



1  
29.  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

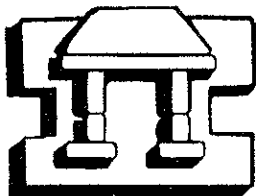
CAMPUS IZTACALA

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA  
REHABILITACION DEL NIÑO MALTRATADO  
Y SU AGRESOR

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
**GERARDO ABURTO VAZQUEZ**

ASESORAS: LIC. CLARA BEJAR NAVA.  
LIC. FRANCISCA BEJAR NAVA.  
LIC. JULIA CHIMAL PABLO.



IZTACALA LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO. 1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

258955



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

## DEDICADA A:

Mis padres Erasmo y Pilar por haberme enseñado el valor de la perseverancia y la responsabilidad y haber confiado en que sus esfuerzos no eran en vano.

Mi esposa por ser protagonista incondicional de mis victorias y mis fracasos. Gracias Tere.

Mi hija Brisel por haberme dado un motivo más de superación.

Mis hermanos, Pati, Selene, Arturo por ser parte inseparable de mi vida.

La persona que me brindó su ayuda sin esperar otra cosa a cambio más que mi bienestar, mi tía Flora Aburto.

Quien me ha enseñado con sus actos el significado de la palabra amigo: Jaime Hernández Mondragón.

Jaime, Karina y Massi, por que la distancia no borra los lazos de hermandad.

Mi segunda familia, de quienes aprendí el valor de la humildad:  
Familia Gallegos Vázquez.

Familia Abundis Villagómez, por brindarme una oportunidad.

Mis compañeros, por compartir tantos recuerdos conmigo. Les recuerdo con cariño.

**AGRADEZCO A :**

Mis asesoras Clara, Francis y Julia por su paciencia y colaboración en este trabajo.

Silvia Abundis, por su ayuda en la impresión de esta tesis.

Familia Abundis Chávez, por su apoyo constante y tan necesario.

Todos los profesionales y todas la instituciones que me facilitaron información sin la cual hubiera sido imposible concluir este trabajo.

## RESUMEN

La tesis presente es un análisis de cómo es que se da el fenómeno del maltrato infantil, quienes están involucrados, como toma una relación diádica un sentido positivo o negativo y que alternativas de rehabilitación existen; buscando con esto, proponer una forma de trabajo multidisciplinario para la rehabilitación de la diada agresor-agredido.

Para esto, se realizó una entrevista que nos diera cuenta de cómo es el funcionamiento real de un equipo multidisciplinario en una institución que contara con dicho equipo.

Se encontró a partir de esto, que a pesar de existir los profesionales necesarios y adecuados para formar un buen equipo, no existía coordinación entre los distintos departamentos, lo que ocasionaba que un niño fuera canalizado de un departamento a otro sin los antecedentes necesarios y sin el seguimiento adecuado. Además, el equipo de trabajo no contaba con reuniones de ningún tipo.

A partir de esto, concluimos que a pesar de existir los elementos teóricos y recursos suficientes, lo que hace falta es una buena coordinación entre los miembros del equipo para así aprovechar los recursos con los que se cuenta y mejorar los resultados.

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1.- MALTRATO INFANTIL.....	5
1.1 Antecedentes, etiología, formas y consecuencias.....	6
1.2 Tratamiento y prevención.....	17
1.3 El equipo multidisciplinario en la rehabilitación de la diada agresor-agredido.....	23
CAPITULO 2.- RELACIONES DIADICAS.....	27
2.1 Características.....	28
2.2 Tipos.....	31
2.3 Porqué buscar la rehabilitación de la diada.....	37
CAPITULO 3.- PROGRAMAS DEL DIF CONTRA EL MALTRATO INFANTIL.....	41
3.1 Origen del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.....	42
3.2 Funcionamiento del programa DIF-PREMAN.....	43
METODOLOGIA.....	51
RESULTADOS.....	54
CONCLUSIONES.....	64
PROPUESTA DE TRABAJO.....	74
BIBLIOGRAFIA.....	80
ANEXOS.....	87

## INTRODUCCION

Conceptualizar el maltrato infantil resulta difícil por varias razones, como puede ser la gama de teorías que existen para explicar de entrada la agresividad, o la multifactorialidad que compone el fenómeno, lo que ocasiona que a pesar de existir investigaciones en el campo y discursos teóricos (que no pasan de ser más que papel archivado) se ha logrado avanzar muy poco para frenar esta problemática social que es tan desconocida como practicada en nuestro medio.

Más difícil resulta aún, querer conceptualizar el trabajo de gente encargada de dar atención, ya que nuevamente se presentan varios factores como puede ser el escaso apoyo económico que se otorga, las características inherentes del profesional, o la mala organización de los proyectos de atención.

Considero falta mucho por hacer en cuanto a investigación del problema se refiere, sin embargo, ya se ha hecho suficiente para empezar a actuar y tratar de solucionarlo.

Se ha prestado poca atención a la forma en cómo se organiza la intervención desde el primer hasta el tercer nivel de prevención, y es aquí donde cobran importancia las acciones que los profesionales van a ejecutar y muy en especial el equipo multidisciplinario.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, el objetivo rector de la presente tesis es: Proponer una forma de trabajo multidisciplinario para la rehabilitación de la diada agresor-agredido en el maltrato infantil.

El trabajo consta de 3 capítulos teóricos:

En el primero de dichos capítulos abordamos lo que es el fenómeno del maltrato infantil en general. Revisamos sus antecedentes en donde hablamos de la existencia del maltrato en todas las culturas, desde que la humanidad existe, su historia a nivel mundial; en los antecedentes también abordamos los primeros intentos por tratar de solucionar el problema, que instituciones intervienen y cuales surgen como alternativas.

Revisamos en este primer capítulo la etiología, es decir, que elementos intervienen comunmente para que el maltrato se presente o cuales son los detonadores, damos cuenta de las características del agresor, del agredido (tanto del que esta siendo golpeado como del que esta en riesgo de serlo), del contexto familiar que

es por lo general, donde interactúan los dos anteriores y del entorno cultural que juega un papel, muchas veces determinante en el fenómeno en general. Las formas, donde se definen los distintos tipos de violencia hacia el menor, así como las maneras de como un niño es golpeado. Las consecuencias que el niño sufre al ser agredido, pueden ser estas emocionales o físicas dejando en ocasiones secuelas como incapacidad, agresividad, baja estima y la muerte.

También se revisa en este capítulo las formas de tratamiento que recibe tanto el niño como su agresor y que aspectos se consideran importantes para el diagnóstico del maltrato y la prevención que se debe realizar para tratar de frenarlo, así como a quién deben dirigirse tales estrategias.

Finalmente, se aborda el papel del equipo multidisciplinario en la rehabilitación; como funciona, que profesionales intervienen, los papeles de cada uno y que instituciones cuentan con dicho equipo en nuestro medio.

En el capítulo 2, presentamos una revisión de las relaciones diádicas, esto es, que características presentan, como se definen, quienes intervienen, y la importancia que estas tienen para el desarrollo normal del niño. Mención aparte merecen el sentido que estas toman, es decir, que condiciones van a facilitar el desarrollo de una relación diádica hacia un sentido positivo (cuando se proporciona al niño los elementos necesarios para su crecimiento en forma adecuada) y cuales van a inclinar a la diada hacia una interacción disfuncional que puede provocar consecuencias como sería abuso o negligencia donde la víctima comúnmente es el menor debido a su condición de indefenso o desvalido.

El capítulo 3 se enfoca a la fundamentación teórica del surgimiento del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), como institución obligada a proteger al menor integralmente.

Se hace mención de los decretos y documentos, que a lo largo de la historia se han expedido con el objetivo de proteger al menor. También revisamos como es el funcionamiento del DIF en cuanto al maltrato infantil; que objetivos cubre, que servicios presta, como se coordina interna y externamente, que procedimientos se sigue a partir de recibida una denuncia hasta dar de alta un caso, etc.

En la parte intermedia de la tesis se elabora una metodología para tratar de averiguar cómo es el funcionamiento de dicho equipo multidisciplinario en la realidad, en el campo de trabajo,



que en esta ocasión fué el DIF municipal de Tlalnepantla.

A partir de entrevistas realizadas a los miembros del equipo, se obtuvieron los elementos para conformar el capítulo de resultados, elaborando un análisis de los mismos y obteniendo las conclusiones pertinentes de acuerdo a nuestro objetivo.

Finalmente se presenta una propuesta de trabajo multidisciplinario para la atención de la diada agresor-agredido (tratando de salvar el riesgo de caer en la utopía) y dando algunas sugerencias para futuras investigaciones. Estas sugerencias son consecuencia de reflexiones surgidas durante la investigación y que en un primer momento no fueron consideradas.

Así pues, empezemos con lo teórico, continuemos con la aplicación y finalizemos con las consecuencias y sugerencias.

## 1.- MALTRATO INFANTIL.

### 1.1 ANTECEDENTES, ETIOLOGIA, FORMAS Y CONSECUENCIAS.

#### "ANTECEDENTES"

El maltrato infantil ha sido una forma de interacción humana muy socorrida en distintas épocas y culturas, ya sean costumbres, ya sean prácticas religiosas, formas de conmemorar festividades, rituales de guerra e incluso formas de educación; dichas prácticas incluyen desde ritos iniciativos hasta sacrificios humanos incluyendo recién nacidos y niños en general. Este maltrato infantil siempre ha estado respaldado por la sociedad, la religión o encubierto en métodos educacionales.

Loredo (1994), nos menciona que éste fenómeno es tan antiguo como la humanidad misma, ya Aristoteles decía que "un hijo es una propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto"; en Esparta, se lanzaba, a los niños desde el monte Taigeto por el simple hecho de que eran infantes con defectos físicos y lo mismo sucedía en la India donde se les destrozaba por idénticas razones; en China, el cuarto hijo era arrojado a los animales salvajes como un método para controlar la natalidad; Martín Lutero mandó ahogar a los niños con retardo mental ya que decían eran instrumentos del diablo; en la revolución industrial los niños ingresan al trabajo sistemático laborando hasta 16 horas o más, adquiriendo el maltrato un matiz de explotación infantil.

En este punto concuerda Fontana (1979), quien dice que los niños eran utilizados como esclavos en la Gran Bretaña, además, menciona cómo la vida de los dioses Saturno u Odín deberían ser "alargadas" mediante el sacrificio de niños, los griegos y romanos mutilaban a los niños deliberadamente para utilizarlos como mendigos. Otras veces, se utilizaba el abandono para los hijos no deseados (s. XVII); en el siglo XIX, el niño era explotado en las minas como esclavo, lo cual continuo durante mucho tiempo. Así, el maltrato tomaba forma de asesinato, descuido, abandono o explotación. Así mismo, nos menciona que en México, se realizaban sacrificios de recién nacidos, niños mayores y adolescentes con el fin de obtener una buena cosecha de maíz, tratando de que su edad fuera análoga al momento de la cosecha.

Parres (1978), también nos habla de maltrato en México en tiempos prehispánicos, detacando que los malos tratos a jóvenes y niños estaban determinados por la cultura. Dice que los grupos mazahuas para castigar al niño desobediente le inclinaban sobre el humo de chiles tostados; si el niño no sabía la lección era castigado hincándolo sobre guijarros con los brazos en cruz y

dejándolo sólo encerrado en un sótano durante la noche; se les colgaba de los cabellos mientras eran castigados o se les hincaba sobre grava con una piedra en la cabeza. Estos castigos eran utilizados en la instrucción básica y eran considerados métodos disciplinarios normales aún y cuando a nosotros nos parezcan crueles, puesto que se trataba de una sociedad netamente guerrera.

Regresando al maltrato amparado en la religión, la autora menciona que para venerar las fiestas y a sus respectivos dioses (Tezcatlipoca y Uixtocihuatl) se acuchillaban con piedras a los jóvenes y niños en pecho, estómago, brazos y muñecas, se castigaba a los niños por travesuras jalándoles de los cabellos, maltratándoles y arrojándoles al lodo. Esta comunidad tenía todo un código para aplicar a determinada acción del niño un castigo: Por ejemplo, al novicio se le castigaba por negligencia o excesos, al mentiroso o ladrón se le quemaba el pelo, a los niños y niñas desobedientes se les daba media tortilla en cada alimento, al cautivo en guerra se le ejecutaba y su mujer e hijos eran castigados, a la niña de 12 años se le obligaba a barrer de noche por desobediente, a los niños rebeldes se les amarraban los pies y se les ponían púas en la espalda, a las niñas rebeldes se les punzaban las manos "solamente" y al niño de 12 años se le amarraba de pies y manos y se le acostaba sobre tierra mojada como castigo.

Como vemos, el aspecto cultural es importante, sin embargo; no justifica el maltrato, por ejemplo, Vizard (1990), hace mención de las prácticas de crianza irracionales como son el infanticidio, golpes a niños y bebés, restricciones, uso sexual, etc., las cuales eran consideradas como normales debido a que no existía el concepto de niñez.

Así pues, desde la antigüedad hasta nuestros días, sin importar el país, la cultura, la época o si se considera al niño como tal, el maltrato siempre ha existido.

Kempe y Kempe (1979), dicen que las prácticas de maltrato persisten gracias a 2 aspectos: 1.- Los niños son considerados propiedad de los padres cayendo bajo su responsabilidad y 2.- los castigos físicos severos son, por un lado, necesarios para la disciplina, y por otro, ayudan a expulsar a los malos espíritus. ¿Qué se ha hecho para intentar cambiar la situación?

Fontana (op. cit.), menciona que para contrarrestar el abandono y el infanticidio en Estados Unidos, en el año de 1869, se abrió una casa hogar, sin embargo, la agresión deliberada hacia el niño no se había resuelto; en los años subsiguientes (1874 y 1875) se crearon sociedades para prevenir la crueldad en

los niños, pero no era suficiente debido a la apatía mostrada por las autoridades gubernamentales. Los padres llevaban a sus hijos "accidentados" con médicos privados o públicos argumentando que se habían caído, quemado, golpeado en un descuido, lo que los médicos creían fácilmente.

Según Kempe y Kempe (op. cit.), es en 1869 cuando se habla por vez primera del Síndrome del niño golpeado por Tardieu, quien se basó en autopsias realizadas en 32 niños golpeados y quemados hasta matarlos, en 1868, Johnson había mostrado la frecuencia de fracturas múltiples en niños, que se atribuyeron a la condición de los huesos, ahora se sabe, eran niños maltratados. En 1946, Caffey, realiza las primeras observaciones con una asociación no explicada entre hematomas subdurales y alteraciones radiológicas en huesos largos, Silverman, concluye que el problema presentado por Caffey era debido a un trauma esquelético no reconocido (Espinosa, Cáceres y Cortés, 1971). En 1961, Kempe organiza el Primer Simposio Interdisciplinario en la reunión anual de la Academia Americana de Pediatría sobre el Síndrome del Niño Golpeado y en 1962 finalmente introduce el término de Síndrome del Niño Golpeado señalando todos los signos y síntomas que se presentan cuando un niño es agredido físicamente, aceptándose a nivel mundial, sirviendo como parámetro general de diagnóstico del maltrato infantil en los hospitales, ya que muchas veces, cuando los padres llevaban al niño al hospital víctimas de abuso, era difícil precisar con exactitud qué había causado la lesión debido a que el niño golpeado por lo general es muy pequeño como para expresar lo que le sucedió. Con el Síndrome del Niño Golpeado (su cuadro clínico), era fácil diagnosticar que las lesiones no eran accidentales.

En México, es a partir de la década de los 70's cuando los profesionales (médicos y abogados) empiezan a interesarse por el tema, se realizan conferencias analizando aspectos jurídicos, médicos, psiquiátricos y de trabajo social (1971), en 1977 se lleva a cabo el Simposio sobre el niño golpeado, en 1979, se realiza en la Ciudad de México el Simposio Internacional sobre el niño maltratado (Osorio y Nieto, 1985). Actualmente en nuestro país, existen instituciones que atienden este fenómeno, tanto gubernamentales como no gubernamentales.

Es necesario detenernos un poco en la definición de lo que se considera maltrato infantil o un niño maltratado.

Kempe (1962, cit. en Osorio y Nieto, op. cit.), define el Síndrome del Niño Maltratado como: "el uso de fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de un padre o de otra

persona responsable del cuidado del menor" p. 12.

Al niño maltratado se le define como: "persona humana que se encuentra en el periodo de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen las lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que por cualquier motivo tenga relación con ella" (Osorio y Nieto, op. cit., p. 12).

Por su parte González, Azaola, Duarte y Lemus (1993), dicen que el maltrato a menores es "todo acto u omisión capaz de producir daños físicos y/o emocionales y que es cometido de una manera intencional contra un menor de edad que, para los términos de nuestra ley, se sitúa en el límite de los 18 años" p. 25.

Cada autor puede tener una definición diferente y ha sido difícil llegar a un acuerdo, por lo que de aquí en adelante, cuando hablemos de maltrato infantil nos referiremos a una agresión dirigida a un menor que:

- sea intencional
- la ejerza cualquier persona responsable del menor
- produzca daños físicos o psicológicos
- sean inmediatos o mediatos
- puede estar o no respaldada socialmente.

Es importante destacar el señalamiento de Fontana (op. cit.), acerca de que no se debe considerar únicamente al niño como golpeado físicamente, sino que el término se ha ampliado al de Niño maltratado, incluyendo no sólo lesiones físicas, sino aspectos de deprivación materna, descuido o de abuso sexual.

Así pues, desde esta perspectiva nos referimos al maltrato infantil o niño maltratado.

### "ETIOLOGIA"

Al nacer el niño, automáticamente queda indefenso y por lo tanto, a disposición de sus semejantes, dependerá para sobrevivir del auxilio, cuidados y protección de los adultos. Dicha dependencia es tanto biológica como cultural, puesto que también queda sujeto a un proceso de socialización (conversión del individuo en un sujeto social), con tal pretexto, el adulto permite, prohíbe, premia o sanciona al niño (González y cols., op. cit.).

Tal vez sea aquí donde tenga su inicio el maltrato, ya que como observamos, el niño, sencillamente está desprotegido y sin

ninguna oportunidad para defenderse, sin embargo, el maltrato se presenta debido a algunos factores que, de hecho, no permanecen aislados sino que se conjugan; los factores los podemos dividir arbitrariamente en: 1.- Factores del agresor, 2.- del niño, 3.- del contexto familiar y 4.- del entorno socio cultural.

#### 1.- AGRESOR:

La mayoría de los agresores presentan angustia indebida acerca de cómo funcionarán como padres, tienen una escasa información acerca de las necesidades de un niño, de su cuidado y protección, educación, desarrollo y socialización. La forma en como perciben los padres a sus hijos es importante, ya que muchos padres no perciben a su hijo de una manera normal, es decir, exigen cosas que el niño no está preparado para responder, por lo que utilizan el castigo físico como modo de corrección. Estos padres tienen baja autoestima, se consideran malos, indignos de ser amados, retraídos, angustiados y agresivos, debido a esto cuando tienen un hijo buscan responder a sus necesidades y lo que deben de dar ellos como padres (cariño, protección, cuidado, etc.) es lo que esperan recibir de los hijos, y/o utilizan a los niños como medios para sentirse satisfecho. Así pues, algunos padres al ver el comportamiento de sus hijos (que consideran como anormal) se sienten defraudados una vez más.

La inestabilidad ocupacional constituye un factor importante en la génesis del maltrato, una escasa remuneración, aceptación de la actividad, producen inseguridad que repercute en el comportamiento general del agresor; cuando la madre es la que maltrata es porque el hogar es enajenante y poco satisfactorio. Si esta inestabilidad ocupacional se presenta cuando el número de hijos es mayor, el maltrato es muy seguro que se presente.

Otro factor es que los padres pueden sentir celos por el otro progenitor, es decir, que la preferencia del hijo hacia el otro cónyuge sea muy clara.

Se considera que la madre es la que más golpea al niño por el hecho de que es la que pasa más tiempo con él, sin embargo, no es tan sencillo como parece. Cuando los madres golpean, están descargando su opresión, su situación de vida actual, el estar siempre humillada, el no tener vida propia como la del hombre y, por supuesto lo descargan con el ser más cercano a ellas. Los recursos con los que cuenta una madre son escasos para enfrentarse a sus hijos. Si el matrimonio, vida y hogar de la madre le satisfacen así como su hijo, la madre estará libre de tensiones, pero si la madre considera que él está para que ella disfrute y/o que el niño esta planteando exigencias excesivas, la madre lo considerará molesto, malo y le castigará para educarlo. Estas madres interpretan un no puede como un no quiere.

También hay madres que están gravemente deprimidas, las cuales únicamente interactúan con su hijo cuando tienen un impulso y no cuando el bebé requiere de su atención. Debido a esto es importante que la madre sea sensible a la individualidad de su hijo y capaz de ajustar sus respuestas y sus demandas a las de éste. Una madre maltratadora no es capaz de hacer esto. Los bebés no tienen necesidades según ellas y son por lo tanto puros berrinches lo que hacen (Palomares, 1981; González y cols. 1993; Loredo, 1994; Kempe y Kempe, 1979 y Foncerrada, 1982).

Muchos padres que descuidan o maltratan a sus hijos son productos de descuido y maltrato, dichos padres se encuentran atrapados en un círculo vicioso de apatía y futilidad en su vida, reviviendo sus experiencias una tras otra con sus propios hijos, debido a esto, es necesario considerarlos como humanos y ofrecerles alternativas (Lieberman, 1987).

