubicando a nivel de la intervención. Y el objetivo ven- dra a ser evitar que las victimas se hagan más daño.

El tercer nivel de la prevención nos lleva a reflexionar, que aquí el daño está consumado; que la separación del niño de la familia se hace casi indispensable, así como la inter-ven ción de las autoridades. Que el trabajo de rehabilitación es más difícil, debido a que el trabajo ya es para toda la familia. Y las soluciones deberan ser las menos destructivas de la integridad familiar y personal de cada uno de sus miem bros.

La psicología ha justificado su papel dentro del trabajo pre ventivo del maltrato al menor, con los trabajos expuestos en este capitulo. Teniendo como su carta de presentación su objeto de estudio, la conducta humana como ser ontogenético y filogenético, y como campo de trabajo, en el maltrato, la investigación de los elementos involucrados en el episodio del maltrato; desde las características de los agresores, de los agredidos, de los familiares; así como de otros factores de tipo socioeconómico y sus efectos en la conducta de las personas, etc. De esos trabajos se ha logrado caracterizar la personalidad de los agresores, de las familias, crear ins trumentos de diagnóstico y tratamiento (la psicometria, las pruebas proyectivas o de personalidad, el cuestionario, la entrevista, etc.). Resaltar y fortalecer el apego de madres y/o padres con sus hijos.

Con lo cual ha contribuído a lograr algunos resultados posi-

tivos en el diagnóstico, tratamiento y prevención del maltrato infantil.

C A P I T U L O

2

MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO AL MENOR

2.1. Determinación de la población de alto riesgo.

El ciclo de la violencia empieza precisamente cuando el maltrato no es descubierto, puesto en evidencia y contenido.

El maltrato no es asunto claramente definido de interacción entre el padre abusivo y el niño objeto de abuso. Es un asunto familiar que involucra al abusador activo, al compañero invisible pasivamente cooperador, y a los demás niños de la familia que pueden, o no, ser partícipes activos pero que son ciertamente observadores.

En base a los estudios hechos a criminales famosos hemos podido determinar o por lo menos sugerir que un ambiente infantil frío, duro o cruel, conduce a un futuro violento (Fontana, 1979). Así también menciona que el tipo de persona que maltrata no es único. Y menciona los siguientes: emocionalmente inmaduros, neuróticos o psicóticos, mentalmente deficientes e ignorantes, disciplinarios, criminal-sádico, tóxicómanos.

Para Osorio y Nieto (1981), la identificación de la población de alto riesgo puede orientarse hacia el niño probable maltratado y el adulto probable agresor, de tal forma: el niño maltratado "presenta determinados rasgos distintivos comunes en muchos casos, y este aspecto, unido a la presencia de lesiones físicas características del niño maltratado, son da

tos de gran utilidad; el niño dañado generalmente es menor de tres años y en muchos casos menor de uno. La mayor parte de ellos -se ignora la causa- son varones que presentan un aspecto triste, indiferente, temeroso o asustadizo y descuidado; es notorio su mal estado general, como consecuencia de traumatismos y negligencias, tanto afectivas como alimentarias. Muestran trastornos de conducta tales como micción involuntaria o enuresis, debilidad mental, encefalopatías y anemias agudas. La proximidad de un adulto causa terror en el niño, lo cual se observa en especial cuando los maltratados son hospitalizados y un adulto se acerca a la cama, pues es frecuente que en su hogar sea golpeado en tales circunstancias.

Con respecto al sujeto agresor señala: son de inteligencia poco desarrollada, conducta delictiva, prostitución, falta de adaptación social, inmadurez emocional, impulsividad, inconciencia, falta de dignidad, de metas positivas, problemas conyugales y familiares en general, aislamiento, soledad, y fuertes sentimientos de impotencia y frustración. Además de perezosos, descuidados, desaliñados, etc.

Marcovich (1981) señala que la diferencia entre un adulto que maltrata y uno que no lo hace depende de: su control de los impulsos, el grado de frustración y la capacidad de afrontar y resolver los problemas.

Pero no existe una causa-efecto de la agresividad, sino que son causas multifactoriales. Los padres tienen una visión distorsionada del hijo; lo describen como un niño que trata

de lastimarlos o hacerlos enojar y que no los quieren.

La conducta de los padres está determinada por los patrones conductuales que recibieron en la infancia, particularmente en estos casos de maltrato.

Los padres utilizan a sus hijos, como una canalización de sus frustraciones; niños que presentan ciertos defectos físicos, son más susceptibles a ser agredidos.

Entre los factores ambientales, sobresalen el desempleo, hacinamiento, sobrepoblación, etc.

Sin embargo podríamos asegurar que el Síndrome del niño maltratado no es una enfermedad de la pobreza, es una enfermedad de la humanidad, no son características de ninguna clase socioeconómica exclusiva, existen padres pobres que son maravillosos.

Para Arfouilloux (1986) "mas que los rasgos de personalidad,¹⁾ lo que cuenta en definitiva es la naturaleza de los conflictos conscientes e inconscientes que forman la trama de las relaciones dentro de esas familias".³¹

A continuación presento los estudios que resumen la esencia de las características de la población de alto riesgo, Helfer (en: Garralda, 1988) postula que la causa del maltrato físico puede expresarse como una ecuación formada por un padre especial, un niño (también especial), una crisis y una tolerancia cultural en la que se encuentra inmersa la familia, que acepta o anima activamente el castigo corporal como un método disciplinario legítimo.

Así para el análisis de esta ecuación, la divide en factores

individuales, familiares y sociales:

— Factores individuales: los padres... "el rasgo más frecuente en las historias de las familias que abusan de los niños es la repetición, de una generación a otra, de los hechos violentos y negligencias. Muy relacionado con el punto anterior es que los padres a su vez, en su infancia fueron agredidos por los suyos de la misma forma que lo están haciendo con sus hijos; así llegaron a convertirse en adultos sin afecto e incapaces de dar a su prole aquello de lo que carecieron (Kempe, 1962). Incapacidad materna y/o paterna para asumir la educación y la responsabilidad de los hijos (Lynch y Roberts, 1977). Cuando el padre o la madre pegan, alguno de los dos instiga o encubre al otro (Kempe, 1975). Para Lynch (1975), los problemas de embarazo que tuvieron las madres pueden convertirse en verdaderas espoletas generadoras de maltrato porque creen que sus hijos son expresiones vivas de los padecimientos que tuvieron durante el período de gestación o responsables de un parto difícil, causante de sus actuales dolencias orgánicas. Los padres disciplinarios (Fontana, 1973) son aquellos que tienen la convicción de que la fuerza bruta es el método más eficaz para la educación de sus hijos.