## 2.- NIÑO:

El niño que es potencialmente un niño golpeado posee dos características principales, que desgraciadamente salen fuera de su control. La primera es ser niño: por lo común el niño más propenso a ser golpeado es menor de tres años, sean lactantes, infantes o preescolares; y la segunda es: no llenar las expectativas de los padres, ya sea porque no corresponden al sexo, color de piel, tienen alguna malformación, son muy rebeldes y los padres querían un niño pasivo o viceversa o simplemente haber llegado en el momento menos indicado. Como dijimos anteriormente, al niño se le cobra el precio de situaciones en las cuales él es el menos culpable (Foncerrada, op. cit. y Loredo, op. cit.).

Sin embargo, esto es solo un punto de vista, con el que estoy más de acuerdo, ya que hay quienes manejan que el niño es provocador en gran medida de su maltrato.

Kadushin y Martin (1985), plantean que el maltrato físico responde a un hecho interaccional, con particular énfasis en la conducta del niño, partiendo de un concepto de bidireccionalidad en las relaciones padres-hijo, es decir, la mutua influencia ejercida de los padres hacia el hijo y viceversa, se considera al niño un participante activo y no simplemente el "objeto reactivo" de las acciones de los padres, desechando así la perspectiva unidireccional en donde el padre es la causa (activo) y el niño el efecto (pasivo).

Feshback (1970), cit. en Kadushin y Martin, op. cit.), menciona que el maltrato, necesariamente involucra la conducta del niño, esto por el hecho de que los padres no son inmunes al comportamiento de su hijo, ya que muchas veces los padres que

agreden tratan de utilizar palabras suaves antes de recurrir a los golpes.

Finalmente, estos autores apuntan que si bien, la relación del niño con el padre no determina el maltrato, si tiene mucho que ver, puesto que el infante al responder a sus necesidades bio-psico-sociales, desarrolla conductas capaces de originar comportamientos de los padres, que en este caso serían los golpes o la agresión de otro tipo.

De entre las características del niño que contribuyen al maltrato están las siguientes: el que el niño se comporte agresivamente, sea incontrolable, berrinchudo, destructivo y con problemas de conducta en su casa y en la escuela (Correa, Padilla y Martínez, 1985, cit. en Gutiérrez, 1992).

Tratando de hacer un análisis rápido, entonces: el niño es culpable de los malos tratos recibidos porque actúa como no debe actuar, o merece ser maltratado porque no es capaz de entender con "buenos modales", aún y cuando tal vez no esté capacitado para hacerlo, o simplemente por el hecho de tener necesidades que satisfacer.

Barbeyto y García (1994), apoyan esta postura bidireccional y afirman que es un acierto este enfoque, ya que el niño no es una "tábula rasa" en la que se depositan todas las enseñanzas de los padres, pero considero hay que tener cuidado, ya que si bien, el infante determinará respuestas de los padres, son estos de quienes dependerá dichas respuestas, además, se está hablando de un problema el cual se presenta porque los padres están reaccionando frente a su hijo de una manera inadecuada y no porque el hijo exija satisfacer necesidades básicas, exigencias que el padre no considera sean su obligación cumplir.

Parece que me opongo a otorgarle al niño un lugar activo dentro de la dinámica del maltrato infantil, pero no es así, simplemente considero que el niño no suscita en ningún momento reacciones violentas, el niño provoca en su padre agresor las mismas reacciones que cualquier otro con su padre no agresor. Las reacciones son responsabilidad de los padres.

En el capítulo dos se abordará más ampliamente este fenómeno de la interacción padres-hijo al hablar de relaciones diádicas.

### 3.- CONTEXTO FAMILIAR:

Según Loredó (op. cit.), el hecho de que se cuente con una vivienda deplorable (sin servicios indispensables), motiva un ambiente poco atractivo y hostil que favorecerá la agresividad en el medio familiar propiciando desintegración familiar,



alcoholismo y/o drogadicción y malos tratos entre los miembros.

Además del núcleo familiar desintegrado, falta de vivienda o alguna farmacodependencia, Kempe y Kempe (op. cit.), mencionan que los padres en ocasiones tienen dificultad para relacionarse con los demás, existen matrimonios tempranos, entre otras cosas, lo que produce crisis constantes del núcleo familiar y son estos momentos cuando los niños son mayormente golpeados.

Experimentan dificultades para pedir ayuda a los familiares o amigos, ya que piensan que si lo hacen están fallando como padres, experimentan falta de apoyo familiar, aislamiento social, crisis económica o separación de algún pariente muy cercano al agresor. Muchas veces el hijo no es deseado y se le adjudica responsabilidad en su situación, una carga más y el agravamiento de su situación de dependencia teniendo como consecuencia el maltrato. El hecho de que los padres rechazan a sus hijos depende de las razones de cada pareja, pero estas razones justifican una y otra vez el maltrato (Feder, 1978).

#### 4.- ENTORNO CULTURAL:

El maltrato no se limita a las características de los padres, de los niños o de la interacción de ambos dentro de su hogar, depende también de la posición socioeconómica (aunque no es determinante), el lugar de residencia (favoreciendo la agresividad), el acceso a los servicios de salud, el nivel de educación, grupo étnico, entre otros. Es necesario aclarar que si bien el maltrato existe en todos los estratos casi siempre salen a relucir los casos pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, lo que se debe a que las clases altas, acuden a médicos particulares quienes "no sospechan" de la culpabilidad de los padres, además, los familiares o amigos no son capaces de exponer a familias tan honorables (González y cols. op. cit.).

El ambiente agresivo muchas veces es determinante, ya que viviendo en dicha situación, el niño aprenderá a comportarse de manera agresiva, esto, a través de la observación que hace el niño de las personas de su medio (Bandura, 1973, cit. en Goldstein, 1978).

#### "FORMAS"

Como vimos en el apartado anterior, cuando los padres o la situación en la que sucede el maltrato, presentan ciertas características, cualquier cosa que haga el niño por trivial que parezca sirve como pretexto para "educar", "corregir" o "comunicar" al niño. La forma en como se realicen las acciones anteriores cubren un rango amplio dependiendo del agresor, y van desde el simple golpe hasta la agresión sistemáticamente aplicada

para obtener mejores resultados, muchas formas de maltrato pueden aparecer de manera sutil o hasta silenciosas dentro del hogar, la calle o escuela.

Básicamente las formas de maltrato se pueden agrupar en tres categorías (Salas, 1988; cit. en Escudero, 1990 y Stern, 1990).

1.- VIOLENCIA FISICA: Involucra acciones físicamente nocivas para el niño, no accidentales, que dejan lesiones evidentes en el cuerpo del menor como hematomas, luxaciones, fracturas en extremidades o cráneo, daño abdominal o envenenamiento, entre otras.

2.- ABUSO SEXUAL: Implica acoso sexual, además del incesto y violación, con o sin evidencia de lesión física o sexual, por parte de una persona considerablemente mayor.

3.- MALTRATO EMOCIONAL: Es el daño a la personalidad (en vías de desarrollo) del niño, constantemente el niño es aterrorizado, regañado, ridiculizado o rechazado por los adultos. El abandono puede estar considerado dentro de este grupo, sin embargo, Kempe y Kempe (op. cit.), lo encasillan en otra categoría definiéndolo como una falla en la obligación del progenitor en cuanto a velar por su salud, seguridad y bienestar del niño que se traducen en abandono alimenticio, falta de aseo, comunicación deficiente, depresión, apatía y retraso.

Por su parte González y cols. (op. cit.), hacen la siguiente definición:

#### ACTIVA

"Agresiones corporales: Son lesiones evidentes en el menor tales como luxaciones, hematomas, fracturas, etc.

Agresiones psíquicas: Actitudes dirigidas a dañar la integridad emocional del niño. Pueden ser manifestaciones verbales y gestuales que humillan sin dejar evidencia física, pero que generan sentimientos de desvalorización, baja estima o inseguridad personal.

#### PASIVA

Negligencia: Descuido intencional del niño negándole cuidados indispensables para su desarrollo.

Abandono: Desprendimiento total del menor". p. 30-31.

Las lesiones pueden causarse utilizando diversos objetos como pueden ser armas de fuego, arma blanca, palo, macana alguna parte del cuerpo del agresor, automóviles, máquinas, sustancias químicas sean líquidas o gaseosas, lazos, cuerdas y cualquier objeto que el agresor considere adecuado (Osorio y Nieto, op. cit.).

Todos los niños maltratados generalmente tienen también maltrato emocional o psicológico, sin embargo, cuando se da en forma aislada y aún cuando se presenta con otras formas de maltrato, es difícil diagnosticarlo, ya que los niños lo mantienen oculto, o los profesionales debido a sus consecuencias, buscan otras causas.

Desde el punto de vista de salud mental el maltrato emocional es el no lograr satisfacer las necesidades básicas del niño, que son:

Cuidado físico y protección, afecto y aprobación, estímulo y enseñanza, disciplina y control congruentes apropiados a la edad y oportunidad y estímulo para adquirir autonomía en forma gradual.

No es necesario que el niño no signifique nada para los padres, tan solo con que falte el afecto, ya el niño está sufriendo maltrato. Muchas veces el niño busca reacciones en los padres de amor y ternura, encontrando desprecio, golpes, burlas y constantes amenazas, debido a esto entre mayor sea el niño mayor será el daño emocional hecho y como consecuencia, más difícil su rehabilitación (Szur, 1990).

Con todo esto existe un problema, por que durante la identificación del maltrato físico se facilita este, pero cuando se trata de maltrato emocional no se identifica muchas veces al ofensor, agredido, causa y nivel de la lesión.

El lugar en donde se presenta el maltrato va desde: el hogar, cuando ocurre dentro de la familia, muchas de las veces el caso es denunciado por familiares o el médico lo detecta, sin embargo, el maltrato emocional no se advierte; en la clínica o guardería el niño sufre carencia emocional o afectiva que se refleja en su desarrollo y en la escuela (Stern, op. cit.).

Así pues, vemos que el maltrato puede ser desde la violación y el asesinato hasta la más sutil negación de amor, y rara vez se da de manera aislada, ya que comunmente se presentan varias formas de maltrato en un menor.

### "CONSECUENCIAS"

A nivel físico, el niño agredido puede presentar fracturas múltiples de diversos grados de antigüedad, huellas de quemaduras, cara de boxeador, equimosis y hematomas, claro está, sin una explicación satisfactoria. Las fracturas a nivel de cráneo y huesos largos son de diversa antigüedad, mal consolidados y alineados, desprendimientos periósticos, deslizamientos epifisarios, engrosamientos corticales,

fragmentaciones metafisiarias y lesiones que revelan intentos de defensa, por lo común en antebrazos (Foncerrada, op. cit.).

Aparte de las consecuencias anteriores, Gallardo (1988), menciona empequeñecimiento de algún miembro, articulaciones deficitarias, cegueras parciales o totales, falta de piezas dentarias o rompimiento del velo del paladar por impactos en la cara o introducir objetos en la boca bruscamente, ruptura de tabique nasal, deficiencia mental y trastornos del lenguaje.

El maltrato físico afecta de la misma forma al menor como aquel maltrato que se expresa de manera más sutil o simbólica a través de gestos o palabras pero también dejan huellas imborrables en la memoria, la personalidad, etc. Sin embargo, casi siempre se ha mostrado mayor interés por atender secuelas inmediatas visibles y comprobables en el cuerpo que por aquellas cuyos efectos se manifiestan en la personalidad inmediata o mediatamente (González y cols. op. cit.).

De entre las secuelas que se observan en la personalidad del niño maltratado están la depresión, autodenigración, se ve afectada su capacidad de aprendizaje (dedican su energía a protegerse), problemas de comunicación, son agresivos, rechazan a los adultos, presentan aislamiento, son tímidos, se acercan a los adultos (su padre generalmente) con mucho cuidado esperando tal vez el golpe, deteriorada capacidad para el placer, enuresis, perturbaciones del sueño, hipervigilancia, entre otras (Szur, op. cit.).

Estas consecuencias emocionales, no son menos importantes que las físicas, ya que a partir de ellas, es que el niño formará el concepto de sí mismo, de sus padres y de las personas que le rodean en general; además jugarán un papel importante cuando el niño entre en un sistema escolarizado, tanto en el aspecto social al relacionarse con otros individuos como en el educativo al hacer uso de las funciones de aprendizaje; el niño maltratado, por lo tanto, se convertirá en un adulto infuncional e inadaptado en todas las áreas de su vida (López, 1978).

Si siguiendo con el mismo autor, la consecuencia más importante, más trascendental, es que el niño maltratado será un padre maltratador, López nos dice que la caracterología del adulto que fué un niño maltratado deriva en pobreza emocional que no permite querer a otros, obviamente esto la lleva a la imposibilidad de mantener relaciones estables funcionales como podría ser el matrimonio y la familia, esto es, la historia del niño maltratado (lesiones físicas y daño emocional) interfiere en su función de padre reproduciendo los modelos aprendidos con sus propios hijos.

Vemos pues, que tanto la etiología del maltrato, las formas, así como sus consecuencias, son muy variadas, sin embargo, lo más importante tal vez sean las consecuencias, ya que si estas no logran ser atendidas o evitadas, la etiología y todo lo que le sigue tampoco se podrán evitar; porque como vimos anteriormente, el fenómeno del maltrato se puede presentar como un círculo vicioso en donde el último paso, originará invariablemente (a menos de que sea atendido a tiempo) el inicio de otro caso.

La atención en ocasiones llega y en otras no, ya sea por falta de conciencia de la población en general o por ignorancia, pero cuando es posible prestarla es importante atender a todos los involucrados en el fenómeno como son los padres y el hijo. Casi siempre la atención va dirigida a modificar los patrones de vida que la familia manifiesta, esto es, forma de relacionarse entre sí, valores culturales y atención médica y legal.

En el siguiente apartado, nos enfocaremos a los aspectos de tratamiento y prevención que actualmente se llevan a cabo.

## 1.2 TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.

### "TRATAMIENTO"

Todo tratamiento e intervención terapéutica deben servir para proteger al niño que actualmente está siendo golpeado, así como funcionar con el fin de romper la cadena de hijos maltratados=padres maltratadores.

Pero para que se realice el tratamiento, lo primero es tener un caso ya sea que se denuncie o se detecte, después es establecer un diagnóstico y por último, iniciar un tratamiento.

#### DETECCIÓN:

La detección del maltrato puede hacerla desde el médico que atiende las lesiones del niño, hasta la vecina que observa las relaciones familiares, pasando por el medio escolar donde el maestro puede darse cuenta de la forma en cómo se trata al niño en casa; en donde las lesiones no se pueden observar, el comportamiento es buen indicador de la situación del menor (Stern, op. cit.).

Los autores que citare a continuación, concuerdan en señalar la dificultad que se presenta para detectar y diagnosticar el maltrato, debido a que las lesiones pueden confundirse con lesiones accidentales, así como la dificultad para identificar de manera precisa al agresor.

Foncerrada (op. cit.), menciona que cuando existe la sospecha de maltrato lo más importante es que el médico que éste al frente del niño y sus padres observa ciertas cuestiones como:

- Conducta y actitudes de pacientes familiares.
- Qué hacen y qué no hacen.
- Reacción del niño en presencia y ausencia de sus familiares.
- Comportamiento familiar ante el médico.
- El interés por conocer el pronóstico de las lesiones (determina en algunas ocasiones si fué o no accidente).

Las actitudes observables en los menores maltratados son de aspecto descuidado, triste, indiferente o asustadizo, actitud ante la presencia de adultos (González y cols, op. cit.).

#### DIAGNOSTICO: \*

Para poder establecer el diagnóstico del niño maltratado implica ante todo sagacidad y experiencia del médico como guiarse por detalles que delaten al agresor, obtener información por otras fuentes, etc. Resulta importantísimo establecer si las lesiones accidentales o no, ya que de ahí se derivarán consecuencias de tipo legal.

Una actitud importante del médico es que haga sentir al agresor que todo lo que se haga es por su bienestar del niño y no para castigar al agresor, la finalidad es prevenir un daño irreparable en lo futuro.

Entre las lesiones físicas más comunes que presentan los niños golpeados son las siguientes:

1.- Diátesis hemorrágica, 2.- Hipodesarrollo pondoestatural, 3.- Hematoma subdural, 4.- Perforación de vísceras huecas o laceración de vísceras sólidas y 5.- Traumatismos osteoarticulares. Destacan de entre estos aspectos los hallazgos radiológicos, ya que a partir de aquí se puede cimentar un buen diagnóstico (Espínosa y cols., op. cit.).

En cuanto al diagnóstico a nivel psicológico, no existen parámetros utilizados por los profesionales, sin embargo se puede establecer mediante la evaluación del niño en diversas áreas como son: Conducta motora, social, verbal y cognoscitiva.

En la conducta motora se evalúa el control de movimientos, así como diferentes respuestas de creciente complejidad.

En el área social se evalúa la interacción que tiene el niño con otros individuos de su medio.

La evaluación verbal toma en cuenta aspectos como la comunicación del niño con los demás, la forma en como expresa sus

ideas y en cómo juega.

Finalmente, en los aspectos cognoscitivos, se evalúan procesos psicológicos como la memoria, el pensamiento, y la inteligencia entre otros (Tinoco y García, 1986, cit. en Escudero, op. cit.).

#### TRATAMIENTO:

Una vez diagnosticado el maltrato, es imprescindible iniciar un tratamiento reparador para curar sus lesiones físicas y fortalecer su equilibrio emocional, así como también atender a los padres, tomando en cuenta su personalidad y ambiente económico y afectivo. Es necesario una intervención a nivel familiar (Gallardo, op. cit.).

Lo primero que hay que hacer es dar atención médica en caso de ser necesario, así como evaluar inmediatamente el hogar para determinar si puede regresar el niño al mismo. Aparte de reparar los daños físicos del niño, es necesario someterlo a exámenes radiológicos para investigar si hay lesiones anteriores y sus características; en cuanto al tratamiento psicológico del niño, en primera instancia deben realizarse evaluaciones para saber los daños que el niño presenta como ya vimos, cuando existen problemas de lenguaje y a nivel neurológico, se utiliza la ludoterapia para tratar de averiguar el problema, además será importante, la relación que se tenga con el terapeuta. Tratándose de niños en etapas preescolares se espera que la separación del ámbito agresivo y la incorporación temporal o definitiva sea suficiente para reparar el daño psicológico. Lo anterior a mi parecer es una estrategia muy tibia, pues como mencionamos, el niño puede presentar un daño que aún no se manifieste: el convertirse en un padre maltratador (Dominguez, 1993).

En lo referente a la terapia del agresor, se debe estar atento a las actitudes de los padres cuando estos sean los agresores, ya que muchos de ellos no quisieran haber llegado a extremos casi fatales, además, muchos tienen miedo por las consecuencias del daño y legales (Espinosa y cols. op. cit.).

Sin embargo, será necesario lo que la atención sea con metas inmediatas, teniendo en cuenta aspectos del paciente como: situación actual, habilidad para expresar sus sentimientos, capacidad de cambio, disposición para aprovechar el apoyo ofrecido. Una vez teniendo las características del agresor deben elaborarse tratamientos específicos a cada caso y establecer metas personales para el paciente, por ejemplo, una meta sería que los adultos puedan relacionarse de una manera adecuada con otros adultos, sin tener la necesidad de buscar apoyo emocional

con sus hijos; otra sería mejorar la relación de pareja, así como aprender a resolver sus problemas (Dominguez, op. cit.).

Si la investigación rebela que nunca se estableció un vínculo entre madre e hijo, es conveniente que el niño sea separado de su hogar, mientras que se atiende a la madre y a la familia proporcionando ayuda de cómo tratar al niño (desarrollo del niño en diferentes etapas), con tal de mejorar el apego afectivo, así como estrategias para afrontar su frustración. Estas medidas serán el aspecto básico de la rehabilitación de la diada agresor-agredido.

Otro aspecto es dar terapia a nivel conyugal y de grupo, que reúna personas con problemas similares para lograr la autoaceptación y deseos de cambio. En muchos casos, las intervenciones ocurren cuando el daño ya es irreparable tanto a nivel físico como psicológico, no se debe creer que solo los niños que sufren lesiones leves también pueden estar en grave peligro, puesto que las agresiones tienden a repetirse y su gravedad va en aumento, además, el niño puede estar rodeado de condiciones destructivas que pueden dañar más que la agresión física, de aquí que sea de vital importancia la observación de actitudes e interacción entre padres e hijos (Foncerrada, op. cit.).

Para determinar la separación del niño de su ambiente, se debe estar muy alerta, ya que un error puede ser fatal, pues mueren más niños por maltrato de sus padres que por alguna otra enfermedad (Rascovsky, 1981).

Algo importante en la rehabilitación, es que los profesionales no se conviertan en jueces y venzan las sensaciones de rechazo hacia el o los agresores, así como no parecer intransigentes.

En cuanto a la intervención legal en el Código Penal para el D.F. en materia de fuero común y para toda la república en materia de fuero federal, se establecen penas para quien lesiona a otra persona (no necesariamente a un niño), para quien cometa infanticidio y para quien abandone a sus hijos; las condenas van de un mes hasta 40 años de prisión, sin embargo, no sirve de mucho, ya que en los mismos artículos que protegen al niño existen dificultades para poder establecer la culpabilidad del agresor, tal vez sea una dificultad para detectar un caso, ya que por temor a la ley no se denuncian (Osorio y Nieto, op. cit.).

Respecto a este punto, Heredia (1973), dice que se deben estudiar las leyes, sintetizarlas, juntarlas y divulgarlas a toda la población con el fin de que se conozcan, además de implementar



medidas educativas para los padres tendientes a cambiar la actitud que estos tienen de sus hijos para que no se limite el desarrollo del niño.

En México, existen instituciones que brindan ayuda en caso de maltrato; la ayuda es de tipo médico, psiquiátrico, psicológico y legal, sin embargo, muchas no cuentan con ayuda integral, es decir, no consideran todos los aspectos que acabamos de mencionar y mucho menos con un equipo multidisciplinario. Las instituciones son el DIF, CAVI (Centro de atención a la violencia intrafamiliar), COVAC (Asociación mexicana contra la violencia hacia las mujeres), Procuraduría General de la República, PIAV (Programa interdisciplinario de atención a personas violadas) e instituciones de salud como el IMSS, ISSSTE, Instituto Nacional de Perinatología, entre otras, quienes a pesar de dar su mejor esfuerzo no logran frenar el fenómeno del maltrato (González y cols. op. cit. y Domínguez, op. cit.).

Lo último es apoyado por Loredó, Bobadilla, Schuller y Cato, (1987), quienes afirman que no existe atención a largo plazo para la rehabilitación de estos niños y sus agresores, debido a la carencia de equipo multidisciplinario. Para mejorar la atención de los pacientes es necesario que los médicos acepten y respeten la opinión de otros profesionales. El establecimiento de dicho equipo multidisciplinario en hospitales pediátricos es necesario no sólo para la detección, sino también para el tratamiento y prevención, además de dar atención psiquiátrica, psicológica, legal y social al niño, a su agresor y a su familia a largo plazo.

#### "PREVENCIÓN"

La sociedad en general tiene cierta ventaja respecto al maltrato infantil: evitar que se presenten nuevos casos, para lo cual se necesita detectar casos de maltrato infantil.

Kempe y Kempe (op. cit.), proponen un sistema temprano de señales que pueden ayudar a averiguar que padres son futuros golpeadores, este sistema se deriva a partir del primer contacto con el bebé.

Pueden ser sentimientos hacia el embarazo, expectativas del niño que va a nacer, negar el embarazo (no desea aumentar de peso, rehusar hablar de la situación), soledad y miedo por el parto, el niño representa una carga demasiado pesada.

Otro aspecto es responder pasivamente al hijo como no tocarlo, no examinarlo, no tomarlo en brazos o hacerle carinos o tener conductas hacia el otro extremo como hablarle en tono poco

carinoso, dirigirle mirada hostil, hacer observaciones despectivas sobre su aspecto, desencanto por el sexo del niño, evitan mirar directamente al niño, no les gusta cambiar los pañales o lo hacen con brusquedad, molestias por el llanto del hijo, celos de ocupar tanto tiempo con el otro progenitor.

Todo lo anterior es preciso que lo haga (observe) gente con las condiciones ideales para hacerlo y son los médicos y enfermeras, así como comadronas en partos domiciliarios. La información que se obtenga de estas observaciones, servirá como predictora de malos tratos a los niños.

Por su parte Gutiérrez (op. cit.), propone como medidas preventivas las siguientes:

1.- Implementar programas en hospitales destinados a detectar potenciales padres golpeadores. Esto con entrevistas antes y después del parto, así como a través de observaciones directas en casa.

2.- Una vez detectados los padres, deben visitarse frecuentemente en su domicilio por parte de trabajadores sociales y pediatras, a la vez que los padres recibirán terapia psicológica con el fin de que tengan información completa y adecuada del desarrollo normal del bebé y aprender las actitudes de crianza más adecuadas.

3.- A la vez que la terapia se termine, los trabajadores sociales deberán espaciar el tiempo de visitas, pero no suspenderlas hasta que el bebé cumpla 3 años, por lo menos.

4.- En cuanto a las instituciones de salud, deben tener más cuidado para poder detectar casas donde el maltrato ya está presente y formar grupos multidisciplinarios para atender dichos casos (dando atención al agresor y al agredido).

5.- Para los casos de maltrato que se presentan en niveles socioeconómicos altos y no se atienden, recomienda sensibilizar al personal involucrado que atiende esa población para que canalizen y denuncien los casos detectados.

Como siempre existen objeciones a este tipo de propuestas, por lo general es el aspecto económico el que permite que se cristalicen proyectos muy humanitarios, sin embargo, como dice la autora si existen deseos de cambiar, el esfuerzo podría realizarse.

Domínguez (op. cit.), aparte de coincidir con las anteriores propuestas de intervención, menciona que además es necesario que quien participe tenga los conocimientos básicos acerca de cómo abordar los casos de maltrato, así como de conocimientos legales,

con el fin de ayudar, no castigar al niño y su agresor y por otro lado fomentar la educación social, campañas de concientización, pláticas, conferencias dirigidas a la comunidad para terminar con actitudes pasivas ante el maltrato.

Básicamente la prevención debe estar destinada a jóvenes en vías de formar una familia o en padres jóvenes, ya que para muchos esta alternativa no es lo ideal, por eso es tarea de los investigadores identificar a esos padres vulnerables para prevenir episodios graves. Esta vocación paternal puede evaluarse antes del matrimonio o del nacimiento, de manera que se advierta la predisposición a maltratar a sus hijos o niños en general (Gallardo, op. cit.).

Foncerrada (op. cit.), menciona que estos padres pueden ser identificados por sus antecedentes, circunstancias existenciales y la conducta manifestada durante la época del embarazo o antes del matrimonio. También sirven como indicadores el que haya faltado contacto físico temprano, falta de apoyo o ayuda para la madre, conflictos conyugales, estrechez económica y enfermedad; dichas circunstancias si no son detectadas a tiempo y atendidas correctamente se transforman en un riesgo de maltrato muy elevado.

En el peor de los casos si el niño ya ha sido golpeado, la prevención debe ir encaminada a proteger al niño de mayor daño físico y emocional (Stern, op. cit.).

Antes de iniciar el apartado, decíamos que son muchas las razones para que el maltrato se presente, y muy variada su fenomenología, en este apartado hemos visto algunas alternativas de solución que pueden servir si se emplean correctamente ya tiempo; ahora, en el apartado siguiente nos enfocaremos a la labor profesional con tal de mejorar la atención y obtener mejores resultados.

### 1.3 EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA REHABILITACION DE LA DIADA AGRESOR-AGREDIDO.

Para la atención y solución del maltrato infantil es necesario una tarea preventiva en los 3 niveles (tanto en aspectos educativos como de tratamiento), sin embargo, es importantísimo romper las cadenas generacionales de niños maltratados-padres maltratadores por lo que es necesaria la intervención de distintos profesionales combinados en un muy buen equipo multidisciplinario.

Jones y Pickett (1990), describen una forma de trabajo multidisciplinario en E.u. en donde lo más importante es la

comunicación entre los diversos profesionales que participen involucrando tanto profesionales como otras personas por lo que es muy común que se presenten problemas al tratar de diferenciar los papeles a pesar de que todos comparten un objetivo: el resolver el maltrato infantil, sin embargo, cada uno utiliza sus propios métodos y procesos para lograrlo como pueden ser los criterios que se emplean para determinar el maltrato, el lenguaje de cada profesional, etc. ocasionando individualización dentro del grupo multidisciplinario y poniendo en peligro el caso.

Estos autores dicen que es necesario contar con procedimientos específicos de que hacer ante un caso de maltrato (denuncia), pues aunque a veces estos son adecuados la ausencia de dichos procedimientos es aún peor. Por ejemplo, para sistematizar las visitas a una familia por parte del equipo es importante un procedimiento, esto es, evitar intervención excesiva por parte de los profesionales que pueda ser contra productiva para la familia. Estos procedimientos debenser útiles y trascendentes, prácticos y congruentes con los organismos y aceptables para los profesionales individuales, detallados y claros para que siempre estén presentes. Deben estar orientados a identificar a quién consultar, quién debe investigar las sospechas, qué pasos se van a seguir en las investigaciones, quienes deben estar presentes en la evaluación del caso y detalles del registro central. Obviamente, estan destinados a los profesionales y a sus organismos pero como equipo que son y no individualmente.

Parte importante de este procedimiento es la presentación de casos, la cual se realiza en todo incidente que intervenga la sospecha de lesiones no accidentales en un niño. De esta forma, la acción unilateral se minimizará, y todos aquellos que puedan ofrecer información acerca del niño y su familia, que tengan responsabilidad legal de la seguridad del menor o que sean responsables en el suministro de servicios, serán convocados.

Así pues la presentación de casos facilitará la comunicación, deslindará y asignará responsabilidades, tomarán decisiones, etc. La presentación se inicia con una introducción para informar a los presentes de que se tratará. Se registra la asistencia, se indica cómo se va a organizar la discusión, se identifica a los miembros de la familia por su nombre, parentesco y edad. Después se inicia la discusión acerca de porqué se convocó a la misma. La exposición se hará en orden cronológico (historia de la familia) y la fase final corresponde a la evaluación/determinación, concluyendo con recomendaciones concretas y la aceptación individual de la responsabilidad para acciones futuras. Cada organismo o profesional tiene el deber de llegar por sí mismo a una conclusión respecto a los asuntos pertinentes de su área de

responsabilidad. Esto no debe tomarse como excusa, de que una decisión no se haya tomado porque la junta haya opinado lo contrario.

Cuando se necesita dar el fallo final respecto al niño por parte de un equipo multidisciplinario, existen también diferencias, puesto que la decisión final estará basada en el conocimiento o carisma que tenga algún miembro de dicho equipo así como de sus habilidades, esto involucra las relaciones del poder, pues mientras que una persona puede tener más conocimiento del caso no siempre podrá dar su opinión, si por ejemplo el juez determina que la decisión la dé el médico, no importará todo el trabajo de los otros profesionales. Obviamente esto acarreará problemas entre los profesionales e incluso entre las instituciones.

Lo anterior nos lleva a contemplar otro aspecto: el trabajo de grupo. Cuando existe un grupo trabajando constantemente, no existe demasiado problema pues han logrado establecer un código de trabajo, en cambio el equipo multidisciplinario, en ocasiones nunca antes han trabajado en grupo, por lo que es necesario que alcancen de una manera muy rápida cohesión y confianza, de no ser así, las decisiones serán tomadas en momentos de crisis.

Por último, todos los miembros, pueden presentar reacciones, incluso sin darse cuenta ante un caso de maltrato infantil, por esto se dice que el trabajo multidisciplinario dependerá de los individuos involucrados. Ante un caso de maltrato específico, los miembros pueden experimentar diversas reacciones como ira hacia el agresor y piedad para el agredido, cosa que es normal, sin embargo el individuo debe estar muy atento ante esa situación.

Es necesario presentar atención al menor, su familia y sus circunstancias, pero también al sistema profesional, su funcionamiento y sus problemas. Todo el trabajo del equipo carecerá de importancia a menos que haya una comprensión común de que el propósito de la actividad es promover el bienestar y la seguridad de los niños.

Respecto al manejo institucional en nuestro país, Domínguez (op. cit.), nos dice que a principios del siglo XX se constituye la Asociación de Protección a la Infancia (1929), en 1937 se establece la Secretaría de Asistencia Pública, la cual da origen en 1943 a la actual Secretaría de Salud, cuyo objetivo principal era cuidar a la niñez, el 31 de enero de 1961 se crea por decreto presidencial un organismo público llamado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) con el propósito de contribuir a resolver problemas originados por el abandono y explotación a menores, el 24 de octubre de 1974 se reestructura la organización

del Instituto de Protección a la Infancia (IMPI) procurando el desarrollo integral de la niñez, en 1977 se crea el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en mayo de 1979 con motivo del Año Internacional del Niño se destaca la existencia del maltrato y abandono a menores, lo que da origen a diferentes asociaciones tanto privadas como públicas para la protección de menores y de aquí surge el Centro de Prevención del Maltrato a la Niñez (PREMAN) inaugurada a principios de 1980 que en 1982 pasa a formar parte del DIF.

Avila (1982), se refiere al inicio de este grupo de trabajo destacando como meta fundamental "lograr cambiar la mentalidad de quienes ven en la agresión intencionada hacia los menores una manera natural de ejercer o establecer disciplinas o demostrar su jerarquía de adulto. La tarea deberá ser educativa más que nada" p. 117.

Actualmente, el DIF-PREMAN funciona prestando servicios jurídicos y sociales, así como de investigación en casos de maltrato infantil, tanto a la familia como al menor (Osorio y Nieto, op. cit.).

De esta manera, en este capítulo nos hemos dado cuenta como desde tiempos inmemoriales existe el maltrato teniendo justificantes muy variados. La causa de la agresión hacia un menor es muy variada y va desde un padre con nula información acerca del trato y educación del niño hasta las características de éste o del ambiente donde vive. Desgraciadamente apesar de existir tratamientos y formas de prevención, el problema continua y va en aumento.

En el capítulo se destaca como importante la peor consecuencia que puede existir en este fenómeno: el que un niño sea un padre golpeador en lo futuro y las consecuencias que se le ocasionan a un niño golpeado para toda su vida. Y se nota finalmente que mientras el fenómeno exista, existirán dos partes interactuantes: El agresor y el agredido. Ambos requieren atención, lo cual abordaremos en el siguiente capítulo.

## 2.- RELACIONES DIADICAS.

### 2.1 CARACTERISTICAS.

Es un hecho que para que el niño alcance un desarrollo psicológico y físico óptimo, es necesaria la presencia de alguien que lo provea de lo necesario para alcanzar tal situación. Por lo general, los niños al nacer, el primer contacto que establecen es con los padres, como nos dice Torres (1993), estos al entrar en interacción con los niños van dando paso a relaciones que los van conformando como personas, sin embargo la mayoría de estudios se enfocan a la relación del niño con la madre, tal vez porque esta es la que pasa la mayor parte del tiempo con él y ambos estarán en mejores oportunidades de interactuar y recibir mayor estimulación.

A este respecto también Pineda (1987), dice que el desarrollo de las diferentes funciones psicológicas del niño son producto de las interacciones que este tiene con los adultos que le rodean y que a esto se debe el que niños de la misma edad muestren diferentes niveles de desarrollo, por ejemplo en el lenguaje. Para saber como influye la figura adulta en el desarrollo infantil, el autor define a la diada adulto-niño dentro de una interacción como unidad de observación fundamental y evita caer en el error de observar a uno de los dos aisladamente.

Por lo tanto para que exista la diada vemos que debe existir una interacción que queda descrita como una reciprocidad en que la diada madre-hijo se afectan mutuamente con sus acciones (Wasserman, Shilansky y Hahn; 1986, cit. en Torres; op. cit.). La interacción diádica queda definida como una dependencia entre la actividad del adulto y la del niño dentro de contextos específicos, esto es, es importante "la actividad del adulto para el desarrollo del niño y la actividad del niño para con la conducta del adulto dentro de un contexto específico" p. 8 (Pineda op. cit.).

Bronfenbrenner (1987), por su parte menciona que una relación se establece "cuando una persona en un entorno presta atención a las actividades de la otra, o participa en ellas" p. 77. Cuando esto se da de manera recíproca, es decir, que ambos prestan atención a lo que hace la otra persona se cumple la función mínima y definitoria para la existencia de una diada.

La diada puede tomar 3 formas funcionales:

1.- Diada de observación: Es cuando un miembro presta atención de una manera estrecha y duradera en las actividades del otro dándose el aprendizaje por observación.

2.- Diada de actividad conjunta: Los dos participantes se perciben a si mismos como haciendo algo juntos, aunque no necesariamente lo mismo, pero pueden ser actividades complementarias.

3.- Diada primaria: Es aquella que existe para ambos participantes, incluso cuando no esten juntos. Cada uno aparece en los pensamientos del otro, y son objeto de fuertes sentimientos emotivos influyéndose aún y cuando estén alejados.

Estas diadas son independientes pero no excluyentes, es decir, pueden ocurrir simultáneamente. Además poseen algunas características como son:

-La reciprocidad, la conducta de A influye en B y viceversa, por ejemplo, para un niño pequeño coordinar sus actividades con las de otra persona le promueve adquisición de habilidades interactivas y da pauta para que la otra persona continúe la interacción.

-El equilibrio de poderes, es posible que uno de los participantes tenga más influencia que otro, así el que domina más, es el que tiene el poder; aunque también se puede dar el caso en que el dominio se deba a quien esta más desarrollado y la otra persona que necesita aprender es la que va adquiriendo el poder. En este punto concuerda Torres (op. cit.), al decir que un participante en un intercambio social continuamente va cambiando su conducta en función de los otros y estos otros también modifican su propia conducta dependiendo de la situación.

- Relación afectiva, Cuando se esta en una interacción diádica, es probable que desarrollen sentimientos más fuertes, el uno hacia el otro.

Todas estas diadas se dan en un contexto interactivo y de desarrollo, presentandose en ellas mismas un desarrollo avanzando de una diada de observación a una primaria y fomentando el desarrollo de las personas que participan en ellas. A continuación veremos en que condiciones se desarrollan estas diadas.

Quizá uno de los aspectos más esenciales sea el contexto en el que se presentan las interacciones. Algunos autores han dividido el ambiente en físico y social. El primero está determinado por la presencia o ausencia de objetos en términos de su variedad (objetos diferentes física y funcionalmente), de su reactividad (que tanto producen imágenes y sonidos) y por su complejidad (propiedades físicas diferentes). Por otra parte el ambiente social es aquel que esta determinado por personas a las



que el niño tiene acceso y aquellas que son mediadoras del niño con otro ambiente físico y social. Influye la disposición de la persona a responder al niño y quienes interactúan con él, así como las diferencias entre ellos (Torres, op. cit.).

Por su parte Ortega (1994), le da más peso al contexto social y dice que cuando se habla de tal contexto, se está hablando del ambiente que rodea al niño (aspectos interpersonales, de comunicación y culturales). Empieza en casa, al nacer el niño en cierta familia (padre, madre, abuelos, padres ausentes, etc.). Dicho contexto se extiende más allá de la familia, a la sociedad y la cultura en general. El contexto social influye en el niño y este a su vez influye en el contexto acentuándose más cuando se considera a la familia como el contexto más cercano al niño, esto viene a concordar con lo señalado al principio respecto a la importancia del adulto para un desarrollo ideal.

Dentro del ambiente social también podemos considerar tanto la escolaridad de los padres, tamaño familiar, prácticas de enseñanza, disciplina, creencias y actitudes paternas, número de hijos, nivel instruccional, nutrición, ingresos familiares, ocupación, entre otros que indudablemente afectan la interacción dando como resultado un desarrollo normal o desviado.

Así pues, el ambiente social y material adquiere mucha importancia, puesto que brinda los estímulos y experiencias determinantes en el desarrollo que el niño vaya a presentar. Pero como vimos antes, parte del ambiente son las personas y sus características, por lo que conviene hablar un poco de ello, ya que esto puede afectar a la diada en su relación o desarrollo.

En lo que respecta al infante, podemos mencionar el nivel nutricional como una característica personal que puede afectar el comportamiento; el niño se puede ver afectado en su actividad social, su capacidad para resolver problemas, etc. Los niños mal alimentados duermen más tiempo, son menos activos por lo que reciben menos cantidad de estimulación; además, al reducir sus funciones fisiológicas y sociales, la madre presta cuidados en forma reducida y simple. Sin embargo, se puede recuperar el retraso que se presete antes de los dos años, al grado de que no se distingan niños mal alimentados de los bien alimentados (Chávez, 1977).

Un segundo aspecto es el que menciona Ross y Davis (1977), respecto a la iniciativa del niño con algún adulto extraño, a establecer contacto social. Estos autores encuentran que el niño tiende a responder positivamente ante los adultos aún en situaciones extrañas, esto facilitaría el contacto social del niño con cualquier persona sea o no conocida por él, lo que le

ayudaría a iniciar relaciones afectivas incluso con niños de su misma edad.

Finalmente en el aspecto materno, son muchos factores los que pueden afectar la relación con el niño como puede ser el que tengan problemas con sus esposos, estén deprimidas o no sean sensibles a las demandas de sus hijos, provocando alteraciones en el apego que desarrolla el niño con sus madres (Stevenson-Hind y Shouldice, 1995).

Estos son solo algunos ejemplos que nos muestran la complejidad que existe en una relación diádica, ya que si bien afecta el contexto, también influyen las características personales de los miembros de la diada y la combinación de esto determinará si toman un sentido positivo o negativo como veremos en el siguiente apartado.

## 2.2 TIPOS.

Las relaciones diádicas pueden presentarse como positivas cuando fomentan el desarrollo del niño y establecen una vinculación adecuada entre él y la madre; y como negativas cuando no fomentan el desarrollo y no establecen una adecuada vinculación entre niño y madre. En estas dos situaciones aparece una figura importante que es la del adulto y en especial la figura materna.

A continuación hablaremos de como se puede crear una relación positiva .

Diversos autores explican de manera diferente la relación madre-hijo destacando diversos aspectos de la diada para el desarrollo o la vinculación. De acuerdo con González (1980), el niño al nacer es un ser indefenso el cual va a necesitar necesariamente de los adultos para poder subsistir, lo cual lo vuelve un ser social que se va a vincular fuertemente a la de los adultos, por lo tanto, la actitud del niño ante el mundo depende de las relaciones que tenga con estos.