— En cuanto a los niños:

Muchos investigadores opinan que la deficiencia mental es una variable más que incita al maltrato. La prematuridad y bajo peso al nacer son unos factores determinantes que están íntimamente ligados al maltrato.

Factores familiares:

1. Embarazos no deseados (Hunter; citado en Fot Herighan, 1979).
2. Hijos no deseados por que provienen de una unión extramatrimonial, de un matrimonio anterior, considerandole un extraño en la familia al hacerle discriminaciones en el cuidado y atención con respecto a los otros hijos (Kempe y Kempe, 1978).
3. Niños adoptados.
4. Decepción por el sexo del recién nacido.
5. Vida familiar desordenada.
6. Familias numerosas.

Factores sociales.

Mardomingo (1985) ha observado que el grado de stress familiar es inversamente proporcional al nivel sociocultural, por lo que las familias de clase social más desfavorecida es tán inclinadas a situaciones de violencia y maltrato, y, como muy bien sostiene Kempe (1973), la sociedad exige a las madres de los estratos inferiores que sean perfectas durante todos los días de la semana, cuando en realidad lo tienen to do en su contra. Completando todos estos puntos de vista, Marcovich (1981) asegura que el Síndrome del niño apaleado no es una enfermedad de la pobreza, sino de la humanidad, de una sociedad corrompida que tiene que ser curada como si de un enfermo se tratara. Aun así, Kempe (1971) en una muestra de 400 padres agresores, descubrió que todas las clases sociales, razas, creencias religiosas y niveles de educación e

ingresos estaban representados proporcionalmente, lo cual re fuerza una vez más la convicción de que la sociedad, en su conjunto, es generadora de maltrato.

Es importante destacar que la relación castigo-educación es una norma lamentablemente vigente, considerada por Mardomingo (1985) como un agente facilitador y potenciador con referencia a la percepción de la paternidad y maternidad como al go sagrado que otorga a los padres el derecho de castigar a los hijos, y la creencia de que el ejercicio de la paternidad es un hecho natural espontáneo.

La falta de sensibilidad de la colectividad, la indiferencia con la que muchas personas observan y conocen los maltratos y la ausencia de reacciones adecuadas en una sociedad incapaz de inculcar a sus ciudadanos unos valores humanos, son factores a tener en cuenta (Feigelson, 1975).

Para Solomons (1981), existen tres causas importantes que lo estimulan: por un lado, las tensiones en la familia y la expectativa no realista del niño por parte de los padres; otro elemento, más importante, el aislamiento emocional y social de los padres. Seguramente, la mayoría de los autores son de la opinión de que esta falta de soporte familiar (amigos, ve cinos, etc.) produce un bloqueo tal en la pareja que no saben actuar adecuadamente en un momento determinado con un hi jo difícil, hiperactivo, etc. originándole lesiones muy graves.

2.2. Planificación Familiar.

Fontana (1979) nos da una razón fundamental de la planificación familiar al considerar que los niños no deseados también son personas potenciales de maltrato. Y además cuestiona si existe un instinto maternal natural o si ese instinto puede enseñarse; no tiene las respuestas, pero afirma; si no se puede dar ese instinto maternal, los hijos no deberían estar con sus madres o la alternativa debe ser enseñar a las mujeres a ser madres.

Se debería lograr un servicio de salubridad universal, que tuviera calidad, que fuera gratuito, pagado gracias a alguna forma de recaudación de impuestos. Este punto es una necesidad urgente que debería incluir la planificación familiar gratuita y anticonceptivos disponibles a los adolescentes que lo soliciten.

Algunas culturas (ej. china) hacían matanzas de niños como método aceptable de planificación familiar, la vergüenza y la carga que suponía el tener hijos ilegítimos también determinaba la muerte de algunos niños (Garralda, 1979).

Puente (1979) afirma que la planificación familiar es una medida preventiva primaria. Y menciona se ha reportado, que existen más probabilidades de que una madre maltrate a su niño si ésta presenta ciertas características, por ejemplo: el hecho de que sea una persona bastante joven, que no haya planeado el embarazo y que no desee al niño. Al respecto se han hecho estudios muy serios mismos que se han corroborado en muchas partes del mundo. Estudios en los que se demuestra que a los niños no deseados se les trata con negligencia,

aunque en las familias numerosas no se sabe hasta cuántos niños, pero en terminos de abuso, no existen correlaciones con los niños no deseados hasta donde yo sé pues a menudo se ha deseado al niño del que se abusa posteriormente, aunque se haya deseado por razones equivocadas, por ejemplo: para tener un hijo que vea por los padres y los atienda cuando sean viejos. Es por ello que muchas personas que llegan a abusar de sus hijos, realmente querían tener el embarazo y al niño (Schmitt, 1979).

La planificación familiar tiene también otros objetivos: mejorar la salud de la madre y del niño, y reducir la mortalidad. Tomando como punto central el espaciamiento de los partos (UNICEF, 1983).

Los servicios de planificación familiar y el apoyo o ayuda médica en casos de abortos voluntarios también constituyen medidas preventivas: evitan el nacimiento de un niño no deseado, en un período de la vida de los padres en que cuidar un niño ocasionaría muchas tensiones, lo cual configura una situación de mucho peligro de maltrato. Los programas de educación de los padres y de capacitación en cuidados de niños que se imparten en escuelas preparatorias a una generación de padres en potencia, son considerados como un esfuerzo en gran escala para evitar el maltrato de los niños (Kadushin y Martin, 1985).

2.3. Diagnóstico de familias agresoras.

La interacción madre-hijo durante los primeros días de vida

ha sido estudiada no sólo en el hombre, sino en diversas especies animales. En todas las ramas zoológicas, particularmente en los mamíferos, es común observar la constancia en la repetición del mismo fenómeno: la interacción inicial madre-hijo, resulta crucial en el establecimiento de una pauta de comportamiento protector neto y específico para cada especie. En algunas de ellas es tan importante, que decide no sólo el porvenir inmediato, sino inclusive la sobrevivencia del crío...

IZT.

La analgesia y anestesia obstétrica, la separación del recién nacido de su mamá, para llevar al niño al cunero, la prohibición absoluta de contacto de las madres con los prematuros y el desaliento para la lactancia son todas prácticas rutinarias de asistencia que atentan contra el establecimiento de una adecuada interacción madre-hijo en forma por demás peligrosas y que creemos deben ser revisados con cuidado. Es difícil correlacionar en razón directa: causa-efecto, del maltrato en épocas posteriores de la vida con el hecho de que los recién nacidos y sus madres fueron separados en las primeras etapas de la vida, aunque algunos autores lo han intentado, documentándose claramente en prematuros, el patrón de visitas de la madre durante la estancia del pequeño en la incubadora con la posibilidad de maltrato. Las variables que influyen en el proceso son múltiples y sería ingenuo achacar todo el problema a una sola causa: sin embargo pensamos que este es un punto evidentemente importante, desgraciadamente menospreciados (Marcovich, 1981). Este mismo autor menciona



U.S. NATIONAL ARCHIVES
AND RECORDS ADMINISTRATION
DEPARTMENT OF COMMERCE
IZTACK

algunas características de los padres potencialmente agresores antes del nacimiento del niño:

- . Preocupación excesiva del desarrollo que va a tener el bebé.
- . Preocupación en relación al sexo del niño.
- . Negación del embarazo.
- . La madre no quiere subir de peso por temor a la deformación de su cuerpo.
- . Depresión por el embarazo.
- . Falta de apoyo del marido o de la familia.
- . La madre o el padre deseaban un aborto, sin embargo era demasiado tarde.
- . Los padres habían considerado ceder al niño en adopción.
- . El embarazo fue considerado por el padre o la madre como pretexto o motivo para mantener la relación.

En el momento del nacimiento:

- .. Decepción sobre el sexo del bebé.
- .. Reacción hostil o verbalizaciones inadecuadas.
- .. Ausencia de contacto ocular.
- .. Falta de comunicación de los padres.
- .. La madre se rehusa a amamantarlo por temor a una deformación de los senos.

Osorio y Nieto (1981) apoyan este enfoque enfatizando que la paternidad sea referida al varón o a la mujer, es una vocación y es necesario investigar si los sujetos que van a procrear un niño tienen la disposición necesaria, es decir, la vocación de la paternidad. Este dato puede obtenerse antes

del matrimonio o del nacimiento, mediante observaciones y entrevistas realizadas por el psiquiatra, el pediatra, el psicólogo o el trabajador social, de manera que oportunamente se advierta la predisposición a maltratar a los niños y, en su caso, se orientará debidamente a los padres para prevenir la comisión de tan negativas y tristes conductas.

Los indicadores pueden referirse al nivel socioeconómico, a los antecedentes familiares o individuales, a los estudios de personalidad, a la actitud frente al niño que se espera, a los apoyos morales con que cuenta, a los conceptos acerca de la educación de los hijos.

Otra investigación cuyo objetivo fué identificar indicadores predictivos de la calidad de los cuidados maternos en la conducta de la madre durante el período perinatal, reporto los siguientes resultados:

Se comprobó que una conducta positiva de la mujer durante el parto predice un buen cuidado del hijo durante los primeros seis meses de vida. Se sugiere la posibilidad inversa de que una conducta negativa, en especial si está asociada con factores adversos a la vinculación afectiva madre-hijo ya conocidos, podría servir para identificar madres potencialmente maltratadoras y justificar intervenciones que impidan el maltrato. Es necesario para ello, lograr que las maternidades evalúen el vínculo afectivo madre-hijo de la misma manera en que valoran actualmente la vitalidad del producto (Foncerrada y cols., 1987).

Desafortunadamente no siempre se puede observar indicadores

potenciales de maltrato, por ejemplo: para Kitsu (en la mesa redonda titulada: "El niño maltratado", 1983) sólo hay tres épocas de la vida familiar: la admisión de la madre a la maternidad, el ingreso del niño a la escuela y durante su asistencia médica. Esperar al ingreso a la escuela puede ser demasiado tarde; por ello se debe realizar esta actividad en el hospital de ginec obstetricia.

En la sala de partos, se analizaron las contestaciones a tres preguntas fundamentales: 1. ¿qué aspecto tiene la madre?, ¿se ve triste, enojada, inquieta, etc.? 2. ¿qué cosas dice? como por ejemplo: comentarios negativos acerca del bebé y 3. ¿qué cosas hace? por ejemplo: si no lo quiere cargar o no lo quiere amamantar. etc. En la sala de maternidad, puede ser significativo el que la madre rechace cargar al niño, darle de comer o pensar en que nombre ponerle; o tenga pocas o nulas expresiones de cariño, o bien que haga comentarios negativos sobre el bebé. Y si hubo separación del niño en los primeros días del nacimiento el riesgo puede aumentar.

2.4. Apoyo profesional a las familias diagnosticadas como probables agresoras.

Kempe y Kempe (1985) en una investigación que tenía como objetivo mostrar el valor de la intervención; trabajó con dos grupos: un grupo de alto riesgo (experimental) y un grupo de bajo riesgo (control). El tipo de intervención fué el siguiente: una estrecha vigilancia y asistencia por un pediatra asignado a la familia, quien tendría que examinar al ni-

ño en el departamento para recién nacidos, hablar con los pa-
dres en el servicio de posparto y determinar la primera visi-
ta a la clínica pediátrica cuando el niño tuviese dos sema-
nas. Podrían hacerse visitas adicionales siempre que el médi-
co o la madre lo estimasen necesario. Dicho pediatra tendría
que establecer contacto telefónico también con la familia
dos o tres días después de haber abandonado la madre el hos-
pital así como todas las semanas en que no, fuera a la con-
sulta de la clínica. Debía telefonear también para comprobar
cualquier problema que hubiese surgido durante una previa vi-
sita o llamada telefónica. Siempre que supiese que estaba
produciéndose alguna dificultad de orden médico o de otra ín-
dole, tenía que telefonear a la familia para prestarle apoyo
y organizar visitas semanales por un visitador sanitario que
conocerá el trasfondo familiar. En caso preciso la remitiría
a otros servicios médicos o a la clínica de la salud mental.
Podría también si es necesario, solicitar la ayuda de visita-
dores sociales o sanitarios no médicos: voluntarios que visi-
tan para confirmar el estado general de salud del niño, pro-
porcionar apoyo emocional a toda la familia y ponerse en re-
lación con las autoridades sanitarias.