Así pues, en el aspecto social Stern (1987), dice que el lactante empieza a conocer el mundo a través de su madre, su voz, su cara, su cuerpo, etc. esto da al niño la primera experiencia en comunicación e interacción humanas.

Schaffer (1985), nos dice que la relación madre-hijo se da de manera que exista comunicación, comenta que debe existir un mismo código de señales, esto lo podemos ver cuando los niños sienten alguna necesidad y lloran "comunicándolo", utilizando así un lenguaje no verbal, una vez que el niño aprende a hablar utiliza

el lenguaje verbal. Menciona también que la interacción se da de una manera sincronizada, en donde predomina el patrón en que la madre da estímulos y el niño responde a ellos, necesarios para su desarrollo integral. Pero también existen otras técnicas que la madre utiliza como son el que el niño sea ayudado por la madre en alguna actividad sin que ella participe, la madre da ciertas señales al niño y espera la respuesta, se adapta al niño y no se comporta con este de igual forma que lo haría con un adulto y la madre finalmente restringe el comportamiento infantil.

Kaye (1986), nos habla de la relación madre-hijo como un sistema social en el cual existe una bidireccionalidad, es decir, hay participación de ambos siendo muy importante en los primeros meses de vida para que se dé un desarrollo tanto del niño como de la diada en conjunto; esto se ve claramente cuando el niño va creciendo y adquiriendo conocimiento. Por ejemplo, la madre alimenta al bebé, el niño reacciona y la madre lo mece, de acuerdo a la estrecha relación que se da en los primeros meses de vida se establece un sistema social entre madre y niño.

Bijou (1980), comenta la importancia del contacto físico entre madre-hijo, tal como las caricias, la búsqueda de la madre, la observación, la comunicación, etc. Esto cuando lo alimenta, cuando lo rescata de alguna situación aversiva como puede ser que el niño se llegue a golpear, etc. Afirma también que las habilidades del lactante para manipular el medio ambiente se desarrollan gradualmente y son reforzados por las acciones de la madre como bañarlo, vestirlo y alimentarlo. Estas actividades establecen las bases sociales en el desarrollo posterior del niño.

Lo anterior además de fomentar el desarrollo puede determinar algo importante como es el apego madre-hijo y que determinará parte de las características del niño en el futuro en cuanto a sus relaciones sociales se refiere.

Ribble (1968, cit. en González, op. cit.), menciona que la relación maternal con el hijo viene a reemplazar la conexión física que existía antes del nacimiento. El cuidado maternal incluye que la madre demuestre a sus hijos constantemente que los quiere estimulando su desarrollo. Esta necesidad afectiva es tan definida como la necesidad de alimento y si no se satisface se le esta sofocando su vida emocional y social. La dependencia profunda en los primeros meses de vida es una condición biológica, y el primer apego emocional fomenta la seguridad e independencia del niño.

Como vemos, nos habla de la relación como fundamental para fomentar el apego entre madre e hijo, al igual que él, muchos

autores consideran el apego fundamental en los primeros años de vida.

De acuerdo con Duyckaerts (1979), es a través de personajes determinados que el medio general obra sobre un niño. Define el apego como: "La vinculación o dependencia de los niños respecto de sus padres" p. 176.

Pero el cómo surge este apego, ha provocado que cada escuela dé su propia explicación. Los conductistas dicen que la asociación al objeto de vinculación se da con la satisfacción de necesidades primarias. Los etólogos dicen que la vinculación es innata. Los piagetanos dicen que supone la construcción de un objeto interno, según el modelo externo. Las discusiones siguen, sin embargo, si ponemos más atención en el medio y las acciones de éste para el niño podemos ver que todas las teorías nos aportan algún elemento de cómo es que una persona del medio exterior voluntariamente o no puede ejercer acción sobre el niño para vincularse a él.

Así pues, es la madre la que se encuentra alimentando al bebé, cambiando el pañal, es el blanco de exploraciones perceptivas y manuales, etc.

La intensidad del vínculo que se establezca con el niño depende de algunas diferencias como son condiciones psicológicas de las personas, condiciones económicas, disponibilidad, educación y otras características personales. De esta manera si la madre únicamente le brinda los cuidados maternos necesarios en los primeros meses, la vinculación respecto a la madre será como una persona que de satisfacción y alivio y no como una persona que dé oportunidades para que en torno a ella se organicen todas las actividades del bebé. Todo lo que haga la madre o deje de hacer influirá en el grado de vinculación con el bebé y el desarrollo de este último.

Como ejemplo de algunas de estas diferencias que menciona el autor, esta la conformación de la familia. McGuillcudy (1987), reporta las diferencias entre madre e hijo de acuerdo a la constelación familiar; nos dice que cuando un hijo es único, en la relación hay menos impulsividad, instrucción y autorregulación que cuando tiene más hermanos, ya sea espaciados o compactos. De acuerdo a esto consideramos que el desarrollo social no se afecta si al niño no le dan la misma atención que a sus hermanos, depende del contexto social en el que esté, es decir, la sociedad, la cultura de los familiares y de los padres. De esta manera se espera que el nivel de educación de los padres determine las estrategias que utilizan para enseñar a sus hijos. Además la forma de educar se verá afectada si la madre vive con

otros familiares, pues el niño tendrá otras personas aparte de su madre que le enseñarán sus propios valores.

Este mismo autor considera que el estatus socioeconómico marca también una pauta, ya que los padres de clase media tienden a ser más retroalimentadores pero son menos instructivos, además conocen el desarrollo del niño y creen que sus estrategias de enseñanza son confiables, esto en comparación con la clase trabajadora. Así hay una correlación entre el nivel socioeconómico y la constelación familiar y marcan como deben ser las estrategias de la madre para interactuar con el niño.

Ahora bien, al referirnos al caso en donde las relaciones diádicas toman un sentido negativo podemos ver que condiciones las llevan a tomar esta dirección.

Podemos empezar mostrando esto con un estudio de Lézine (1979), acerca de la relación madre-hijo. Encuentra que el afecto de las madres por sus hijos no se expresa inmediatamente después del nacimiento y se construye mas o menos rápidamente excepto en los casos en que las madres habían fantaseado mucho con el deseo de tener un hijo y es hasta el tercer o cuarto día cuando la madre empieza a rozar, acariciar o abrazar al bebé. De esta manera el establecimiento de la relación es raramente inmediato e implica a veces una reestructuración profunda, debido a una gran variedad de reacciones del niño. Llegan a manifestar las madres algunos sentimientos de impotencia e inseguridad ante ciertas reacciones del bebé, por lo general cuando son lágrimas, gritos, etc. Esa seguridad regresa cuando logran captar una sonrisa del bebé como indicador de la relación entre ambos.

La relación entre la madre y el hijo es diferente cuando este último es prematuro, debido a que muchas madres comienzan a organizarse acerca de su papel de madre a partir del sexto o séptimo mes. En ocasiones se priva de la presencia del hijo durante semanas e incluso meses, lo que ocasiona que la madre del niño prematuro no pueda construir una verdadera relación dada la falta de señales y reciprocidad de parte del niño.

Respecto a esto Sosa (1978, cit. en Foncerrada, Castaño, Cordova y Jurado, 1987), concuerda y dice de entre todos los factores que influyen en el establecimiento del vínculo afectivo el más importante es que quizá no haya contacto físico madre-hijo en el post-parto inmediato.

Spiker, Ferguson y Brooks-Gunn (1993), mencionan que un programa efectivo con niños prematuros puede tener efectos positivos en la conducta interactiva de la diada madre-hijo, dándole mucho peso a la sincronía interpersonal, por esto creen

importante establecer programas donde madre-hijo pasen tiempo interactuando con un modelado efectivo de como deben hacerle tanto a la madre como al hijo; a la madre se le debe enseñar a identificar la forma en cómo debe estructurar la relación con su hijo y a este se le debe enseñar a involucrarse en intercambios sociales con su madre.

Si se separa a la madre y al niño ya sea en el post-parto inmediato o después también influirá, ya que es la madre quien brinda una cantidad grande de estímulos como cuando lo tranquiliza o lo alimenta al llorar; además es claro que en una situación de institucionalización esto no se da o es deficiente. Un niño privado de una figura materna carecerá de estímulos afectivos y sociales, además de que no existirá alguien que le hable con frecuencia y que responda a sus actos, por lo tanto sufrirá de privación ambiental trayendo consecuencias cognitivas sociales y afectivas (Bralic y Lira, 1978).

Aquí es importante establecer hasta donde es causa de desarrollo anómalo la separación y hasta donde otras variables.

Bralic y Lira (ibidem), delimitan el concepto de privación materna en tres situaciones:

1.- **DISTORSIONES DE LA ACTIVIDAD MATERNA:** Se da cuando la madre está presente físicamente, sin embargo, se mantiene con el niño una relación anormal y patológica debido al trabajo, alteraciones psiquiátricas, lo que ocasiona que un niño en su propio hogar y con su propia madre puede estar sometido a privación materna.

2.- **SEPARACION MATERNA:** El niño vive con su madre, pero luego es separado de ella y colocado en un hogar sustituto, lo que ocasiona que la figura materna inicial desaparezca y sea sustituida y en ocasiones no implica privación materna puesto que la figura sigue existiendo.

3.- **MATERNIDAD MULTIPLE:** El niño es atendido por varias figuras maternas "simultaneas" por lo que la crianza del niño es compartida por diversas personas debido al trabajo, organización familiar, social, etc., sin embargo este aspecto tampoco implica la privación ya que existe estabilidad se podrá mantener una relación afectiva. Pero, cuando la atención no es simultánea, entonces podríamos hablar de sucesivas separaciones maternas.

Escudero (1990), nos menciona además que si el niño fue producto de un embarazo no deseado, que comenzó en un momento no oportuno, que requirió intensos cuidados de hospitalización o en el momento del parto fue muy complicado, la actitud que tenga la madre frente al niño va a ser muy diferente a la actitud que tiene una madre cuyo embarazo no fue problemático.

La primera madre puede resentirse contra el niño que le ocasionó tantos problemas. Con el paso de los días la madre exagera los defectos del bebé y su mal comportamiento y minimiza su inteligencia, incluso puede llegar a ponerlo en manos de una niñera para que se encargue de su cuidado y en casos más extremos llega a presentarse crueldad (Illingworth, 1982, cit. en Escudero ibidem).

La insensibilidad materna puede afectar la relación, ya que la madre en ningún momento tomará en cuenta los deseos del niño para iniciar sus interacciones, la madre se basa en sus propios deseos, estados de humor y actividades (Schaffer, op. cit.).

Puesto que se considera que la seguridad es importante para el desarrollo, la ausencia de sensibilidad en la madre ha de considerarse patológica, ya que los cuidados impartidos al niño por una madre deprimida, fatigada o compulsivamente preocupada por otras actividades serán dentro de un ambiente de indiferencia y propiciarán inseguridad en el niño.

Murray (1992), dice que cuando una madre está deprimida en los momentos seguidos al parto afectará el desarrollo infantil (funciones cognitivas o apego del infante a la madre). Los niños son más inseguros cuando la madre sufre depresión desde antes del nacimiento, además de acentuar otro tipo de variables como clase social baja, sexo del niño o discordia marital.

Incluso cuando el niño no es prematuro, pero si la madre presenta depresión puede ocasionar problemas en el niño. Estas madres pueden tener hostilidad maternal, irritabilidad, letargo, tristeza, baja autoestima, lo que puede ocasionar es que el niño desarrolle mala conducta, y si ya existía, que se siga presentando (Cohen y Bromet, 1992 y Dyer, Dodge y Valente, 1995).

Otra característica de la madre es la que menciona Lozano (1988), quien dice que madres abandonadas, sin preparación, sintiéndose con todo lo que les pasa niñas solas e impotentes y su coraje lo desfogan con quienes son nuevamente víctimas fáciles para su agresión y que además sienten que los niños son los culpables en gran parte de todo aquel mundo agresivo que le rodea. Y si a todo esto le agregamos un hijo enfermizo, llorón, con características físicas no alagadoras a la vista de la madre y sobre todo un hijo no deseado, se logra obtener un cuadro muy dramático, un cuadro lleno de golpes.

O'Leary y Harvey (1995), mencionan que la conducta negativa del niño como llorar o irritaciones constantes, tienen un impacto adverso sobre los padres, particularmente cuando se trata de situaciones disciplinarias. En su estudio encontraron que cuando

las madres son expuestas a las conductas negativas del niño, estas presentan reacciones exageradas o una total indiferencia, es decir, dos formas de interacción totalmente disfuncionales que pueden producir mala conducta en el niño y crear un ciclo en el que a cada episodio futuro de mala conducta del niño, se utiliza alguna estrategia disfuncional: o regañarlo severamente o de ignorarlo completamente.

Vemos entonces que no es el niño el que por sí sólo puede ser la causa de maltrato, sino más bien se conjugan las condiciones de la madre (desfavorables de por sí) con las características del bebé que por algún motivo presenta condiciones no esperadas propiciando una relación patológica entre la que se puede encontrar el maltrato.

Por último, es necesario mencionar que se trata de un problema multifactorial, por ende no se puede excluir una variable de otra, no se puede pensar solamente en datos referentes al agresor sin considerar las variables económicas o socioculturales, o las características del menor que deje fuera alguna de las anteriores.

### 2.3 PORQUE BUSCAR LA REHABILITACION DE LA DIADA.

El haber hablado ya de las características de las diadas y el sentido que toman estas, nos da pie para tocar el tema de porqué se requiere la atención tanto para la madre como para el niño, en otras palabras, hablaremos acerca de las razones que existen para tener que rehabilitar a la diada agresor-agredido. Para esto, se requiere un trabajo de reflexión apoyado en parte por lo expuesto en líneas anteriores.

Así pues, hemos visto que el niño y su madre o padre interactúan desde el nacimiento del infante conformando una diada, la cual se dá en un contexto específico que es el hogar influyendo para el desarrollo de la diada, además también participan las características de los miembros. Y es precisamente aquí donde toma la diada un sentido positivo y ser funcional o volverse patológica como en el caso del maltrato infantil.

De las razones por las que se debe buscar rehabilitar a la diada están las siguientes:

Hemos visto que existen padres que consideran a sus hijos como personas que están en contra de ellos. De acuerdo con Solnit (1984), existen padres incapaces para responder afectiva y competentemente a sus hijos saludables, colocándolo en una situación de riesgo que puede desviar su patrón de desarrollo. Así pues, si entendemos que mucho del aprendizaje que el niño



adquiere se da a través de la guía de su padre, la socialización y la buena relación de la diada adquieren mucha importancia. De esta manera la conducta común en un niño puede ser vista dependiendo de si se ve como saludable, enfermo o violento al propio niño.

En el primer caso, un padre que ha leído o sabe acerca de las irritaciones del niño como parte de una conducta normal, ellos calman y cuidan al niño pacientemente y se sienten competentes como padres. Su niño es normal.

En el segundo caso, los padres que no han escuchado acerca de irritaciones, pero conocen que su niño es básicamente sano, experimenta la susceptibilidad como una enfermedad intercurrente y discuten la situación con el pediatra. Estos padres están preparados para utilizar los servicios a su alcance y tranquilizarse con la versión del doctor.

Finalmente, el padre quien es dependiente y presenta gran miedo a las demandas de su infante, experimenta la irritación del bebé como violento y demandante. Se sienten peligrar a sí mismos, tiranizados y su libertad parece amenazada; estos padres entran en un círculo vicioso en el cual los lloriqueos del infante evoca respuestas de tensión y enojo por los padres. En el extremo, tal conducta normativa en un ambiente en riesgo, puede culminar en abuso parental.

Por otra parte, el hecho de que los padres presenten problemas psiquiátricos y psicológicos es una razón para buscar rehabilitar a los padres y al niño, ya que como Martín (1984), dice, los padres golpeadores son más agresivos, tienen relaciones interpersonales desviados y de apego inusual o conductas desapegadas, lo cual puede contribuir a que el niño crezca o desarrolle personalidades muy similares a las de sus padres.

La mayoría de padres abusivos y negligentes no solamente golpean e ignoran a sus infantes, sino también tienen un patrón muy marcado de desviación en sus interacciones con sus hijos. Estos padres no tienen capacidades financieras, sociales y psicológicas para una adecuada crianza, enseñanza, disciplina apropiada y amor a sus hijos; no toleran conductas tales como que el infante se embarre o tire comida cuando come. Además los niños criados de esta manera desarrollan incapacidad para comunicar adecuadamente sus sentimientos y deseos a los adultos. Por lo tanto, la intervención debe dirigirse a la forma en cómo se comunican los miembros de la diada, poniendo especial atención a la ambigüedad de los sentimientos y deseos de ambos, manifestados a la otra persona.

Este tipo de desórdenes también pueden afectar el apego, y si vemos que el apego es importante en la relación diádica, por lo tanto, este debe darse de manera saludable, pero se ha encontrado que las discordias o fricciones maritales provocan un apego inseguro en el infante (Murray, op. cit.).

Otra razón que motiva la rehabilitación integral es la existencia del ciclo abusado-abusivo.

Crittenden (1984), dice a este respecto que los clínicos han creído que un estilo de individuo de crianza infantil está basado en parte en sus estilos de los padres, lo que se ve claramente en padres abusivos que son consistentemente reportados como golpeados en su infancia. En su estudio, el autor encuentra que un patrón maternal abusivo se asocia con un comportamiento infantil calificado como problemático, que un patrón maternal negligente se asocia con un patrón infantil pasivo y el patrón maternal capaz y sensitivo se asocia con un patrón infantil cooperativo.

Por su parte Main y Goldwyn (1984), encuentran que el rechazo que una madre muestra acerca de su propia infancia está relacionada a procesos cognitivos los cuales provocan una distorsión y un intento a negar su propia experiencia temprana de rechazo o abuso maternal. De esta manera si una madre insiste en que ella es incapaz de recordar su infancia, se puede predecir que su infante es rechazado; y lo mismo sucede con madres que idealizan a su madre rechazante. En cambio si la madre expresa y acepta su resentimiento y enojo hacia su propia madre rechazante manifestando sus sentimientos, su hijo tiene muy pocas probabilidades a ser rechazado o maltratado.

Sin embargo, es necesario mencionar, lo que sigue aumentando las razones para dar rehabilitación a la diada, que aunque los niños no sean golpeados, si se presentan discusiones familiares (como mencionamos anteriormente), los niños tienden a ser agresivos.

Hennessy, Rabideau, Cicchetti y Cummings (1994), reportan que los niños expuestos a familias violentas (conflicto entre padres) desarrollan conductas problemas internas (ansiedad, depresión, abandono) y externas (agresividad y destructividad). Así, los niños que experimentan dos confrontaciones de enojo entre adultos en una situación experimental, muestran conductas agresivas más tarde hacia sus compañeros de juego a diferencia de los niños que solo han observado un episodio. Estos resultados sugieren que niños expuestos a repetidos episodios de enojo y violencia familiar crean gran reactividad emocional. Además, si el niño es maltratado físicamente, responde con gran miedo a las

interacciones de enojo y parecen ser más sensibles a la situación de si ese episodio termina con alguna solución o permanece irresuelto. Esto tal vez indica que los niños maltratados, al presenciar enojo irresuelto entre dos adultos, saben que el siguiente episodio resultará en hostilidad y agresión directa hacia ellos. Sin embargo, algunos niños responden con tristeza, lo que refleja la historia individual del niño a la violencia intrafamiliar y marca patrones distintos de respuesta influenciados tal vez por esa historia.

Finalmente existe otra situación, los padres carecen de habilidades para relacionarse con sus hijos.

Spiker y cols. (op. cit.), reportan que existen madres que son extremadamente pobres en las respuestas que dan a sus niños, muestran poca afectividad positiva, una hostilidad abierta, depresión o conducta altamente inconsistente e incongruente.

Los autores reportan también que existen madres que proveen afectividad pero esta es inadecuada, o hay madres que tienen el deseo de dar afectividad a sus hijos, pero no saben como hacerlo.

Hemos visto como existen toda una gama de razones por las que es necesario rehabilitar tanto al niño como a la madre, ya que de no hacerlo, es difícil poder minimizar el problema del maltrato infantil; por ejemplo, si se atiende a padres que rechazan a sus hijos, sin prestar atención al infante, éste crecerá con un patrón de rechazo a los demás, además de otras características que dificulten sus relaciones sociales.

Por último, estas razones expuestas son sólo algunas de tantas combinaciones que pueden existir dentro del maltrato infantil considerando todas las posibilidades que pueden ocasionar una relación diádica negativa.

Por último, a manera de resúmen, podemos decir que tanto el desarrollo de las diadas como el sentido que toman estas, mezcla una serie de elementos que deben considerarse como son: Contexto diádico, que características tiene la diada y qué sentido están tomando estas a partir de los dos puntos anteriores, todo esto con el fin de poder establecer si se requiere tratamiento y de que tipo o cómo se puede implementar la prevención.

En el capítulo siguiente abordamos los aspectos de prevención, tratamiento e investigación que el DIF implementa en sus diversas dependencias.