Según este estudio, si bien las intervenciones no cambian
las pautas anormales de asistencia parental (tan sólo un tra-
tamiento intensivo podría lograrlo), pueden hacer que los ni-
ños dejen de ser lesionados de gravedad, y seguramente éste
ha de constituir nuestro primer paso.

Por su parte Foncerrada y cols. (1987) considera que las per-

sonas de alto riesgo de maltrato a sus hijos deberán ser objeto de una investigación formal en relación a la existencia e importancia de factores adversos a una satisfactoria interacción afectiva madre-hijo. También deberá sujetarse a un período de observación de cuando menos 72 horas después del parto a fin de ratificar o rectificar la impresión inicial en relación a la calidad del vínculo afectivo materno, sobre la cual fundamentar intervenciones de carácter preventivo bajo la forma de apoyo a la madre, modelamiento maternal y aún de sustitución de la madre.

Quizás debemos considerar qué tan preciso puede ser nuestro diagnóstico de las personas potencialmente maltratadoras o de alto riesgo de maltratar. Debido al margen de error de nuestros instrumentos de medición y a la posibilidad de generalizar nuestras observaciones del comportamiento humano. Aunque como menciona Arfovilloux (1986) "Que existan sospechas de esa realidad o que sobre algunos padres pesen esas sospechas son, en si, argumentos suficientes para justificar una intervención exterior destinada, en todos los casos, a proteger al niño".

Para Kadushin y Martin (1985) la parte principal del trabajo como institución se realiza con los padres, y su objetivo es evitar un abandono y/o maltrato ulterior del niño y aliviar o corregir aquellos problemas que condujeron a la situación. El objetivo último es preservar el hogar, de modo que las necesidades del niño puedan ser satisfechas adecuadamente en el seno de la familia biológica. Habitualmente hay dos

maneras de abordar la situación de maltrato para lograr un cambio y promover la prevención y/o mejoramiento. Uno de esos enfoques procura cambiar la conducta de los padres, fortaleciendo su capacidad de hacer frente a las tensiones, modificando las pautas con que le hacen frente. Se intenta lograr cambios en los padres mediante la educación, la modificación de comportamientos y las organizaciones de autoayuda y a través de consejos, trabajo social específico, psicoterapia y experiencias de grupo, para definirlo de manera amplia se trata de un enfoque psicoterapéutico. El segundo enfoque general, orientado a una socioterapia, procura reducir las tensiones atacando a la familia que maltrata mediante la prevención de servicios sociales, apoyos sociales, servicios facilitadores y oportunidades más amplias. Para poner en marcha este tipo de enfoque se emplean guarderías, servicios de ayuda doméstica, crianza sustitutiva, programas de mantenimiento del ingreso, padres anónimos, oportunidades de empleo y provisión de viviendas más adecuadas. En el caso de programas interdisciplinarios más comprensivos, que utilizan métodos múltiples, se recurre conjuntamente a ambos enfoques, el psicoterapéutico y el socioterapéutico.

Al considerar el tipo de ayuda que deberán recibir las personas que pueden llegar a maltratar a sus hijos, las propuestas son variadas sobre todo en cuanto a la cantidad de recursos que pueden desprenderse con fines preventivos.

Pero debemos señalar tres opiniones importantes al abordar este punto: primero la de Fontana (1979) quien dice: " Mien-

tras no se ha agredido al niño cualquier tipo de ayuda a los padres debe dársele en el hogar, bajo un clima de humanidad y de comprensión. Donde los servicios pueden ser: visitas domiciliarias por trabajadores sociales, padres sustitutos para niños hospitalizados, madres o padres auxiliares, etc. Por su parte Schmitt (1979) resalta como apoyo preventivo: favorecer el contacto físico y la convivencia en el cuarto del hospital, si la salud de la madre y del niño lo permite, coordinar el cuidado del médico con visitas programadas al consultorio y a la casa del paciente, dependiendo de la evolución del niño y de la dinámica familiar. Finalmente Feigelson (1979) plantea que el curso sobre cuidado infantil y el servicio de enfermeras domiciliarias, se debe ofrecer independientemente de un diagnóstico como probables agresores, y hacerlo obligatorio para las personas que no tienen hijos todavía.

2.5 Hogares sustitutos temporales y permanentes.

En el supuesto caso de que los malos tratos ya hubiesen sucedido, el alejar al niño del medio de peligro es una medida adecuada para prevenir la comisión de nuevos malos tratos y para evitar que en el futuro se lleven a cabo conductas nocivas a su persona.

Cuando se observe que la situación familiar ha mejorado, que se ha establecido o creado un ambiente idóneo donde pueda desarrollarse convenientemente el niño, es recomendable un retorno gradual al hogar, hasta el momento en el que, si las

circunstancias son propicias, se determine un retorno definitivo. Si el ambiente familiar no se supera, si sigue constituyendo un medio de peligro, la separación del niño debe ser definitiva y debe considerarse también la posibilidad de que sea adoptado Feigelson (1979) y Osorio y Nieto (1981).

Se considera que la separación del niño del hogar es una solución rápida y fácil. Y que sólo es una medida útil si se sabe que ha sido maltrato o descuidado. Dado que en muchas ocasiones los signos son engañosos. En primer lugar quizás haya sido interpretado mal o también ser únicamente sucesos menores, de una sola vez u ocasionales, precipitados por una circunstancia pasajera. Porque un exceso o aún dos, no pueden considerarse como una forma de vida. Todos erramos.

Al alejar al niño del hogar no se intenta aplicar una medida punitiva sino sólo proteger al pequeño. Si puede ser protegido dentro del hogar, mientras los padres son tratados, entonces ése es el sitio donde el niño debe permanecer. O quizás con los abuelos.

En una investigación reportada en 1976 por Lynch, observó que los niños que fueron separados de sus padres por diferentes motivos, durante los primeros seis meses de vida, fueron más maltratados comparados con un grupo control. Y cita "Encontramos que la mayoría de los niños maltratados habían sufrido separaciones en ese período. Las separaciones se debían a: hospitalizaciones, adopciones, haber sido encargados a parientes, y en un caso, fue por encarcelamiento de la mamá. Otro punto importante se refiere a las enfermedades: en-

contramos que muchos de los niños maltratados habían sufrido algún tipo de enfermedad durante el primer año de vida, esto es, antes de que fueran maltratados. Por lo general, eran enfermedades graves, tales como: neumonía, bronquitis; se dió un caso de enfermedad cardiaca viral, con un paro por congestión en el corazón, una estenosis pilórica, un caso de labio leporino, dos niños sufrieron convulsiones, etc. O sea, que los niños maltratados habían sufrido muchas más enfermedades que los controles.

Schmitt (1979), Garralda (1979) y Lynch (1979) concuerdan, la pregunta fundamental acerca de qué tipo de niño necesita ser colocado temporal o permanentemente fuera de la casa y cuándo hacerlo, se contestó simplemente insistiendo en que esto debería suceder "siempre que se encuentre en peligro la seguridad del niño". Para este fin se insistió en que la seriedad de la lesión infligida al niño no se debe constituir en el único criterio a seguir, pues lo mismo se puede establecer un buen pronóstico en presencia de una lesión muy seria, que lo contrario.

Un recurso terapéutico al alcance de sociedades más avanzadas que la nuestra lo da la familia sustituta; pero también este recurso puede representar algún problema cuando se establece una competencia con la familia biológica si se abrigan fantasías de rescate. La familia extensiva integrada por abuelos, tíos, etc. también puede llegar a ser útil pero se ha visto, especialmente en casos de incesto, que recurrir a ella puede ser muy discutible, pues a menudo se encuentra

que todo el sistema familiar participa de una patología. De la discusión de muy diversas facetas del problema se puede deducir que no hay un solo modelo a seguir en el manejo de estos casos.

Kempe (citado por Marcovich, 1981) "ustedes en México, tienen la gran fortuna de contar con hogares sustitutos familiares, es decir, la gran mayoría de las familias en México son familias abiertas, donde los parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) viven en una comunidad vecina, donde el hogar sustituto ideal sería, depositar a estos pequeños con estas familias; además el gobierno se ahorraría muchos millones de pesos y por otro lado los niños estarían más tranquilos, más protegidos".

2.6. Grupos de Padres Anónimos.

Padres Anónimos fué fundado por Jolly, una madre maltratadora, en 1969 en Estados Unidos.

En México ha comenzado a funcionar esta agrupación, en 1979, "lo que pretende Padres Anónimos es, romper el ciclo, donde un padre le pega a su hijo; el hijo crece, le pega a su hijo este crece, etc., etc. Pretendemos romperlo dándole al padre herramientas con las que pueda lidiar mejor con los problemas de la vida.

En Padres Anónimos nadie juzga, nadie condena, nadie señala, porque todos han estado en el mismo abismo de desesperación. Se trabaja en tres fases: la primera fase es no tratar de entender ni analizar lo que pasa; simplemente se trata de pa--

rar el maltrato, de evitarlo. Les decimos: "pegale a tu almohada, a tu persona, grita, da vueltas"... "haz lo que sea necesario para ayudarte, canaliza tu ira y cuando todo haya terminado, no habrás lastimado a tu hijo y tu te sentirás bien".

Segunda fase: "aprende a exteriorizar tus sentimientos"... Encuentra aquí una familia sustituta, donde por vez primera se tiene amigos. Ustedes que son psiquiátras y psicólogos saben que, en el momento que podemos exteriorizar nuestros problemas, en el momento que podemos decir y reconocer que no estamos solos, que hay otras personas que tienen el mismo problema, que no somos monstruos, que somos seres humanos; en ese momento empezamos a realizar una labor preventiva... les enseñamos a identificar cuándo está a punto de sobrevenir una crisis ya que ese es el momento indicado para hablarle a uno de sus nuevos amigos de Padres Anónimos y decirle, "tengo ganas de matar a mi hijo". Para esos momentos los enfrentamos a ayudarse unos a otros.

La tercera fase de Padres Anónimos, si es que podemos llegar a ella, pues tarda mucho, es cambiar el comportamiento negativo por uno positivo. Ahí viene lo que llamamos "parenting" esto es, aprender lo que hay que esperar de un hijo, saber cuales son las diferentes etapas del desarrollo y no brincarlas. El padre que maltrata a sus hijos cambia los papeles; él espera que su hijo sea el padre, que sea el hijo quien lo comprenda a él (Fontana, 1979 y Macit, 1979).

Para Alexander (1979) lo esencial de Padres Anónimos es el

hecho de hacer sentir a los padres que no estan solos.

2.7 Capacitación a profesionales y para-profesionales que trabajan con agredidos, agresores y sus familiares.

Ahora abordaremos un punto que a estas alturas del trabajo parecerá claro y necesario. Esto es, la capacitación del equipo multidisciplinario que trabaja en las diferentes etapas del maltrato infantil.

Feigelson (1979), al referirse a la situación que se vivía en Estados Unidos, sobre el maltrato infantil; consideraba que al contar con el personal necesario y adecuado para enfrentar el problema es muy difícil por dos razones fundamentales: una es que es poco atractivo este trabajo y la otra que la retribución económica que se ofrece es mala comparada con otras ocupaciones como la educación o la enfermería. Por tanto una forma de contrarrestar esta situación en México debe comenzar con sensibilizar y concientizar al equipo de trabajo como los primeros elementos de capacitación (Puente, 1979).

Así también se debe informar y capacitar a las personas relacionadas con niños, como: médicos, personal de enfermería, de guarderías, de jardines de niños, de casa de cuna, de escuelas, policías, agentes del ministerio público; en fin, a todas las personas que de alguna forma tienen que ver con el problema. Acerca de los signos que pueden hacer sospechar razonablemente de la existencia de malos tratos. Tal capacitación se puede realizar mediante la impartición de cursos,

conferencias, simposium, etc., que permita al personal que se ocupa de los menores detectar los indicios característicos de maltrato, ya sea a través de la observación de los niños o de los padres, y hacer la denuncia correspondiente de manera que pueda advertirse oportunamente, con el objeto de tomar medidas preventivas de inmediato, pues la reincidencia en los malos tratos puede ocasionar graves daños físicos y mentales, y aún la muerte.

El DIF y PREMAN, han procurado trabajar sobre este punto organizando eventos diversos con temas como: "Desarrollo del Niño", "El Menor Maltratado", "Dinámica Familiar", "Desarrollo Psicosexual", "El funcionamiento en la Práctica de las Agencias del Ministerio Público", "Actualización para Trabajadores Sociales", "Capacitación sobre Prevención de la Farmacodependencia", "Orientación Psicológica", "Desintegración Familiar como Problema Actual en México", "Menores Infractores", "Prevención de Menores Maltratados", etc. (de la Madrid, 1984).