CAPITULO 3  
PROGRAMAS DEL DIF CONTRA EL  
MALTRATO INFANTIL

### 3.- PROGRAMAS DEL DIF CONTRA EL MALTRATO INFANTIL.

El castigo como medio preferido por los que tienen a su cargo la responsabilidad de educar a un niño aún es muy socorrido en el mundo, como hemos visto; se origina así el fenómeno del maltrato infantil o maltrato a menores como lo llama el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de acuerdo a su marco jurídico, dicho fenómeno involucra la mayoría de las veces, toda la dinámica familiar, lo que lo vuelve todavía más complejo denido a que es ésta el elemento fundamental para que el niño tenga un desarrollo integral, es ésta la que va a determinar la personalidad del menor y es ésta la que lo va a dotar de las herramientas necesarias para que tenga un desenvolvimiento óptimo dentro de la sociedad. Sin embargo, también se puede presentar el proceso inverso o simplemente no cumplir con sus funciones, ocasionando problemas (desorganización familiar, principalmente).

Precisamente este aspecto es uno de los que, en competencia del DIF debe tratar de evitarse o solucionarse (Torres, 1984).

#### 3.1 ORIGEN LEGAL DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF).

Si vamos un poco más despacio, podemos darnos cuenta de dónde se desprende la responsabilidad para la institución. Así pues, Manterola (1983), hace mención de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como la que determina que la ley será quien apoye la protección a los menores a cargo de las instituciones públicas; a su vez, la Ley Orgánica para la Administración Pública señala que es a la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la que corresponde la conducción en materia de asistencia social, médica y de salubridad en general.

Osorio y Nieto (1985), menciona como origen jurídico del DIF, el decreto del Ejecutivo Federal que apareció publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de enero de 1977, marcando en su artículo segundo los objetivos sobre los que giraran las acciones de la institución. De estos, se observa un claro interés por promover el bienestar social, familiar y comunitario; atender nutricional y médicamente a mujeres y niños, así como brindarles educación a estos últimos; tener clara la problemática que sufre la familia en general a través de investigaciones y brindar las soluciones adecuadas; brindar atención a menores abandonados, otorgar permanentemente servicios jurídicos a las familias y finalmente, fomentar la capacitación de personal voluntario para participar en los programas que se implementen coordinados con otras instituciones.

Regresando a Manterola (op. cit.), el marco jurídico para la

atención a menores maltratados surge a partir del decreto que emitió el Ejecutivo Federal el 20 de diciembre de 1982, donde se consolida la estructura orgánica del DIF, quedando establecido como parte de los objetivos, impulsar el sano crecimiento físico y mental de la niñez, la operación de asistencia social, realización de estudios e investigaciones sobre los problemas de menores y la prestación de servicios de asistencia jurídica y orientación social.

En mayo de 1983 queda instalado en México el Consejo Consultivo para las Acciones en Beneficio del Menor Maltratado, teniendo como objetivos realizar investigaciones para determinar las causas del maltrato y desarrollar estrategias de prevención (García, Morales y Puentes, 1990).

El 9 de enero de 1986 aparece publicada en el Diario Oficial de la Federación, la ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, la cual señala en su artículo segundo que "el Estado en forma prioritaria proporcionará servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia, entendida esta como la célula de la sociedad que provee a sus miembros de los elementos que requieren en las diversas circunstancias de su desarrollo, y también a apoyar en su formación y subsistencia a individuos con carencias familiares esenciales no superables en forma autónoma para ellos" (González, Azaola, Duarte y Lemus, p. 132).

La ley también señala en su artículo tercero lo que debe entenderse por asistencia social. "Es el conjunto de acciones tendientes a mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral, así como la protección física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva", en la propia ley, en el artículo cuarto, señala a las personas sujetas a los servicios de asistencia social, "menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos a malos tratos" (González y cols. ibidem, p. 132). El organismo encargado de cumplir tal función es el DIF (dicha ley, se suma a su marco jurídico).

### 3.2 FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA DIF-PREMAN.

Para cubrir el objetivo de contrarrestar el maltrato al menor, el DIF, se ha planteado objetivos tanto inmediatos como mediatos.

INMEDIATOS: Detección y asistencia a menores maltratados.

MEDIATOS: 1.- Establecer la magnitud del problema dentro de nuestra sociedad.

- 2.- Establecer y conducir programas de orientación y prevención a grupos e instituciones afines, y
- 3.- Asesorar y capacitar en la materia a los DIF estatales.

Estos objetivos, se tratan de desarrollar a través de tres grandes áreas:

1.- ASISTENCIA Y REHABILITACION: Aquí se empieza desde la recepción de las denuncias, la verificación de las mismas hasta la canalización de los casos al área jurídica, médica y de trabajo social.

2.- INVESTIGACION: Se efectúa el seguimiento del caso para determinar los elementos que influyen o puedan influir en el maltrato con el fin de obtener parámetros generales y realizar programas de prevención.

3.- PREVENCIÓN: Se promueve el desarrollo integral de la familia buscando enfatizar el crecimiento óptimo del menor a nivel local, regional y nacional a través de programas de difusión del problema (Manterola, 1983 y Pérez, 1983).

Específicamente, el DIF establece el programa de PREMAN (Prevención del Maltrato a Menores), el cual tiene la tarea de rehabilitar al niño maltratado. Anteriormente, el programa se desenvolvía en el marco jurídico que se planteó desde el principio, actualmente se basa en lo establecido en la Ley Sobre Asistencia Social, sin embargo, es pertinente que revisemos cómo es que funcionaba dicho programa, ya que a mi parecer estaba bien estructurado (al menos teóricamente).

La estructura, de acuerdo como lo plantea Torres (op. cit.), es el siguiente:

El DIF coordina la Dirección de Asuntos Jurídicos y la Dirección Médica para brindar un trabajo integral, dicha coordinación funciona a través de la Jefatura de Procuraduría para la Defensa del Menor y la Familia y una subjefatura del Departamento de Servicios Sociales, así como la jefatura de Trabajo Social con el fin de sistematizar el trabajo. Así también la coordinación se extiende al Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME) en su clínica PREMAN. Todo esto con el fin de realizar acciones de asistencia jurídica, social y médica, estableciendo mecanismos de prevención, tratamiento y evaluación del manejo del niño maltratado.

El servicio es solicitado generalmente por personas con agudos problemas económicos combinados con otros (p. ej.

discapacidad, abandono, desempleo, etc.), que los hacen desajustarse en su entorno social. Es oportuno decir que la asistencia social debe de prestarse en forma "diligente, cortés y gratuita".

El procedimiento para la atención del maltrato es el siguiente:

1.- RECEPCION DE LA DENUNCIA: Se inicia en el Departamento de Servicios Sociales, que funciona las 24 horas, los 365 días del año, reciben las denuncias y detectan en qué lugar se está dando el maltrato.

2.- ELABORACION DE LA DENUNCIA: La denuncia se registra, se recopilan datos sobre el menor o menores agredidos, el tipo de maltrato y las características del agresor, distinguiendo el tipo de la misma, es decir, se clasifican en Institucional: Cuando se deriva de hospitales, escuelas, procuradurías, etc.; Anónima: Cuando la denuncia es presentada por alguna persona que no desea hacer saber su nombre; y Confesión voluntaria: Cuando las personas activas en el maltrato se denuncian a sí mismas.

Estas denuncias pueden hacerse por vía telefónica, carta, telegrama, o personalmente, siendo la más utilizada la primera opción.

3.- INVESTIGACION INICIAL: Se procede a la verificación de si la denuncia es cierta por parte de una trabajadora social del área de PREMAN, para tal efecto se utilizan parámetros obtenidos de la definición del menor maltratado "...menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, actos de violencia física y emocional o ambos, ejecutados por omisión o acción, pero siempre en forma intencional no accidental, por padres, tutores o personas responsables del menor" p. 12.

Los parámetros específicos en los que el trabajador social basa su verificación son los siguientes:

\*HABITUALIDAD: Es el abuso frecuente, constante, repetido y determinado.

\*VIOLENCIA: Agresión física o emocional que lesionan la integridad corpórea, intelectual y afectiva del menor.

\*INTENCIONALIDAD: Conducta que incluye la acción u omisión voluntaria, no accidental.

\*RELACION DE PARENTESCO: Determinan consanguinidad, afinidad o parentesco civil.



De esta manera si la denuncia resulta ser falsa, se archiva; si es cierta, se canaliza el caso al área jurídica médica y social. Conviene hacer un comentario acerca de la falsedad de las denuncias, ya que pueden influir factores como la no disposición de las familias a la entrevista, negar los hechos, etc. y como mencionan González y cols. (op. cit.), "...por experiencia se sabe que difícilmente un ciudadano común y corriente, iniciará un procedimiento de intervención institucional largo y engorroso con el mero propósito de generar una falsa alarma sobre el maltrato a menores" p. 103.

**4.-SUPERVISIÓN:** Con la información obtenida, se pasará al área de supervisión, quienes van a orientar sistemáticamente y en conjunto con las trabajadoras sociales, el seguimiento técnico y metodológico de cada caso, es decir, van a determinar esquemas básicos operativos que abarcan la investigación, el diagnóstico, la planeación, el tratamiento y la evaluación; de las cuales las de mayor importancia son las de mayor importancia son las dos primeras, ya que nos contextualizarán el problema.

Se inicia asistiendo a la vivienda, que de entrada brinda información sobre los beneficios y carencias de la familia en cuanto a vivienda y servicios, por ejemplo si esta limpia, organizada, etc. Se intenta hablar con los padres o tutores responsables para corroborar la denuncia, es común que estos no acepten que maltratan a sus hijos por lo que si no se obtienen datos confiables, se pasa a observar huellas físicas de lesiones como son moretones, quemaduras, cicatrices de heridas anteriores, fracturas, etc.

A través de la entrevista también se buscan antecedentes del maltrato como su origen, la dinámica familiar, aspectos psicológicos, descuido y desamparo, entre otros. Uno de los problemas que se presentan aquí, es que la familia debe aceptar voluntariamente la intervención del trabajador social, lo que ocasiona que el o los agresores traten de ocultar información, incluso si este es descubierto, se puede volver hasta ofensivo; la trabajadora social debe, en estos casos, coordinarse con las agencias del Ministerio Público y la Procuraduría para la Defensa del Menor y la Familia, con el fin de dar la ayuda necesaria a los menores maltratados.

**5.-ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO SOCIOECONOMICO:** Se continua con el llenado de la cédula de Estudio Socioeconómico, registrando el caso en un expediente el cual se archiva en el Departamento de Servicios Sociales. Simultáneamente, se envía una copia a la Clínica PREMAN a efecto de que se analice el caso y redactar por escrito las sugerencias en una hoja clínica, la revisión de los casos se hace de acuerdo a la candelarización de los mismos.

El término "clínica", se refiere a un grupo interno multidisciplinario, coordinado por trabajadoras sociales psiquiátricas, psiquiatras infantiles, psicólogos, enfermera psiquiátrica, pediatra y personal de la Dirección de Asistencia Jurídica, con el apoyo de servicios de neurología, ciencias sociales, estudios de laboratorio y gabinete, que bajo la técnica de estudio, enseñanza y asistencia clínica, se abocan a revisar el síndrome del maltrato (González y cols., op. cit.).

6.- TRATAMIENTO EN ZONA: Después de archivado el caso como expediente, se asigna a los trabajadores sociales de zona (reciben este nombre porque se encuentran divididas en zonas que abarcan las delegaciones políticas del Distrito Federal, exclusivamente). El grupo multidisciplinario expone las sugerencias del tratamiento, pero como decíamos, son las trabajadoras sociales adscritas a DIF-PREMAN las que llevan a cabo el tratamiento social sugerido y la vigilancia de los casos.

Se procede a impartir el tratamiento social tanto en el domicilio como en la oficina, se realizan canalizaciones internas y externas (el DIF se coordina con diferentes instituciones en el D.F., con el DIF estatal, etc.).

Manterola (op. cit.), explica estas canalizaciones al área jurídica, médica y social. En el área jurídica los casos se hacen del conocimiento del Ministerio Público a fin de que se actúe conforme a derecho en cuanto a la patria potestad, tutela o custodia del menor; en el área médica se otorga la atención de esta naturaleza integralmente, contando también con la atención de la Clínica (diagnóstico y terapia) y por último, el área social, donde se da orientación general a los menores y sus victimarios, se verá también si es necesario un albergue temporal.

Sin embargo, el trabajo de la Clínica Preman, es más amplio, Guisa (1993), nos explica como es el funcionamiento a través del INSAME. El equipo se dedica a revisar la problemática del menor maltratado en forma conjunta con la Dirección de Asuntos Jurídicos con el fin de identificar las características que presentan los menores maltratados y sus familias para sistematizar su estudio y fundamentar la prevención del maltrato. La Clínica tiene como objetivos generales: Determinar los factores que influyen en el maltrato al niño y la detección, diagnóstico, rehabilitación y prevención del niño y su familia.

Los objetivos específicos son: 1.- Formar un cuerpo teórico contextualizado a nuestro medio, 2.- Atención al niño maltratado y su familia, 3.- Determinar las características del maltrato, 4.- Estructurar normas diagnósticas, 5.- Difusión del problema, y

6.- Crear un centro de información estadística del problema.

Las áreas que cubre la clínica son de:

A) ASISTENCIA: Se atienden casos de nuevo ingreso, evaluandolos integralmente (historia clínica psiquiátrica, estudio psicosocial y estudio psicológico de los niños y los padres). Posteriormente el grupo discute el caso en forma conjunta y se llega al diagnóstico y tratamiento que puede ser dirigido a psicoterapia individual o de grupo para el niño, psicoterapia individual o de pareja y terapia familiar.

B) ENSEÑANZA: Se divide en 1.- Propia de la clínica dirigida al personal del INSAME como enseñanza continua, seminarios, cursos y conferencias; y 2.- Asesoría de grupos de estudiantes y pasantes de medicina, psicología y trabajo social.

C) INVESTIGACION: Se dedican a investigar las características de los padres y los niños, a través de pruebas psicológicas específicas.

D) PREVENCIÓN: Se da con los recursos del Sector Salud; llevando a cabo la prevención en los tres niveles, tanto con niños como con las víctimas.

En palabras de Velasco (1983), la clínica "...ofrece una alternativa constructiva a los padres que maltratan a sus hijos, quizás porque no saben que existen otras formas de educarlos" p. 31.

Siguiendo con el procedimiento, después de haber implementado el tratamiento en zona, el paso que sigue es:

7.- INFORME DE ACCIONES: Las trabajadoras sociales informan por escrito las acciones realizadas en la asistencia del caso, así mismo realiza resúmenes para la revisión del caso en la clínica, donde se realizan sesiones diarias obteniendo sugerencias para el tratamiento. La organización diaria se realiza por medio de una candelarización de las visitas domiciliarias de los casos registrados; dicha organización se planea cada dos semanas en un documento que lleva el nombre de "Programación". El reporte escrito se realiza diariamente en "hojas de proceso social" que se archivan con el expediente en el Departamento de Servicios Sociales.

8.- CIERRE DEL CASO: Termina el seguimiento del caso en zona cuando la problemática ha sido solucionada satisfactoriamente. Se elabora (por parte de la trabajadora social) un último resumen donde se solicita el cierre justificando dicho fin.

También puede finalizar cuando la familia cambie de residencia al interior de la república y si no ha sido solucionado aún, el caso es transferido al DIF estatal correspondiente.

En cualquier caso se elabora el acta de cierre donde participan el área de supervisión, la Procuraduría para la Defensa del Menor y la Familia y la clínica del niño maltratado del INSAME (si intervino) para dar por finalizado el caso y archivarlo definitivamente.

Actualmente no existe información (al menos para el público en general) de cómo es el procedimiento para atender los casos de maltrato. En una entrevista realizada a la Trabajadora Social Genoveva Ayala, que pertenece al programa de PREMAN, comentó que el procedimiento es el mismo desde la recepción de la denuncia hasta el estudio socioeconómico. Sin embargo, en cuanto al tratamiento no se cuenta con un equipo social multidisciplinario, cuentan únicamente con trabajadoras sociales y psicólogas, quienes son las encargadas de brindar el tratamiento, el cual consta de pláticas con los padres y se les da información acerca de temas como: higiene personal, nutrición, de cómo tratar al niño y el tratamiento dura de 3 meses hasta 1 año dependiendo de la situación, donde se da por cerrado el caso.

En cuanto a la atención de otro tipo (lenguaje, médica, etc.), dijo que se les sugería a los padres que llevaran al niño a diversas instituciones dependiendo del problema, por ejemplo, si requería atención del lenguaje se mandaba al Instituto de la Comunicación, si requería atención psicológica se les sugería llevaran al niño o fueran ellos mismos al DIF-PREMAN, aunque por la distancia muchas veces no asistían y se pierde el caso, por lo que ellas son las que se hacen cargo de brindar atención psicológica debido a que ya tienen experiencia en cuanto a las necesidades de la gente y sus problemas. Respecto a la atención médica, apuntó que se trataba de que hicieran uso de los servicios con que contaban como el IMSS, el ISSSTE, DIF, Centro de Salud, etc., de preferencia que estuvieran cerca de su comunidad.

Finalmente comentó que actualmente, en las 16 Delegaciones Políticas del Distrito Federal, existen trabajadoras sociales que dependen del DIF y atienden los casos de maltrato.

A pesar de que tal parece que no existe un trabajo multidisciplinario o integral, el DIF es una de las pocas instituciones que cuentan con un diagnóstico nacional sobre el tema, puesto que tienen programas parecidos en todo el país a través de las Procuradurías para la Defensa Del menor y la

Familia estatales. El programa destaca una intervención institucional directa con el agresor, ya que muchas veces resulta tener una problemática interna que deviene en causa directa del maltrato a menores. También le da un papel importante al trabajo con otros profesionales aunque actualmente, esto se ha desvirtuado como hemos visto, también resulta ser la única institución con un análisis sistemático de los datos acerca de la problemática del maltrato (González y cols. op. cit.).

Además desarrolla importantes tareas de prevención en primer nivel como pláticas de orientación familiar al público en general y a profesionales interesados, así como de aspectos legales y derecho familiar, esto último por parte de la Dirección de Asuntos Jurídicos (Comisión Nacional para el Seguimiento y Evaluación del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, 1994).

Resumiendo, el DIF cuenta con la infraestructura y el marco teórico y legal para poder atender casos de maltrato, sin embargo, esto se ha ido deformando y se han delegado en otras instituciones las responsabilidades que al DIF le correspondían. Al parecer todo ha quedado en decretos y discursos archivados y esto no por que no sean funcionales.

## METODOLOGIA

La metodología que se planteó fué la siguiente:

## PARTICIPANTES:

Se entrevistó a una Trabajadora Social, una Psicóloga y una Abogada, todas miembros del equipo multidisciplinario que atiende al niño maltratado y su agresor. El tiempo que tiene trabajando en la institución va de 10 meses a 3 años. El único requisito para la entrevista fué que formaran parte del equipo multidisciplinario.

Es necesario señalar que se tenía contemplado entrevistar también a un médico, sin embargo, no fué posible por el requisito antes mencionado.

## ESCENARIO:

Las entrevistas se realizaron en la institución donde labora el equipo. Fué una dependencia del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia -DIF, específicamente en la Clínica del Maltrato coordinada por dicha institución. La clínica atiende no solo a niños maltratados, sino también a mujeres en la misma situación y la violencia intrafamiliar en general.

Esta atención se da en coordinación con 4 departamentos:

- 1.- Trabajo Social,
- 2.- Psicología,
- 3.- Jurídico, y
- 4.- Médico.

La clínica en donde se realizaron las entrevistas pertenece al Sistema Municipal de Tlalnepantla, Estado de México, y se ubica en: Convento de Santa Mónica esquina Convento de San Fernando, Col. Santa Mónica.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el cubículo de cada profesional que accedió a contestar las preguntas.

## INSTRUMENTOS:

Se utilizó una entrevista semiestructurada dirigida al equipo multidisciplinario. Las áreas generales de las que constó la entrevista fueron:

- 1.- Datos generales del entrevistado,

- 2.- Descripción de las actividades que realiza,
- 3.- Resultados obtenidos, y
- 4.- Sugerencias para mejorar el trabajo.

Estas áreas se desglosaron a su vez en preguntas específicas, por ejemplo, dentro del apartado de Datos generales se preguntó: Profesión, tiempo trabajando, puesto que desempeña, etc. (El formato de la entrevista se presenta en el anexo 1).

#### PROCEDIMIENTO:

El primer paso fué ubicar en el DIF una dependencia encargada de dar rehabilitación al niño maltratado y su agresor, y además, esta rehabilitación fuera dada por un equipo de trabajo multidisciplinario.

La institución designada fué el DIF Municipal de Tlalnepantla, y a través del departamento de Psicología, el cual tiene a su cargo la Clínica del Maltrato, se pidió autorización para realizar las entrevistas al personal del equipo acerca del trabajo que ahí realizaban, así como la forma en cómo se coordinaban.

Se entrevistó en primer lugar a la psicóloga quien explicó el trabajo general de la clínica y respondió a las preguntas realizadas. Por medio de ella, se contactó al personal del departamento de Jurídico y Trabajo Social, quienes se entrevistaron en ese orden y en el cubículo correspondiente a petición del personal.

Las respuestas obtenidas se fueron anotando por el entrevistador, dichas respuestas conforman el apartado de resultados.