Las conclusiones a las que llegamos después de los ejemplos presentados en este capítulo, sobre lo que se está haciendo en México y sobre todo en otros países, nos lleva a las siguientes reflexiones:

Para que en México se implementen por lo menos la mayoría de las medidas ejemplificadas aquí, se debe superar las siguientes limitaciones: superar las carencias materiales y humanas que se observan actualmente para atender este problema de

maltrato, ya que no contamos con los profesionales necesarios, ni con mucho personal voluntario. Debido al enorme número de nacimientos diarios y a los pocos recursos económicos destinados a un proyecto de este tipo.

Las medidas afectadas por esta situación son: "Determinación de la población de alto riesgo", "Diagnóstico de familias agresoras", "Apoyo profesional a las familias, diagnosticadas como probables agresoras", "Hogares sustitutos temporales y permanentes" y "Capacitación a profesionales y paraprofesionales que trabajan con agredidos, agresores y sus familiares". Pues requieren de un gran número de personas y recursos para realizar los seguimientos de cada caso. De ninguna forma se afirma que no se estén abordando estas medidas en México, si que, quizá no se está cubriendo toda la demanda.

Otra limitación importantísima, y no sólo es privativa de nuestro país, es la imposibilidad de generalizar los hallazgos obtenidos ya que las condiciones y las personas que se involucran en un episodio de maltrato son muy eterogneas y multifactoriales en cada caso particular. Por lo que los trabajos de investigación científica se deben incrementar y especializar cada vez más.

Pero mientras se logran mejores conocimientos del maltrato al menor debemos trabajar con lo que tenemos y con lo que conocemos que no es poco.

C A P I T U L O

3

CONCLUSIONES Y APORTACIONES PERSONALES

Considero que la información espuesta en este trabajo, nos muestra un panorama general del maltrato al menor y particularmente sobre la prevención.

Dentro de los puntos, fundamentales, que quedarón claros tenemos los siguientes:

. El problema del maltrato al menor no es reciente; pero sí es hasta "ahora", en el siglo XX, y con los trabajos de Caffey y Henry Kempe que se comienza la concientización de la sociedad, del grave daño que se estaba cometiendo a los niños.

. Que apesar de darse a conocer este fenómeno como un daño físico al menor, descrito por especialistas en la medicina, en base a la descripción de las heridas observadas en los cuerpos de las víctimas, ahora sabemos que además de la agresión física, esta presente el maltrato emocional producido por los golpes, quemaduras, etc. y por la agresión verbal, negligencia para cubrir sus necesidades de alimentación, salud, afectividad, etc.

. Que éste maltrato físico-psicológico o sólo psicológico, lo ocasionan generalmente las personas encargadas de cuidarlos, casi siempre sus padres. De forma "intencional".

. Este atentado contra la niñez no es privativo de una clase social, sino que esta presente en todas las clases sociales. Que si bién se observan más casos en las clases de bajos re-

cursos, esto puede deberse a que las clases sociales altas tienen mayores recursos para ocultar este hecho; con asistencia médica privada, evitando que salga a la luz pública.

. Por tanto el maltrato al menor no es un problema de las clases sociales, sino de la humanidad. Donde se han establecido valores universales que dañan directamente al niño como "la ley del más fuerte", "la agresión como instinto de supervivencia", "el niño como propiedad de los padres", "el niño feliz por ser niño", "la agresión como elemento de educación y de aprendizaje", etc.

. En México aunque no se conoce con claridad la magnitud del problema, es una realidad palpable. Y se presume que la población afectada es similar a la de otros países como Estados Unidos.

. La información obtenida, sobre el caso de México, nos indica que se están haciendo esfuerzos por atacar este problema, sobre todo a nivel preventivo, esfuerzos observados en los programas de atención a la salud, del sector público, coordinados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. De dicho organismo se desprende el programa para la Prevención del Maltrato al Menor (PREMAN), coordinando también a la Procuraduría de la Defensa al Menor y al Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME).

. Lo esencial del trabajo que se está realizando en México radica en lo que los esfuerzos se están dirigiendo al plano preventivo. Para tal objetivo se busca fortalecer el bienestar de la familia: proporcionando servicios de atención a

las necesidades de salud física y mental, apoyo legal, laboral, escuelas para padres, etc. enfocados a toda la familia, pero sobre todo para los niños. Quizá el objetivo principal en estos momentos del país es fortalecer la cohesión familiar.

. A nivel de prevención este trabajo rescata la importancia de la implementación de medidas con éste fin, en por lo menos tres momentos del problema: antes de que se presente el fenómeno (prevención primaria), después que se ha presentado para evitar más daños en el niño (prevención secundaria) y cuando ya no es posible rescatar al agredido, pero podemos evitar que continúe la cadena con sus hermanos o con otra generación (prevención terciaria).

Por lo tanto cualquier esfuerzo encaminado a solucionar el maltrato al menor, nunca llega tarde. Aunque lo ideal es que siempre se haga algo o mucho a nivel primario, esto es, antes de que aparezca el problema.

. La Psicología, puede ser la ciencia que nos de mayores elementos para realizar prevención en cualquiera de sus métodos pero sobre todo a nivel primario. Y para ello hemos reportado algunos trabajos que muestran su ingerencia en el diagnóstico, tratamiento y prevención del maltrato a los niños. Tomando como eje de sus hallazgos el estudio de la conducta del hombre como un ser filogenético y ontogenético. Algunas de las aportaciones concretas de la Psicología en este tema son: cuestionarios y entrevistas para el diagnóstico de personas potencialmente maltratadoras; pruebas psicométricas,

proyectivas y de personalidad de apoyo al diagnóstico. Donde además se ha podido conocer las características de los agresores y agredidos. Y diferentes tipos de terapia, para la etapa de tratamiento, para todos los miembros involucrados en este problema.

. En cuanto a las medidas implementadas para la prevención del maltrato al menor, que se describieron en este trabajo podemos afirmar que se han trabajado en México. No son las únicas pero considero que permiten dar una idea del nivel de intervención que se está haciendo en el país. Quizás se puede cuestionar su eficiencia o su validez, pero lo cierto es que son intentos reales por dar soluciones a un problema que merece la atención de toda la sociedad. Y por tal motivo válidas.