Finalmente, se tenía planeado observar directamente el trabajo realizado por el equipo, sin embargo, esto no fué posible por cuestiones técnicas de la clínica (p. ej. para observar el trabajo de jurídico se necesitaba asistir a los juzgados, en psicología no se estaba atendiendo a nadie por el momento y en trabajo social tenían exceso de trabajo). Aún así, al hacer las entrevistas en los cubículos, permitió observar el campo de trabajo como fué el consultorio de psicología, la oficina de trabajo social, etc.

## RESULTADOS

Los datos aportados en las entrevistas se describen a continuación; dichas entrevistas se realizaron en el DIF Municipal de Tlalnepanitla en la oficina de cada uno de los departamentos que conforman la Clínica del Maltrato. Los profesionales se contactaron a través de la Psicóloga encargada de coordinar la Clínica.

En primera instancia, se muestran las respuestas de cada profesional respecto a su trabajo en la Clínica con el menor maltratado y su agresor, para después pasar a un análisis de las mismas.

Las respuestas se presentan de la siguiente manera:

A) Desglosadas en 4 aspectos generales: I.- Datos del profesional, II.- Actividades que realiza, III.- Resultados obtenidos y IV.- Sugerencias para mejorar el trabajo. La presentación se basa en la estructura de la entrevista (Ver Metodología y Anexos).

B) En el orden de respuesta siguiente: Trabajo Social, Psicología y Jurídico, de acuerdo al lugar que ocupa teóricamente cada profesional en el proceso de intervención a partir de que se recibe una denuncia en la institución.

### I.- DATOS DEL PROFESIONAL:

**TRABAJO SOCIAL:** Se entrevistó a una Trabajadora Social con grado de Licenciada en Sociología, tiene 2 años de antigüedad y no ha trabajado en otra institución que aborde el problema.

**PSICOLOGIA:** Se entrevistó a una Psicóloga con grado de Licenciada en Psicología quien desempeña sus funciones en el programa "Desarrollo Integral del Adolescente"-DIA y en la Clínica del Maltrato, cuenta con 10 meses de antigüedad y no ha trabajado en otra institución que trate el problema.

**JURIDICO:** Se entrevistó a la abogada (con grado de Licenciada en Derecho) que se encarga de tratar los aspectos legales del niño y su familia. Cuenta con 3 años de experiencia en el puesto sin haber trabajado en otra institución que aborde el problema.

### II.- ACTIVIDADES QUE REALIZA EN LA INSTITUCION:

**TRABAJO SOCIAL:** La denuncia es recibida en este departamento, se procede a investigar si esta es verdadera o falsa, para lo cual, se va al domicilio o la dirección que hayan



dejado como dato. Se habla con los padres, vecinos o maestros. Si resulta la denuncia verdadera se habla con los padres, en esta plática se investiga el empleo de ellos, su ingreso y su interacción con el menor en general; se les dice que no continúen con el maltrato porque de hacerlo se recogerá al niño y se les quitará la custodia. Esta plática sirve como un primer aviso. Se abre un expediente del caso. Si el padre reincide en el maltrato, se cita a los padres en el DIF y se pasa el caso al departamento de Psicología, al de Jurídico y al Médico en caso de ser necesario.

La Trabajadora Social se vale de entrevistas y visitas al domicilio del menor para recabar datos; este profesional tiene contacto específico con el agresor, el agredido, vecinos de estos y con la familia en general, así como con los maestros cuando se amerita. Estas personas no siempre cooperan adecuadamente, es decir, al hacer la denuncia no aportan los datos necesarios y suficientes para acudir a verificar el maltrato, no siempre dan la dirección correcta o el nombre de los agresores, casi nunca los padres aceptan que maltratan al niño.

En cuanto a los profesionales que apoyan a trabajo social, mencionó que realmente no cumplen con su trabajo, ya que si el niño no es maltratado pero llega a presentar baja autoestima, Psicología lo canaliza a otro lado. Tampoco existe un médico específico para la clínica y el departamento de Jurídico pocas veces da seguimiento a un caso. No se realizan reuniones entre los distintos departamentos. Se coordinan con el DIF Nacional reportando mensualmente las denuncias que reciben y con albergues en donde se llegan a canalizar a los niños.

Respecto al papel de la prevención, la licenciada respondió que corresponde al departamento de Psicología.

**PSICOLOGIA:** El trabajo que realiza este departamento es el siguiente. Atiende a los niños maltratados que llegan al servicio canalizados por el departamento de Trabajo Social para darles atención psicológica. Además se da un taller a nivel de prevención, en escuelas y se llama "Taller para padres".

Cuando el niño llega por primera vez, se le hace una entrevista para establecer un diagnóstico y se proporciona un tratamiento por medio de la terapia de juego. Con los padres se busca una reeducación en cuanto al trato que tienen con los niños y de que hagan conciencia de que el trato actual no es saludable puesto que ocasiona sufrimiento para ambos. Se trabaja principalmente con los niños agredidos principalmente, aunque en ocasiones se involucran a los hermanos. Con los padres se interviene si estos aceptan que están ejerciendo maltrato o si

ellos mismos piden la ayuda, cuando esto no se da es difícil poder establecer un tratamiento. El tiempo que tarda en darse de alta un caso varía, ya que depende de que el padre haga conciencia de la situación y que asuma su responsabilidad como padre golpeador, aunque la mayoría de las veces las personas dejan el tratamiento con la consiguiente reincidencia.

Los profesionales que apoyan a Psicología son los departamentos de Trabajo Social, Jurídico y Médico, aunque realmente no existe un profesional específico para el tratamiento al menor y dar un seguimiento. Estos profesionales forman parte del DIF y cuando se requieren se les pide ayuda; sin embargo, si el médico tiene tiempo presta su ayuda, si no lo tiene, no atiende al menor.

Se coordina con instituciones como COVAC, PIAV y con escuelas para implementar programas de prevención.

Respecto a esta prevención se mencionó que es muy importante dentro del fenómeno, ya que muchas veces el hijo no deseado viene a cambiar los planes de los padres y si estos se casan, se insertan en una familia disfuncional al no aceptar al hijo, a la esposa o esposo, etc. creandose una familia y un ambiente totalmente patológicos. Por esto, la prevención debe de ir dirigida a los padres actuales o futuros padres y se realiza a través de programas como el DÍA en escuelas secundarias principalmente. Aunque también se asiste a escuelas primarias donde se habla al niño acerca de sus derechos.

**JURIDICO:** Se turna el caso de maltrato al departamento de Jurídico cuando existen golpes severos. De ahí se canaliza al Ministerio Público Especializado para que se levante un acta de maltrato especificando que existen golpes. Dicha acta se realiza en base a la declaración del menor. Posteriormente, se ubica al niño en un albergue temporal hasta conseguir la patria potestad definitiva del menor. La patria potestad provisional se obtiene al levantar el acta de maltrato.

La licenciada se vale de un certificado médico donde se especifique la existencia de lesiones y en base a las leyes se determina si procede un juicio.

El objetivo final es conseguir la patria potestad definitiva del menor, ya sea que se turne a algún familiar directo o se canalize a un albergue. Este proceso puede durar meses, e incluso al final el menor puede regresar con sus padres.

Los profesionales que la apoyan son el Trabajador Social, el Psicólogo y el Médico, aunque realmente no existe coordinación

entre ellos. Las instituciones que lo apoyan son el CAM de Tlalnepantla y albergues coordinados con el DIF.

Respecto a la prevención, mencionó que la otorgan Trabajo Social y Psicología.

### III.- RESULTADOS OBTENIDOS:

**TRABAJO SOCIAL:** La Trabajadora Social dijo que los resultados que ha obtenido son buenos aunque existe un exceso de trabajo en su departamento y tiene que hacer el trabajo de los otros profesionales. Posteriormente mencionó que esto se debe a las capacidades del personal.

Hace falta también más apoyo en cuanto a espacio y material, aunque lo que hace falta verdaderamente es una buena organización para poder aprovechar los recursos que se tienen.

**PSICOLOGIA:** Los resultados obtenidos se reportan como satisfactorios aunque podrían mejorarse. Menciona que existen recursos humanos y económicos, aunque no son suficientes, ya que no se cuenta con el espacio necesario para la terapia ni los materiales, los juguetes que se utilizan han sido donados; en ocasiones se llega a dar terapia a la madre y en la misma sesión se está observando el juego de los niños. Por esto haría falta más apoyo en cuanto a recursos materiales, mejorar los cubículos, ampliarlos y aislarlos del ruido.

**JURIDICO:** Los resultados obtenidos los reporta como malos debido a que hacen falta muchos recursos y mucha organización en el DIF en general, por ejemplo, el Ministerio Público muchas veces no cumple con su trabajo. Esto lo considera muy importante ya que esta institución es quien funge realmente como defensor del menor y si estos regresan a su casa van a seguir siendo maltratados.

### IV.- SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL TRABAJO:

**TRABAJO SOCIAL:** Para mejorar el trabajo sugiere que existan formatos específicos de recepción de denuncia, entrevistas, etc. ya que no se tienen, lo que ocasiona que los datos no son verdaderos o se omiten preguntas importantes como el domicilio del agredido. Además, que hubiera mejor personal, ya que los coordinadores no hacen su trabajo como debe de ser. Así, a pesar de que el equipo multidisciplinario sea importante no existe como tal.

Debido a esto, a toda esta mala organización del sistema el problema sigue existiendo.

PSICOLOGIA: Para mejorar el trabajo sugiere exista más coordinación entre todos los profesionales, mayor preparación por parte de cada uno de ellos, retroalimentarse unos a otros y más capacidad de cooperación.

El equipo multidisciplinario resulta muy importante, pero si no se tiene cada profesional por si solo debe buscar aprender de otras areas y no ser tan dependientes, debe existir más plasticidad en cada profesional. Debería existir un sociólogo como parte del equipo para que brindara un panorama general del problema en cuanto a origen y prevención.

Finalmente menciona que el problema sigue existiendo debido a que en nuestra sociedad esta presente una educación patriarcal, un autoritarismo y una cultura del poder en donde debe haber un fuerte y un débil, en donde el débil siempre debe ser sometido, es una cuestión de educación en donde colaboran las dos partes.

JURIDICO: En cuanto a las sugerencias mencionó que cada profesional debe cumplir con su función además de que se debe cuidar el funcionamiento de las leyes y crear otras que tipifiquen el maltrato emocional porque si este se presenta y es severo, no se puede ejercer acción legal de ningún tipo. Las leyes que penalizan el maltrato físico deben ser severas, ya que actualmente el agresor puede alcanzar fianza, regresar el menor al hogar y continuar el maltrato.

El equipo multidisciplinario es importante y los profesionales que lo conforman son suficientes, siempre y cuando exista la coordinación adecuada.

Finalmente, el maltrato sigue existiendo debido a que las normas para el delito no son fuertes.

#### DEPARTAMENTO MEDICO:

En cuanto al Médico, la Psicóloga mencionó que no existe este profesional específicamente para la Clínica del Maltrato. El Médico pertenece al DIF y cuando se le requiere se le pide por favor que revise al niño.

El Médico que las había auxiliado ya no está en la Clínica ni en el DIF y el que está actualmente no ha atendido casos de maltrato por lo que no se le pudo entrevistar.

### "ANALISIS"

A partir de los datos aportados, parece ser que cada profesional sigue su procedimiento desde la recepción hasta la atención y el cierre de un caso. Por ejemplo, Trabajo Social recibe la denuncia e investiga, Psicología implementa un tratamiento y Jurídico se hace cargo de los aspectos legales; esto hace pensar de entrada, que la atención es correcta, sin embargo, esto no es así; en las gráficas 1 y 2, se muestra el trabajo profesional del equipo multidisciplinario de manera comparativa entre lo que se dice que se hace en los datos y lo que en el análisis se observa realmente. Así pues, cada quien hace su trabajo pero con la poca información que logra obtener en la entrevista con la gente que está atendiendo, es decir, no existe una coordinación ni cooperación entre los profesionales, no existe una canalización a nivel interna entre los distintos departamentos. De esta manera, la denuncia puede llegar en primera instancia a Psicología sin haber pasado antes a Trabajo Social y únicamente se advierte a los padres respecto a lo que puede suceder si se continúa el maltrato, con la consecuencia obvia de que los otros departamentos nunca se enteren del caso y no poseen una percepción real del problema.

Este es uno de los principales problemas que enfrenta el equipo multidisciplinario, puesto que no existen reuniones periódicas que tengan como objetivo el informar las acciones a seguir en conjunto.

Un ejemplo preciso de lo anterior es el aspecto preventivo, el cual, a pesar de que se mencionó debe ser cubierto por Trabajo Social y Psicología, solamente este último lo otorga. Cabe hacerse la pregunta de que tan completa es esta, o en que se basa el departamento para darla, porque está claro que todos deberían aportar elementos, pero como decíamos antes, si no existe un canal de comunicación que permita realizar esta importante función, debemos cuestionar la prevención, aclarando que este cuestionamiento no es porque sea mala, sino porque lo más seguro es que esté incompleta.

Esta problemática de no coordinación parece ser solo a nivel interno, ya que cuando se trata de canalizar a otras instituciones coordinadas con el DIF, estas prestan la atención requerida como puede ser recibir niños en albergues temporales o definitivos así como autorizar pláticas de prevención en escuelas primarias y secundarias.

Otro dato importante que puede estar influyendo en el mal funcionamiento es que los profesionales no prestan servicio únicamente a menores maltratados, sino que tienen otras

responsabilidades que cubrir dentro de cada uno de los departamentos. No quiero decir con esto, que tenga que existir un profesional específico en cada departamento para que se encargue del maltrato (que sería lo ideal), más bien se trata de hacer evidente la atención prioritaria que se necesita ante la denuncia o llegada de un caso de maltrato infantil.

En cuanto a las técnicas utilizadas en cada departamento no parece haber problema, ya que cada departamento tiene técnicas específicas y adecuadas a sus funciones, el problema aquí parece estar en aspectos externos como el que la gente no coopera adecuadamente ya sea en la aportación de datos, en la asistencia a terapia o en la aceptación del maltrato, lo que hace evidente la dificultad en la atención dependiendo en mucho de las capacidades del personal para sacar un caso adelante.

Respecto a la satisfacción que tiene cada uno de los profesionales en los resultados que ha obtenido, se observa algo muy similar a lo planteado líneas arriba. Dichos resultados (como ya vimos), se reportan como buenos a excepción de Jurídico, quien los reporta como malos, pero nuevamente, tal parece que no son tan satisfactorios como en un primer momento pudieramos pensar, apoyados en la argumentación dada por los profesionales en cada departamento. Tal parece que las respuestas se centran únicamente en el aspecto individual, es decir, reporto como bueno lo que yo hago, pero los demás no cumplen con su función y eso ocasiona que la atención al niño y al agresor no sea buena. Tratan de deslindar su responsabilidad, sin embargo, viene a ser una consecuencia de la mala coordinación existente, puesto que ellos mismo hablan de la necesidad de apoyo en todos sentidos y en especial de organización en el DIF en general.

Otras sugerencias planteadas muestran algo muy peculiar, como es el hecho de sugerir que se mejoren algunos aspectos del funcionamiento de los otros (mayor preparación, que cumplan realmente con su función y apoyo económico) y cuando hacen sugerencias de su propio departamento es en base a aspectos no personales como son ampliación de cubículos, o creación de formatos, modificar leyes, etc. Tampoco se hacen sugerencias específicas de trabajo en equipo lo que muestra una falta de visión del mismo y por eso, que cada uno crea que los demás no cumplen con su función o crean que hacen el trabajo de otro departamento.

Lo único específico que mencionan acerca del trabajo en equipo es la importancia que todos los profesionales destacan respecto a que exista un equipo multidisciplinario que realmente cumpla su función. Tal parece que estarían dispuestos a seguir acciones en grupo, pero no saben cómo, puesto que físicamente los

recursos están presentes y solo falta crear las condiciones necesarias.

Haciendo un análisis global; vemos que el proceso que se debe seguir (la canalización tanto interna como externa y las reuniones del equipo de trabajo), se ve fragmentado, trayendo dos consecuencias principalmente: 1.- El no seguimiento correcto de los casos, poniendolos en riesgo y 2.- Estrategias de acción parcializadas en cada departamento, así como en el aspecto de la prevención que solo la otorga Psicología.

De acuerdo a esto vemos que los objetivos que se supone debería cumplir el DIF (Capítulo-3), se hace a medias o no se cumple, ya que se establece lo siguiente:

Detectar y dar asistencia a menores maltratados (como objetivo inmediato), así como 1.- Tener un diagnóstico del problema, 2.- Implementar programas de orientación y prevención a grupos afines, y 3.- Capacitación de los profesionales (como objetivos inmediatos); todo esto a través de tres áreas que son: 1.- Asistencia y Rehabilitación, que según los datos podemos decir que se otorga al alcance de las posibilidades, sin embargo, no se hace de manera completa e integral; 2.- Investigación, la cual, no se cubre, ya que no siempre se efectúa el seguimiento de los casos y mucho menos se investigan elementos del maltrato, y cuando se llega a hacer no sirve de mucho, puesto que se tienen archivados en cada uno de los departamentos, de ser informados, enriquecerían en gran medida la atención que se da. Estos datos solo son reportados a manera de estadísticas al DIF Nacional. La deficiencia en estas dos primeras áreas, provocan que el tercer aspecto, la prevención, no se logre dar completa. En la Tabla 1, se observa que objetivos y áreas institucionales se cubren por parte de cada uno de los profesionales.

En el aspecto de atención al menor maltratado y su agresor propiamente, tampoco se cumple con lo especificado teóricamente en el Capítulo 3. Así pues tenemos que se recibe la denuncia, se investiga, pero ya no se canaliza a Psicología, Jurídico o Médico (solo cuando se hace necesario, sic), y se omite lo más importante: un informe de acciones hacia los distintos departamentos para obtener sugerencias. Lo mismo sucede cuando un caso se cierra, ya que si el paciente esta en terapia y deja de asistir, solo Psicología lo sabe, o si está en un juicio legal sólo jurídico está informado en el mejor de los casos, y lo más frecuente la advertencia que se hace en primera instancia a los agresores y sólo tiene conocimiento de esto Trabajo Social.

En el caso del Médico podemos decir que la única función que cumple es certificar si existen lesiones graves que aumenten una acción legal, pero qué pasa con la revisión del niño cuando tal

vez pueda presentar las lesiones anteriores, o si existen lesiones que requieran atención, qué pasa, quién atiende al menor, a dónde se canaliza, creando un hueco enorme en el proceso de atención y rehabilitación al menor.

Aunque esta situación refleja en general, lo que pasa con todos los profesionales de la institución, la diferencia es que estos últimos, tienen más cerca el fenómeno y un mandato institucional más específico, estando presentes en la Clínica del Maltrato. Vemos por lo tanto, que el proceso de atención, una vez más se ve fragmentado (Ver diagrama 1 y 2).



## CONCLUSIONES

### "CONCLUSIONES"

Hablar de maltrato infantil resulta un poco complicado debido a la gama de características que se presentan dentro del fenómeno. Al abordar el tema de las causas y consecuencias nos lleva necesariamente a tocar los aspectos de relación diádica y de las posibilidades de tratamiento. Esta claro por lo tanto que no podemos dedicarnos a estudiar un sólo aspecto sin considerar los demás.

No importando el tiempo y el espacio el maltrato se ha presentado, algunas veces se le ha considerado como tal y otras no (casi siempre ha sido así), debido esto último a las características socioculturales imperantes en un momento dado.

Este tiempo y espacio particular y característico de alguna sociedad son las que van a determinar las formas en que se aplique el maltrato así como los fines del mismo. De esta manera, algunas veces se ha utilizado como medio de disciplina (con toda una jerarquía de castigo, dependiendo de la falta que el niño cometía), de formación guerrera o una manera de controlar la natalidad.

Actualmente, se sigue utilizando y sería iluso pensar que esto al menos se ha reducido, por el contrario ha ido en aumento encontrando justificación en las prácticas disciplinarias. Algunas formas de maltrato han cambiado, otras han desaparecido y otras han surgido.

Obviamente estas prácticas han tenido consecuencias, la mayoría de las veces en perjuicio del menor, estas son: el simple moretón, la fractura de la nariz, alguna extremidad, diversas lesiones en la cabeza, a nivel interno (bazo, hígado, cerebro, etc.), quemaduras y hasta el homicidio. Todo esto sin contar con el daño psicológico del que pocas veces se habla y peor aún, se desconoce, pero que produce daños irreversibles. Las consecuencias al agresor no son nada comparadas con las que sufre el menor, para el que ejerce el maltrato no existen castigos, si acaso pagará una multa económica risoria o el caso más grave, la pérdida de la custodia del niño.

Otra característica dentro del maltrato al menor y que no se puede dejar de lado es la relación que guarda el agresor con el agredido y las características que posee cada uno, que sirven de una u otra manera para que se presente la agresión.

A este respecto se habla de otorgar un papel pasivo (niño) y uno activo (agresor), pero también se dice que la relación es más bien bidireccional en donde se involucra al niño como un agente

causal de la agresión dentro del fenómeno, sin embargo no estoy de acuerdo, a lo largo del trabajo lo manifesté y aquí es el momento de remarcar esta percepción.

No considero al niño como causante de la agresión por el hecho de que lo veo como una persona demandante de atención con el único fin de satisfacer necesidades inherentes; y si considero al adulto como único responsable de la agresión (al grado de que se considere maltrato) porque es este el encargado de satisfacer las necesidades que el niño exige y dependiendo de las características que el adulto presente, es como va a responder al niño.

Es necesario deternos un poco para aclarar algunos aspectos referentes a la diada.

A lo largo del presente trabajo se habló directa o indirectamente de la diada agresor agredido como el lugar donde se conjugan los factores que posibilitan la presencia del maltrato o para la prevención y rehabilitación. De aquí que se destaque como importante la relación diádica.

Continuamente nos estuvimos refiriendo a la diada de una forma genérica, ya que la persona que maltrata puede ser el maestro en la escuela, el cuidador en la guardería o (la mayoría de las veces) los padres en el hogar; sin embargo, esta última es la que nos parece finalmente más importante puesto que es una situación imponderable e invariable.

Así pues, nos damos cuenta como en la relación que se establece o no entre padres e hijo esta el destino de ambos. Esta relación vista dinámica o "vivamente" si se me permite el término, pueden tomar un camino positivo o desviarse hacia uno negativo.

De entrada para que el niño tenga un desarrollo óptimo, los padres necesitan interactuar con sus hijos, este desarrollo es tanto social como psicológico y físico. Aquí es de gran ayuda el contexto en el que están inmersos padre-hijo y de los satisfactorios que a este último se le proporcionen.

De entre los factores que intervienen en la relación para que esta sea buena están los siguientes:

- 1.- La vinculación que establezcan los padres con el niño al nacer este último.
- 2.- El conocimiento del mundo social a través de los adultos.

3.- La buena comunicación que se establezca entre el niño y los padres.

4.- El contacto físico y la satisfacción de necesidades.

5.- Constantes demostraciones de afecto hacia el niño.

6.- El establecimiento de un vínculo afectivo sólido entre el niño y los padres.

En cuanto a los factores que van a propiciar un desarrollo negativo en la relación están los siguientes:

1.- La primera relación entre madre e hijo después del nacimiento es importante.

2.- La ausencia de conducta interactiva o sincronía interpersonal afecta la relación.

3.- El hecho de tener un parto problemático, no deseado, etc.

4.- La insensibilidad materna ante la conducta de su hijo.

5.- La depresión, irritabilidad, letargo, tristeza, hostilidad maternas.

6.- Historia maternal (madres abandonadas, niñas abandonadas, esposas humilladas, etc.).

7.- Incompetencia de los padres ante conductas de los hijos como irritación, lloriqueos, etc.

Así, la relación padres-hijos debe verse como un prisma con muchas aristas distintas y dependiendo de la situación o condiciones en las que se encuentre es la cara que va a reflejar.

De esta manera otorgarle al agresor un papel activo, es con fines de identificar en quién debe recaer la atención al enfocar la dinámica exclusivamente, pero es claro que intervienen muchos factores que van a fomentar una acción agresiva sobre el menor.

De entre estos, factores destacan los problemas propios del agresor como pueden ser desórdenes emocionales, de personalidad, adicciones; o factores externos como el tipo de educación recibida, el medio en donde viven, las condiciones socioeconómicas, etc.

Estos factores internos y externos de la diada agresor-agredido son los que deben dar la pauta para la atención que se

les brinde ya sea de prevención o de rehabilitación.

La mayoría de los centros dedicados a la atención de este fenómeno no consideran el conjunto de factores mencionados; esto es, se da atención médica, social, psicológica pero no se da integralmente, lo mismo sucede con la prevención que se brinda sólo en algunos sectores de la sociedad y abarcando aspectos muy específicos como la paternidad responsable.

Es triste que a pesar de existir instituciones adecuadas para atender estos casos, no se actúe, ya sea porque la población en general desconoce esto o porque no funcionan adecuadamente como es el caso del DIF Tlalnepantla.

Al parecer se debe básicamente a la escasa coordinación y comunicación que hay entre los distintos profesionales cuando se atiende a un niño maltratado y su agresor. Veamos más detenidamente estos aspectos.

Lo que se obtuvo en los resultados y el análisis no concuerdan con lo que plantea Torres (1984) que debe ser el procedimiento a seguir en la atención del maltrato infantil, ya que en el DIF Tlalnepantla se ven fraccionados o mejor dicho, cada profesional sigue su propio procedimiento sin que haya comunicación y coordinación entre los profesionales.

De aquí se desprende una parte importante del trabajo multidisciplinario que sobresalió en los resultados de la investigación precisamente por la no existencia de esta, y es la comunicación que debe existir, la cual no se da entre los miembros que conforman el equipo y mucho menos la disposición a trabajar en conjunto, esto es, aportando y buscando información acerca del caso de maltrato que se está atendiendo. En la investigación se mostró que cada profesional sigue sus propios procedimientos de evaluación, investigación y tratamiento.

Sin embargo esto se puede presentar en cualquier grupo, como mencionan Jones y Pickett (1990), cuando los profesionales comienzan a trabajar en equipo es necesario que adquieran cohesión y comunicación rápidamente, pero esto no debe de justificar el mantener bloqueados los canales de comunicación entre los distintos profesionales y menos cuando ya se ha trabajado antes de la misma manera.

La individualización que se forma al seguir cada profesional sus procedimientos no debe de continuar al pasar a una fase de conjuntar ideas. Existe una implicación demasiado importante en esto: Se puede perder el caso, ya que el niño maltratado queda totalmente en manos del equipo y su futuro puede depender del

mismo.

Quiero hacer énfasis en esto. Cuando se trata de determinar la separación del niño de su ambiente adquiere demasiada importancia la comunicación entre distintos profesionales y que los resultados de la investigación indican que no existen. De esta manera si Trabajo Social no informa a Jurídico la situación del menor como puede ser su ambiente socioeconómico; o Psicología no informa de las relaciones entre agresor-agredido, y sólo el departamento de Jurídico se basa en un certificado médico especificando lesiones que ameriten una separación del niño de su ambiente agresivo, el juez no tendrá elementos para determinar tal separación, y de tenerlos estos pueden resultar no contundentes con la consecuencia obvia de que el niño regrese a su hogar y siga siendo maltratado.

A esta situación contribuyen las leyes existentes ya que no penalizan el maltrato emocional. ni siquiera está tipificado y en cuanto al maltrato físico, las leyes son muy débiles ante la agresión que presenta el niño y parece que en vez de proteger al menor, lo hacen con el agresor (Osorio y Nieto, 1985).

Por lo tanto, el equipo debe necesariamente aportar elementos en conjunto, que sean contundentes para proteger al menor. Está claro que al no existir comunicación estas pruebas serán difíciles de conjuntar, obviamente esto no se reduce a la acción legal, también es importante aplicarlo al tratamiento que se va a implementar en cada uno de los departamentos.

Influyen necesariamente aquí todos los aspectos personales, muestra de esto, es que a pesar de que los profesionales tienen conciencia de que esta forma de trabajo no es buena, se quiere aparentar lo contrario. Esto lo único que ocasiona es que en vez de solucionar los casos y mejorar los procedimientos, se aparente obtención de buenos resultados y no se acepte lo erróneo de la forma de trabajar. De entre los factores que pueden estar interactuando, destaca por un lado la poca experiencia que se tiene en el problema, ya que si bien existen profesionales que tienen hasta 3 años de experiencia, la Clínica solo tiene 10 meses de creada (hasta el momento de las entrevistas) y esto hace pensar que "el equipo" tiene realmente poco tiempo de trabajar como tal; por otro lado, el desconocimiento que cada profesional tiene respecto a los procedimientos que tiene que seguir es muy marcado, lo que ocasiona que se tomen responsabilidades que no les corresponden.

Aquí podemos preguntarnos entonces qué tan capacitados están los profesionales que brindan la atención al menor maltratado y su agresor, qué motivaciones tienen estos y en qué se basan las

autoridades para arrancar un proyecto de este tipo.

Para tratar de salvar esto, se deben romper prejuicios entre los distintos profesionales, se debe conocer el trabajo que realizan los compañeros para no hacer conjeturas y crear confusión en las relaciones de trabajo o incluso personales. En esto concuerdan Loredo, Bobadilla, Schuller y Cato (1987) al sugerir que los médicos (específicamente, aunque considero se debe aplicar a todos los involucrados en la atención prestada) deben aceptar la opinión de otros profesionales en cualquier caso de maltrato que se este atendiendo.

De esta manera, se salvarían algunos aspectos de la atención multidisciplinaria como lograr que se intervenga oportunamente y no cuando ya es demasiado tarde (Foncerrada, 1982), obviamente esto necesita de establecer lineamientos generales para atender un caso de maltrato con funciones específicas para cada profesional.

Al poner en práctica lo anterior, se podrían hacer dos cosas importantes:

- 1.- Lograr mayor coordinación entre los profesionales, y
- 2.- Una atención respetuosa a la diada agresor-agredido.

El primer punto, de alguna manera ya hemos visto como se daría; ampliando el segundo punto, tenemos que la información que recabe Trabajo Social debe servir como base al trabajo que realiza Psicología y lo obtenido en estos dos departamentos deben servir a Jurídico y al departamento Médico. El objetivo es obtener información clara y precisa y no bloquear a los atendidos con las mismas preguntas una y otra vez en cada uno de los departamentos, además de ahorrar tiempo que en estos casos es vital.

La no coordinación y comunicación trae otra implicación importante: que los objetivos de prevención e investigación no se cumplan o se hagan a medias.

Desde mi punto de vista la investigación debe ser la que ayude a que la prevención se lleve a cabo, esto es, si se sabe lo que se tiene que prevenir y a quién debe de ir dirigida la prevención, el fenómeno se reduciría, y algo muy importante la prevención se daría en el primer nivel de una manera exhaustiva.

Esto me da la pauta para hablar acerca de algo que me pareció importante durante la investigación y es precisamente la prevención. Tengo la impresión de que se espera actuar hasta el tercer nivel, podría pensarse que es debido a que se tiene la idea de que la práctica de maltrato es muy elevada y es cierto,

sin embargo, esto resulta paradójico, ya que si bien existe un alto índice de menores agredidos estos casos no se denuncian y por lo tanto no se atienden, realmente se atienden muy pocos, los mismos que son denunciados y si a esto le agregamos que algunos dejan la atención, se reduce aún más el número de casos atendidos y recuperados, entonces, porque esperar, porque no intervenir desde antes.

Considero una fórmula para acabar o reducir el maltrato es el aspecto preventivo en el primer nivel, se necesita que ya no sucedan más casos, debido a la gran dificultad que existe en lograr captar los casos, que los miembros de la diada no dejen la atención y prestar una atención realmente multidisciplinaria.

Autores como Gallardo (1988) y Domínguez (1993), le dan mucha importancia a la prevención antes del matrimonio y en la adolescencia, esto concuerda con lo encontrado en nuestra investigación, ya que a través del departamento de Psicología se imparte el "Taller para padres". sin embargo hace falta complementar esta prevención y la investigación de la que hablaba anteriormente debe ser la que provea información precisa para llevar a cabo acciones claras, por ejemplo, sentar las bases para la tipificación del maltrato emocional que tanto se promueve en la prevención y actualmente no se considera o evitar que las diadas que potencialmente están en riesgo tomen un sentido negativo.

La investigación reveló que actualmente no se toman en cuenta aspectos tan importantes dentro del fenómeno del maltrato como son: el contexto social y físico para ver que posibilidades tiene de recuperación o estimulación, la figura del adulto para un desarrollo ideal del niño (Pineda, 1987; Bronfenbrenner, 1987; Ross y Davis, 1977; Wasserman, Shilansky y Hahn, 1986 y Ortega, 1994), aspectos médicos del adulto como historia depresiva en los padres (Stevenson-Hinde y Shouldice, 1995).

Además, suele haber una tendencia en ocasiones a considerar al niño parte detonadora del maltrato (Escudero, 1990 y Kadushin y Martín, 1985) y definitivamente no estoy de acuerdo en esto, ya que si bien son participantes (sin el niño no existiría el maltrato), el mayor peso del fenómeno debe recaer en los padres puesto que existen conductas que en padres "sanos" o con habilidades para responder a un niño no provocan maltrato mientras que en otros padres (incompetentes) ocasionan insensibilidad o reacciones explosivas (O'Leary y Harvey, 1995 y Solnit, 1984).

Por lo tanto, las acciones puestas en práctica deben ir dirigidas a la diada específicamente y a la sociedad en general.



En lo referente a la diada sobresale en importancia la atención al agresor. Se observa que es difícil lograr dar una atención a la parte agresora, casi nunca aceptan su situación debido tal vez al temor de ser castigados. Se deben, por lo tanto, crear mecanismos que motiven u obliguen a los agresores a recibir atención puesto que será en su propio beneficio, muestra de esto es que en ocasiones los padres llegan a aceptar su culpa cuando están con el psicólogo, esto tal vez se deba a que este profesional no representa ningún peligro sino por el contrario, representa ayuda para el agresor.

Sin embargo, esto no siempre sucede, más bien el agresor casi nunca quiere la ayuda representando un problema para el profesional que se enfrenta a él.

Una alternativa podría ser el aprovechar la multifactorialidad del problema, esto es, identificar en el agresor las situaciones o aspectos que sean susceptibles de intervención y que no le representen riesgo, pero que en cambio le motiven a iniciar un tratamiento. De aquí se podría partir para ir profundizando en la problemática y lograr una rehabilitación hasta donde más lo permitan las habilidades del profesional y la persona misma.

Considero, con una técnica de castigo o amenazando a los padres esto nunca se va a solucionar y si se quiere seguir con este sistema por lo menos se deberían crear leyes que en verdad protejan al menor y castiguen al agresor ya que las actuales no garantizan realmente ninguno de los dos aspectos.

Así pues, cada profesional tiene mucho trabajo que hacer en el aspecto individual: mejorando cada uno sus procedimientos de intervención con la diada, y de manera conjunta: tener una mejor disposición a colaborar en grupo para brindar la atención de una manera integral.

Por lo tanto, lo más importante a considerar en la rehabilitación del niño maltratado y su agresor son dos cosas:

- 1.- La relación diádica establecida entre el niño y el padre o la madre, es decir, identificar el nivel de esta para poder intervenir, y
- 2.- La falta de coordinación y/o preparación de los profesionales que intervienen multidisciplinaria o aisladamente en la rehabilitación, tratamiento y prevención de la diada.

Finalmente, es claro e insisto, muy triste que a pesar de existir decretos (Manterola, 1983) e instituciones que impulsan, demandan y promueven el sano crecimiento físico y mental de la

niñez. no se ha logrado frenar el maltrato a los niños. Las fórmulas están dadas, sólo queda lo más difícil, actuar en conjunto con un objetivo común: Proteger integralmente al niño.

PROPUESTA DE TRABAJO

## "PROPUESTA DE TRABAJO"

Las bases para la propuesta que expongo a continuación, han sido dadas en el apartado de conclusiones. La propuesta estará integrada por dos aspectos principales, por un lado los profesionales que intervienen en la atención al maltrato y por el otro (al cual le doy más importancia) estarán los destinatarios de la atención: la diada agresor-agredido.

Debo advertir tres cosas a este respecto:

1.- Sinceramente no hay mucho que proponer en cuanto a los profesionales se refiere, considero que los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario son los adecuados y lo que queda por hacer es coordinarse adecuadamente. En este sentido irá orientada la propuesta.

2.- Referente a la diada, no propongo un tratamiento específico, simplemente quiero resaltar algunos aspectos que considero importantes cuando se le presta atención, específicamente me enfoco a la investigación que se realiza ante un caso de maltrato en la cual se obvian algunos aspectos importantes.

3.- Se debe tener en cuenta desde el inicio que se trata de un problema multifactorial.

Así pues, pasemos a la propuesta:

### A).- TRABAJO SOCIAL:

La recepción de cualquier denuncia debe ser hecha en Trabajo Social de preferencia. Al recibir la denuncia, se debe investigar el domicilio donde se da el maltrato y quienes están involucrados. Estos profesionales deberán acudir a realizar de entrada un estudio socioeconómico obligatorio a la familia y llevar un citatorio legal para que se presenten en el centro de atención, se verifique o no el maltrato.

### JUSTIFICACIÓN:

Esto se debe hacer para empezar a investigar factores económicos del problema. Se buscará con esto también evitar que únicamente se advierta a los padres acerca de las consecuencias que pueden obtener si se sigue con tales conductas, y que si es una diada en riesgo, se vea la posibilidad de asistir a terapia.

### B).- PSICOLOGIA:

Si los padres acuden al centro se deberán canalizar al

departamento de Psicología en donde los profesionales deberán realizar una entrevista tanto con el agresor como con el agredido así como un estudio psicológico decoroso que dé cuenta de las características de la diada.

Se deberá tomar en cuenta los datos aportados por Trabajo Social.

Si la diada no acude al centro, el psicólogo deberá acudir al domicilio de los mismos con el objetivo anterior.

#### JUSTIFICACION:

Se deberá buscar con esto investigar características psicológicas de la diada como pueden ser relaciones familiares, competencia de los padres, comportamiento de los niños, determinar el grado de potencialidad de que la diada tome un sentido negativo, es decir, que posibilidades hay de que se presenten golpes en caso de que no los haya, obtener elementos para saber el grado de maltrato psicológico que presenta el menor agredido.

Al canalizar Trabajo Social a los pacientes a Psicología, este último profesional ahorrará tiempo y únicamente corroborará ciertos datos que considere pertinentes.

#### C).- MEDICO:

Este departamento se debe transferir al niño con el objetivo de investigar en un primer momento si existen lesiones actuales o signos que permitan suponer un maltrato anterior. El exámen que se le haga al niño debe ser exhaustivo en la medida de lo posible con los recursos que en ese momento esten disponibles.

En el caso de que se detecte y se canalize a un niño maltratado, el médico deberá extender un certificado que especifique la existencia de golpes y lo hará llegar a jurídico de la manera más rápida posible.

#### JUSTIFICACION:

Es necesario que aunque no se pueda determinar el maltrato por parte de alguno de los profesionales que ya han atendido al niño, este sea canalizado al médico, debido a la dificultad que se presenta para determinar las lesiones si son o no accidentales y es el médico quien puede ayudar a tomar esta decisión.

D).- JURIDICO:

Este profesional debe intervenir cuando no se logre corroborar el maltrato así como cuando si se logre. Esto es, después de haber pasado por psicología, trabajo social y medicina, se debe pasar al agresor al departamento de juridico con el fin de que se advierta ahora si, al agresor acerca de las posibles consecuencias que acarreará el golpear a un niño.

En caso de que se corrobore el maltrato, de igual forma se debe proceder judicialmente aportando todas las pruebas posibles con ayuda de los datos obtenidos en trabajo social y psicología.

JUSTIFICACION:

Es importante que se proceda de esta manera por dos razones:

- 1.- Si se va a advertir a los padres acerca de las consecuencias legales del maltrato al niño, se debe hacer de forma seria y por un profesional especializado.
- 2.- El abogado al recibir los datos del médico, psicólogo y trabajador social tendrá elementos de prueba para en un momento dado determinar la separación del menor y el agresor además de exigir que se cumpla el castigo pertinente para este último.

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS:

- 1.- Se debe realizar reuniones con un mes como máximo de tiempo entre reunión y reunión y de preferencia estas deberán ser quincenales con el objetivo de revisar errores y aciertos en cada uno de los casos que se hayan atendido.
- 2.- Todos y cada uno de los profesionales deberán aportar los datos obtenidos al siguiente departamento junto con las acciones que considere pertinentes. El informe de cada caso lo deberá integrar cada uno de los profesionales con el fin de resaltar los aspectos que considere importantes, con todo esto se evitará caer en contradicciones e invasiones en el trabajo de cada uno. De esta manera, en caso de que no se lleven a cabo las reuniones, al menos se tendrá una comunicación escrita, la cual deberá propiciar la reducción de tiempo en la atención y conocer lo que hacen los otros profesionales.
- 3.- Se considera unicamente a estos profesionales porque son los departamentos que más comunmente se encuentran en los centros de atención, y son los que formarían el núcleo y donde recaería el trabajo multidisciplinario, sin embargo, se deben buscar alternativas con otros profesionales como pueden ser psiquiatras, nutriólogos, terapeutas de lenguaje, audiólogos, etc. con el fin

de ampliar las sugerencias de tratamiento e intervención.