. Aún hay muchos aspectos del problema que deben investigarse sobre todo en el trabajo de campo. Así como para comprobar si los programas, que se han diseñado para atacar el problema, se están llevando a la práctica al cien por ciento o en que porcentaje. Así mismo para lograr que los instrumentos de diagnóstico, tratamiento y prevención adquieran mayor confiabilidad y que se puedan generalizar sus resultados, dentro de lo posible; considerando que estamos hablando de conducta humana, con toda su complejidad que ello implica.

Además de lo mencionado hasta el momento cabe hacer la aclaración de que en la Psicología misma surge una nueva rama de estudio llamada Psicohistoria. Definida como: la rama de

la Psicología que estudia el comportamiento y las actitudes individuales y grupales a lo largo de las diferentes épocas históricas.

Esta rama de la Psicología ha estudiado la evolución del maltrato infantil como una forma más de la evolución y sentido del comportamiento de la conducta a lo largo de la historia, incluyendo las razones psicológicas de estos cambios. Para la Psicohistoria el maltrato infantil no solamente obedecía a razones sociales, tenía una función psicológica en la época. Y según algunos autores mucha de ésta función psicológica se reflejaba en los estilos de crianza infantil.

La Psicohistoria por su forma de trabajo se replantea lo obvio, no solamente, reconoce la presencia del maltrato al menor como un problema social, sino que al mismo tiempo se replantea la razón por la cual el maltrato al menor, ha sido tratado como ha sido hasta el momento; reconoce también que diferentes disciplinas se han dedicado al estudio del maltrato al menor, pero los historiadores se preguntan, ¿Qué es lo que se está haciendo? y ¿Cómo es que el maltrato al menor tiene la importancia que tiene hoy en día, o sea, cuál es la razón psicológica de esto? . Respuestas a estas preguntas y a muchas otras quedan como nuevas propuestas de investigación para futuros trabajos, abordados desde el punto de vista de la psicohistoria o de otra corriente en particular.

A continuación intentaré hacer algunas propuestas personales que quizás ya se hayan mencionado, como medidas preventivas, pero en todo caso hacer énfasis en ellas o en algunos de sus puntos; por que se dice que se trabajan pero en realidad no, o por que se estan implementando sólo en parte o totalmente mal. Para tal objetivo procederé a organizar mis puntos de vista en cuanto a lo que se debe hacer a nivel individual, familiar y social (considerando en este último nivel los grupos sociales públicos y privados; representados en instituciones educativas, políticas y/o ideológicas).

A nivel individual:

- Frenar nuestros impulsos agresivos o bién canalizarlos a la realización de metas, para la satisfacción personal.
- Conceptualizar al niño como un ser con necesidades particulares, con una percepción de su medio amplia, capaz de sentir, de recibir y dar afecto y potencialmente acto para aprender a participar en su sociedad, en base al modelo y apoyo de sus padres.
- Lograr una verdadera comunicación con todas las personas, particularmente con los niños, teniendo la capacidad de escuchar y de transmitir un mensaje.
- Tener disponibilidad para ayudar y pedir ayuda.
- Estar consciente de nuestras capacidades y de nuestras necesidades (materiales y emocionales).
- Asumir el rol que nos corresponda según nuestra edad, lugar en la familia, puesto en el trabajo, etc.

A nivel familiar:

- Seleccionar adecuadamente a la pareja; considerando factores sólidos como: sus metas, expectativas, temores, etc.
- Recibir información pre-matrimonial, donde se les informe sobre las responsabilidades que contraen como esposo y esposa, y como padres.
- Planear el nacimiento de los hijos, en base a sus expectativas de pareja y a las posibilidades emocionales y materiales necesarias para recibir un niño a su cuidado.
- Buscar información sobre la atención de los hijos y las características de las etapas de desarrollo de las personas.
- Educar a los hijos en base al ejemplo, y no en base a discursos verbales.
- Fomentar valores como: el respeto, la responsabilidad, la cohesión familiar, la cooperación, la amistad, etc.
- Eliminar el castigo como medida disciplinaria.
- Considerar a los hijos como personas individuales; diferentes a sus mismos hermanos, en sus necesidades, gustos, etc.
- Eliminar el concepto de propiedad de los hijos.

A nivel social:

- Mejorar el nivel de vida de las familias: proporcionando más ofertas de trabajo y mejor remunerado, asistencia social escuelas para todos, espacios accesibles para la recreación de toda la familia, etc.
- Concientizar a la sociedad de la importancia del papel de la mujer en la vida de un país, y particularmente en la familia. Y de lo difícil de su tarea. Para proporcionarles más apoyos, para que tengan una realización integral. Combatien-

do de esta manera las tensiones.

- En escuelas primarias y secundarias proporcionar información sobre el problema del maltrato al menor, para concientizar a profesores y padres sobre los peligros de este fenómeno y los procedimientos para auxiliar a las personas involucradas en este hecho.

- En escuelas preparatorias o bachilleratos y en las universidades, se debe incluir en el currículum formativo el tema del maltrato al menor considerando todas sus etapas: etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. Y en las universidades que tienen carreras relacionadas con la salud física y mental, se deben crear clínicas de asistencia social para trabajar con las personas involucradas en el maltrato al menor.

- Los grupos políticos del país deberían incluir en sus propuestas, reformas a la constitución para proteger a los niños maltratados y a sus familias. Y también que se encarguen de exigir el cumplimiento de las mismas. Considerando que son ellos quienes están más cerca de los grupos en el poder.

- Otras instituciones ideológicas como las religiosas, también deberían de promover servicios de ayuda a las personas afectadas con este problema.

- Finalmente considero que los profesionales de la salud física y mental deben tener una participación más activa para promover medidas de atención, investigación y concientización, que prevengan el problema, terminando lo más pronto posible la cadena de la agresión a los niños.

Considerando que en México no se dispone de los recursos económicos, suficientes, para estos programas de intervención, preventiva y de rehabilitación; y la mala administración de algunos gobernantes, debemos explotar al máximo los recursos humanos, con los cuales si contamos y con características favorables, ya comprobadas como son la solidaridad familiar, vecinal y social en general, ante los problemas.

Además de eliminar el maltrato desde nuestra propia conducta.

IZT.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

B I B L I O G R A F I A

- Alexander, T. S. La Prevención del Maltrato. Memorias del Simposium Internacional sobre el Niño Maltratado. Ed. Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño. México, 1979.
- Arfovilloux, J. Niños Tristes. La depresión infantil. Ed. fondo de cultura económica. México, 1986.
- Ayala Castillo, R. A. y Cruz Osorio, D. Síndrome del Niño Maltratado. Ed. Centro de Información y Documentación del INSAME, DIF. México, 1983.
- Bergé, A. El Niño de Caracter Difícil. Ed. Morata, España, 1981.
- Corona Sosa, M. A. Manejo Actual del Niño Maltratado en la SSA. Ed. Centro de Información y Documentación del INSAME, DIF, México, 1983.
- Chagoya Beltrán, L. La Agresión al Niño en la Familia en las Diferentes Etapas del Desarrollo. Memorias del Simposium Internacional sobre el Niño Maltratado. Ed. Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño, México, 1979.
- de Dios de Puente, D. S. La Agresión de la Sociedad a los Niños. Memorias del Simposium Internacional sobre el Niño Maltratado. Ed. Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño, México, 1979.

- del Castillo del Valle, R. Estudio Sobre el Retardo en el Desarrollo. Tesis de licenciatura
ENEP Iztacala, UNAM, México, 1983.
- D. I. F. Memorias del Informe Anual del Consejo Consultivo para las Acciones en Beneficio del Menor Maltratado en México. Ed. DIF, México, 1984.
- D. I. F. - PREMAN. Análisis Sistemático de los Datos Registrados de Menores Maltratados en el Programa DIF- PREMAN. México, 1985.
- Demause Lloyd. La Teoria Psicogenética de la Historia. Journal of psychohistory. Vol. 4, 1976-1977.
- Ebel Henry. La teoria del Campo Unificado de la Condición Humana. Journal of psychohistory. Vol. 4, 1976-1977.
- El correo de la Unesco. El Rostro de la Infancia Maltratada. España, enero, 1972.
- Foncerrada Moreno, Aguilar Sánchez, Kitsu Ogasawera, Peón Vidales, Manzano Sierra, Peña Alvarez y García Méndez. El Niño Maltratado. Mesa redonda. Rev. Facultad de medicina, México, 1987.
- Foncerrada Moreno, M. El Niño Víctima del Mlatrato Físico. Rev. Méd. IMSS. México, 1982.
- Foncerrada Moreno, M. Los Problemas del Manejo Actual del Niño Maltratado Dentro del I M S S. Centro de Información y Documentación del INSAME, DIF, México, 1983.

- Foncerrada Moreno y cols. Prevención del Maltrato al Niño.
Posibilidad de Identificar a Madres Potencialmente Maltratadoras en el Período Perinatal. Medicina Social. México, 1987
- Fontana, J. En Defensa del Niño Maltratado. Ed. pax, México, 1979.
- Feigelson, Ch. Un Niño ha Sido Golpeado. La Violencia contra los Niños una Tragedia Moderna. Ed. diana, México 1979.
- Galindo y Cols. Modificación de Conducta en la Educación Especial. Diagnóstico y Programas. ed. trillas, México, 1980.
- Gallardo, J. Malos Tratos a los Niños. Ed. narcea, España, 1988.
- Garralda Haulde, M. El Abuso hacia los Niños y las Teorías sobre la Agresión. Memorias del Simposium Internacional sobre el Niño Maltratado. Ed. Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño, México, 1979.
- Guisar Cruz, V. Maltrato a Menores. Ed. Centro de Información y Documentación del INSAME, DIF, México, 1983.
- Gutierrez T. G. La Identificación del Niño Maltratado. Memorias del Simposium Internacional sobre el Niño Maltratado. Ed. Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño, México, 1979.

- Kadushin A. y Martín A. J. El Niño Maltratado. Una Interacción. Ed. extemporáneos, México, 1985.
- Kempe, R. S. y Kempe, C. H. Niños Maltratados. Ed. morata, España, 1985.
- Linch Margaret. Teorías de la Agresividad Humana. Memorias del Simposium Internacional sobre el Niño Maltratado. Ed. Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño, México, 1979.
- Macías Avilés R. La Agresión del Niño Dentro de la familia. Memorias del Simposium Internacional sobre el Niño Maltratado. Ed. Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño, México, 1979.
- Manterola Martínez, A. Manejo Actual del Niño Maltratado en el D.F.F. Ed. Centro de Documentación e Información del INSAME, DIF, México. 1979.
- Manzano, S. C. y Peña, A. R. Síndrome del Niño Maltratado. Memorias del Simposium Internacional sobre el Niño Maltratado. Ed. Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño, México, 1979.
- Marcovich, J. Tengo Derecho a la Vida. Prevención e identificación del niño maltratado. Ed. mexicanos unidos, México, 1981.
- Odile Dot. Agresividad y Violencia en el Niño y el Adolescente. Ed. grijalbo, México, 1988.
- O. M. S. Privación de los Cuidados Maternos. Ed. cuadernos de salud pública, la prensa médica, México.

Osorio y Nieto C. A. El Niño Maltratado. Ed. trillas, México
1985.

Panel Sobre la Prevención del Maltrato al menor. Del Simpo-
sium Internacional sobre el Niño Maltratado. Ed.
Comisión Nacional para el Año Internacional del
Niño, México, 1979.

Panel Sobre Protección al Menor y Rehabilitación Familiar.
Memorias del Simposium Internacional sobre el Ni-
ño Maltratado. Ed. Comisión Nacional para el Año
Internacional del Niño. México, 1979.

Perez Abrego, V. Manejo Actual del Niño Maltratado en México
Ed. Centro de Información y Documentación del
INSAME, DIF, México, 1983.

Revista del Menor y la Familia. Número 2 órgano informativo
y de divulgación del DIF, Mé-
xico, 1982.

Revista Punto y Coma. La Niñez en el Mundo UNICEF. Agosto,
1983.

Ruiz Taviel de A. A. Manejo Actual del Menor Maltratado en
el ISSSTE. Ed. Centro de Información y Docu-
mentación del INSAME, DIF, México, 1983.

Schmitt, D. B. La Prevención Primaria del Abuso y Maltrato
del Niño. Memorias del Simposium Internacional so-
bre el Niño Maltratado. Ed. Comisión Nacional para
el Año Internacional del Niño. México, 1979.

Velasco Alzaga, J. M. Bosquejo Histórico Sobre el Servicio
de Prevención del Maltrato al menor. ed. CID.