- 4.- El trabajo debe consistir en el tratamiento cuando la diada lo acepte, por lo tanto, este se debe implementar tomando en cuenta cada caso particular, es decir, las características de la diada. Así, una persona puede necesitar tratamiento porque la dinámica agresiva puede estar causada por factores económicos o en otro caso, el agresor simplemente presenta ante las exigencias del niño; de aquí la importancia de considerar el problema como multifactorial.
- 5.- Aquí recaería el trabajo del psicólogo, si existen leyes o no, si existen formatos adecuados en la recepción de la denuncia compete al equipo como tal. Al tratar de querer remediarlo el psicólogo por sí solo, caería nuevamente en uno de los problemas del equipo multidisciplinario (invasión de papeles), por esto el papel del psicólogo debe ser el de rescatar la diada padre-hijo como aspecto fundamental y dinámico el cual es susceptible de cambios estableciendo tratamientos específicos para cumplir el objetivo, sin olvidar la colaboración con los otros profesionales.
- 6.- Pero debe considerarse importante la investigación realizada por cada profesional, tanto en los primeros contactos que se tengan como en las sesiones sucesivas (p. ej. una terapia psicológica).
- 7.- Concibo a esta investigación no como un gran proyecto que implique grandes gastos y por consiguiente que quede inmóvil y sin utilidad, más bien sería una investigación cotidiana y comparto la idea de Sánchez (1996), cuando habla acerca de que las personas que están en constante interacción con la diada agresor-agredido son las que deben compartir sus experiencias y es precisamente aquí donde cobra importancia dicha investigación tratando de averiguar en cada caso elementos importantes como son desde datos personales, hasta la forma de interactuar entre la diada, esto al parecer se obvia aún.
- 8.- En una investigación cotidiana se debe captar inmediatamente a esa diada disfuncional e investigar en terapia los aspectos interactuantes.
- 9.- A parte de investigar el caso para establecer el tratamiento inmediato, se debe ir un poco más atrás, saber como ha sido la historia familiar o una historia de salud-enfermedad a cada uno de los involucrados porque como vimos en el capítulo 2, el aspecto depresivo puede ser muy importante.
- 10.- Lo anterior, finalmente permitirá que estos datos obtenidos

en la práctica cotidiana, en cada uno de los centros de atención al maltrato, y por parte de cada uno de los profesionales involucrados, puedan formar un perfil palpable y real del fenómeno con lo cual se pueden establecer estrategias de prevención en primer nivel, las cuales deben ser integrales, y no una prevención fraccionada.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

## "REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS"

- 1.- AVILA, I. Prevención del maltrato en los niños. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 69, #3, 1992. p. 117.
- 2.- BARBEYTO, S.A. y GARCIA, R. M. Estudio teórico y de campo sobre el maltrato al menor en México: Manejo y alternativas. Tesis de Licenciatura, ENEP, México, 1994.
- 3.- BIJOU, W. Psicología del desarrollo infantil. Edit. Trillas, México, 1975. Vol.1. Cap. 15.
- 4.- BRALIC, S. y LIRA, M. Experiencias tempranas y desarrollo infantil. En: BRALIC, S.; HAEUSLER, I.; LIRA, M. MONTENEGRO, H. Y RODRIGUEZ, S. Estimulación temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Chile, UNICEF, 1978.
- 5.- BRONFENBRENNER, U. La ecología del desarrollo humano. Edit. Paidós, España, 1987. pp. 77-103.
- 6.- CHAVEZ, A. y MARTINEZ, C. Nutrición y desarrollo infantil. Edit. Interamericana, México, 1979. Cap. 8.
- 7.- COHEN, S. y BROMET, E. Maternal predictors of behavioral disturbance in Preschool Children: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 33, #5, 1992. pp. 941-946.
- 8.- Comisión Nacional para el Seguimiento y Evaluación del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Tercera Evaluación. México, 1994.
- 9.- CRITTENDEN, P. Sibling interaction: Evidence of a generational effect maltreating infants. Child abuse and neglect. Vol. 8. pp. 433-438. 1984.
- 10.- DOMÍNGUEZ, R. La situación institucional en México del niño maltratado y algunas consideraciones. Tesina de licenciatura. México, 1993.
- 11.- DUYCKAERTS, F. El objeto de vinculación, mediador entre el niño y el medio. En: Simposium de la Asociación de Psicología Científica Francesa. Medio y desarrollo: La influencia del ambiente en el desarrollo infantil. Madrid, Pablo del Río Editor, 1979.

- 12.- DYER, J.; DODGE, K. y VALENTE, E. Mother-Child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. Child development. Vol. 66, #3, 1995. pp. 739-753.
- 13.- ESCUDERO, I. Causas predisponentes del maltrato al menor. México, Tesis-Lic., ENEPI, 1990.
- 14.- ESPINOZA, A.; CACERES, J. Y CORTES, J. Síndrome del niño maltratado. Aspectos médicos, psicológicos y jurídicos. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 40, #6, 1971. pp. 807-819.
- 15.- FEDER, L. La universalidad del conflicto preconceptivo. En: Marcovich, J. El maltrato a los hijos. Edit. Edicol, México, 1978.
- 16.- FONCERRADA, M. El niño víctima del maltrato físico. Revista Médica del IMSS. Vol. 20, #5, 1982. pp. 457-469.
- 17.- FONCERRADA, M.; CASTAÑO, C.; CORDOVA, A. Y JURADO, V. Prevención del maltrato al niño. Posibilidad de identificar a madres potencialmente maltratadoras en el periodo perinatal. Revista Médica del IMSS. #25, 1987, pp. 337.
- 18.- FONTANA, V. En defensa del niño maltratado. Edit. Pax-Mex, México, 1979.
- 19.- GARCIA, S.; MORALES, A.L. Y PUENTES, G. Hacia una detección del maltrato a menores mediante un estudio del ejercicio de la autoridad paterna. México, Tesis-Lic., ENEP, 1990.
- 20.- GALIARDO, J. Malos tratos a los niños. Edit. Narcea, España, 1988.
- 21.- GOLDSTEIN, J. Agresión y crímenes violentos. Edit. Manual Moderno, México, 1978.
- 22.- GONZALEZ, G.; AZAOLA, E.; DUARTE, M.P. Y LEMUS, J.R. El maltrato y el abuso sexual de menores: una aproximación a estos fenómenos en México. Edit. UAM-UNICEF-COVAC, México, 1993.
- 23.- GONZALEZ, O. La conducta de apego en la relación adulto-niño. Revista del hospital psiquiátrico de La Habana.

Vol. 20, 1980. pp. 41-61.

- 24.- GUIZA, C.V. Maltrato a menores. En: Información del consejo consultivo para las acciones en beneficio del menor maltratado en México. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 1984.
- 25.- GUTIERREZ, S. Factores que determinan el maltrato infantil. Tesina-Lic., ENEP, 1992.
- 26.- HENNESSY, K; RABIDEAU, G.; CICCHETTI, D. Y CUMMINGS, M. Responses of physically abused and nonabused children to different forms of interadult anger. Child development. Vol. 65, #3, 1994. pp. 815-828.
- 27.- HEREDIA, J. Protección a la infancia. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 42, 1975. pp. 105-121.
- 28.- JONES, N. Y PICKETT, J. Manejo de casos y coordinación interprofesional. En: Maher, P. El abuso contra los niños. Edit. Grijalbo, México, 1990. pp. 195-227.
- 29.- KADUSHIN, A. Y MARTIN, J. El niño maltratado. Edit. Extemporaneos, México, 1985.
30. KAYE, K. La vida mental y social del bebé. Edit. Paidós, Barcelona, 1986.
- 31.- KEMPE, R. Y KEMPE, C. Niños maltratados. Edit. Morata, España, 1979.
- 32.- LEZINE, I. La primera infancia. Edit. Gedisa, España, 1979.
- 33.- LIEBERMAN, F. Trabajo social, el niño y su familia. Edit. Pax-Mex, México, 1981.
- 34.- LOPEZ, M. Consecuencias psiquiátricas del síndrome del niño golpeado. En: Marcovich, J. El maltrato a los hijos. Edit. Edicol, México, 1978.
- 35.- LOREDO, A. Generalidades. En: Loredo, A. Maltrato al menor. Edit. Interamericana, Mc Graw-Hill, México, 1994.
- 36.- LOREDO, A.; BOBADILLA, M.; SCHULLER, A. Y CATO, G. Síndrome del niño maltratado. Aspectos físicos, emocionales y sociales. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 54, #3, 1987. pp. 123-131.
- 37.- LOZANO, L. Determinación de las características de madres

- maltratadoras en México. México, Tesis-Lic., ENEP, 1988.
- 38.- MAIN, M. Y GOLDWYN, R. Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: implications for the abused-abusing intergenerational cycle. Child abuse and neglect. Vol. 8. pp. 203-217. 1984.
- 39.- MANTEROLA, M.A. Manejo actual del niño maltratado en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En: Información del consejo consultivo para las acciones en beneficio del menor maltratado en México. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, México, 1984.
- 40.- MARTIN, H. Intervention with infants at risk for abuse or neglect. Child abuse and neglect. Vol. 8. pp. 1984. pp. 225-260.
- 41.- Mc GUILLICUDY, A.V. "La relación entre las creencias paternas acerca del desarrollo, la constelación familiar, el estatus socioeconómico y las estrategias de enseñanza de los padres". En: Laosa, L. y Sigel, B. Eds. Families as learning environments for children. New York, Plenum Press, 1982.
- 42.- MURRAY, L. The impact of postnatal depression on infant development. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 33, #3, 1992. pp. 543-561.
- 43.- O'LEARY, S. Y HARVEY, E. The effect of child negative affect on maternal discipline behavior. Journal of Abnormal Child Psychology. Vol. 23, #5, 1995.
- 44.- ORTEGA, P.S. La naturaleza de los vínculos adulto-niño con retardo en el desarrollo, desde una aproximación interaccional. México, Tesis-Maestría, ENEP, 1994.
- 45.- OSORIO Y NIETO, C. El niño maltratado. Edit. Trillas, México, 1985.
- 46.- PALOMARES, A. Niños maltratados. Nuestras indefensas víctimas. Edit. Editores Mexicanos Unidos. México, 1981.
- 47.- PARRES, A. El maltrato a los niños en las diferentes culturas. En: Marcovich, J. El maltrato a los hijos. Edit. Edicol, México, 1978.

- 48.- PEREZ, A. V. Manejo actual del niño maltratado en México. En: Información del consejo consultivo para las acciones en beneficio del menor maltratado en México. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 1984.
- 49.- PINEDA, A.F. Contexto situacional e interacción adulto-niño. Trabajo presentado en el simposio "La investigación del comportamiento en México", organizado por la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta y la Academia de Investigación Científica, este se llevó a cabo del 3 al 5 de Junio de 1987. México, D.F.
- 50.- RASCOVSKY, A. El filicidio. La agresión contra el hijo. Edit. Paidós-Pomaire, Barcelona, 1981.
- 51.- ROSS, H. S. Y DAVIS, B.G. El establecimiento de nuevas relaciones en la infancia. En: T. Alloway, P., Pliner y Kranes. Advances in the study of communication and affect. Vol. 3 Attachment Behavior, New York. Plenum Press, 1977. pp. 61-79.
- 52.- SANCHEZ, J. Consecuencias psicológicas del maltrato infantil. Tesina. Licenciatura en psicología. UNAM, ENEPI, México, 1996.
- 53.- SCHAFFER, R. Ser madre. 4ta. ed. Edit. Morata, España, 1985. Cap. 5 y 7.
- 54.- SOLNIT, A. Keynote address: Theoretical and practical aspects of risks and vulnerabilities in infancy. Child abuse and neglect. Vol. 8, 1984. pp. 133-144.
- 55.-SPIKER, D. FERGUSON, J. Y BROOKS-GUNN, J. Enhancing maternal interactive behavior y child social competence in low birth weight, premature infants. Child Development. 1993. #64, pp. 754-768.
- 56.- STERN, C. La detección del maltrato infantil. En: Maher, P. El abuso contra los niños. Edit. Grijalbo, México, 1990. pp. 61-89.
- 57.- STERN, D. La primera relación madre-hijo. 3ra. ed. Edit. Morata, España, 1983. Cap. II y III.
- 58.- STEVENSON-HINDE, J. Y SHOULDICE, A. Maternal interactions and self-reports. Related to attachment classifications at 4.5 years. Child development. 1995, Vol. 6, pp. 583-596.

- 59.- SZUR, R. Maltrato emocional y abandono. En: Maher, P. El abuso contra los niños, Edit. Grijalbo, México, 1990. pp. 147-174.
- 60.- TORRES, G. T. Organización y funcionamiento del programa de prevención al maltrato del menor. En: Memoria. Información del consejo consultivo para las acciones en beneficio del menor maltratado en México. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 1984.
- 61.- TORRES, V.L.E. Patrones de interacción en diadas con y sin riesgo ambiental. Tesis. Maestría en modificación de conducta. México, ENEPl, UNAM, 1993.
- 62.- VELASCO, A. J. Bosquejo histórico sobre el servicio de prevención del maltrato del menor. En: Memoria. Información del consejo consultivo para las acciones en beneficio del menor maltratado en México. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, México, 1984.
- 63.- VIZARD, E. El contexto histórico y cultural del maltrato infantil. En: Maher, P. El abuso contra los niños. Edit. Grijalbo, México, 1990. pp. 27-45.

## ANEXOS



## GUIA DE ENTREVISTA

### I.- DATOS GENERALES:

- 1.- Nombre.
- 2.- ¿Cuál es su profesión?
- 3.- ¿Qué puesto desempeña?
- 4.- ¿Qué tiempo lleva trabajando aquí?
- 5.- ¿En qué otras instituciones que aborde el maltrato infantil ha trabajado?

### II.- DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA:

- 1.- ¿Cuál sería la descripción de las actividades que Ud. realiza?
- 2.- ¿Con quién incide Ud. específicamente (agresor, agredido, ambos, la familia, amigos, etc.)?
- 3.- ¿Cómo colabora la gente con ustedes?
- 4.- ¿De qué métodos o técnicas se auxilia?
- 5.- ¿Qué tiempo dura una sesión de trabajo?
- 6.- ¿En qué tiempo se da de alta un caso?
- 7.- ¿De qué depende que sea dado de alta un caso?
- 8.- ¿Qué otros profesionales lo apoyan?
- 9.- ¿Qué otras instituciones los apoyan?
- 10.- ¿Qué lugar ocupa la prevención?
- 11.- ¿A quién se dirige la prevención y de qué manera?

### III. RESULTADOS OBTENIDOS:

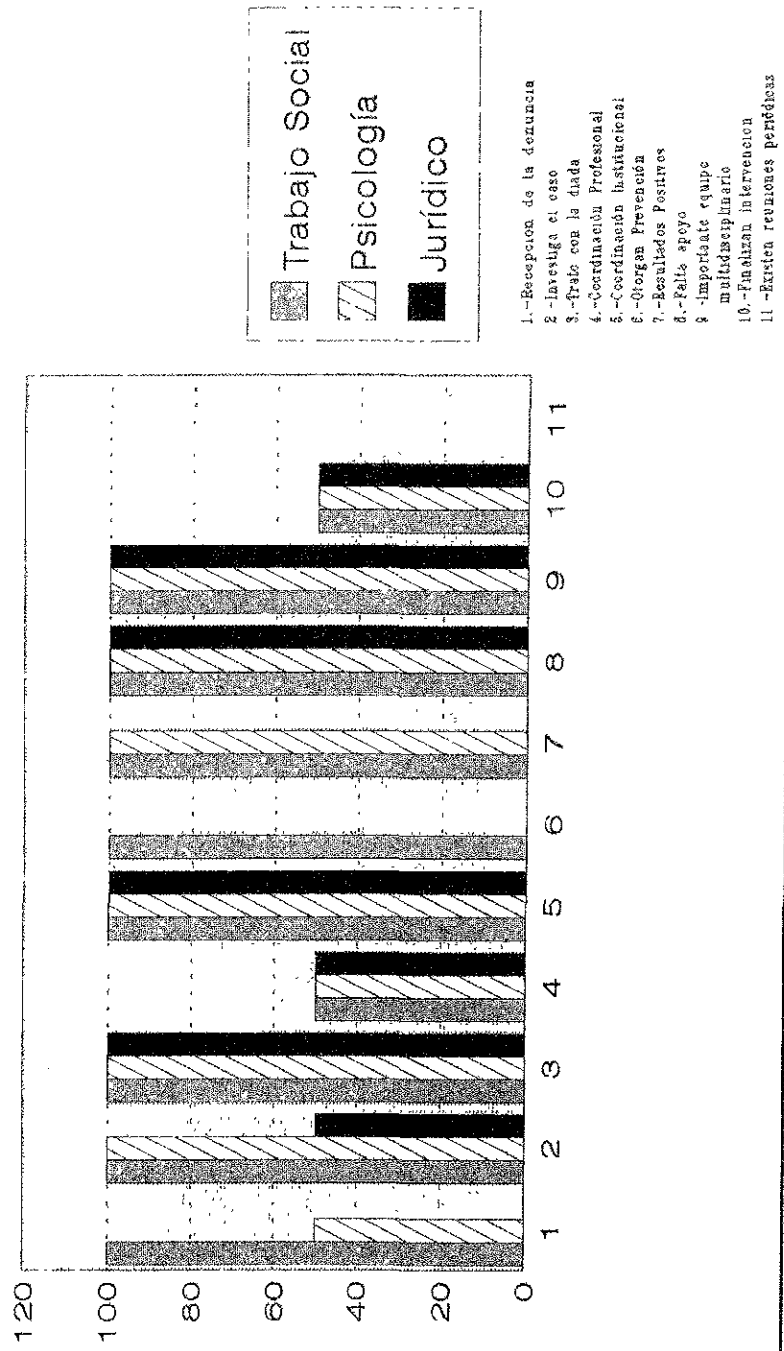
- 1.- ¿A partir de lo que usted a realizado aquí, cómo considera los resultados que ha obtenido (satisfactorios, regulares, etc.)?
- 2.- ¿A qué se debe esto?
- 3.- En cuanto a los métodos que emplea, ¿son los indicados?
- 4.- ¿Cree que hace falta apoyo y de qué tipo sería?

### IV.- SUGERENCIAS:

- 1.- ¿Qué sugiere para mejorar los resultados?
- 2.- ¿Qué tan importante es el equipo multidisciplinario en esto?
- 3.- ¿Quiénes deberían conformar dicho equipo?
- 4.- A nivel general, ¿a qué se debe que a pesar de los esfuerzos realizados, el problema sigue existiendo?

# GRAFICA 1

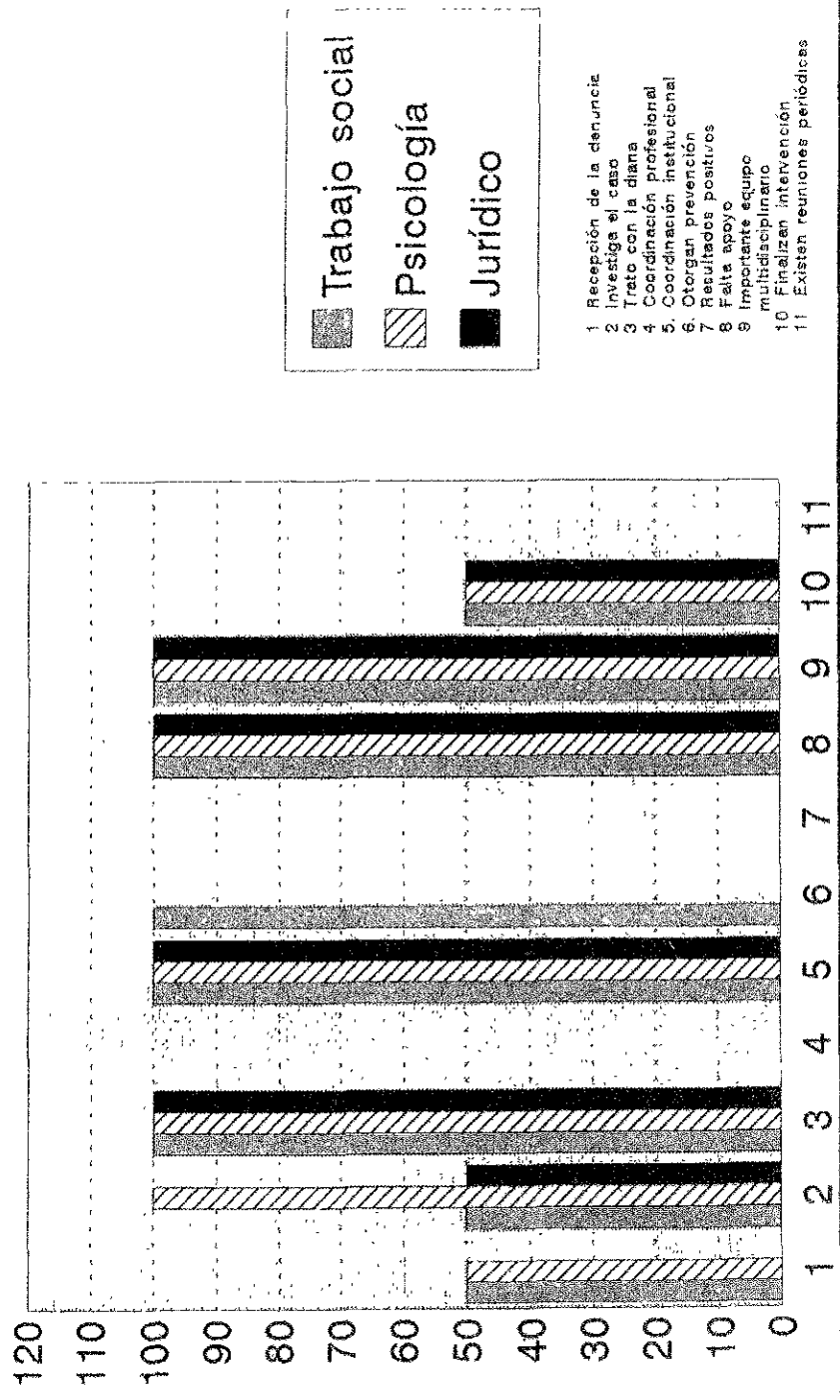
## DATOS APORTADOS EN LAS ENTREVISTAS RESPECTO AL TRABAJO QUE DESEMPEÑAN EN EL DIF



- 1.-Recepcion de la denuncia
- 2.-Investiga el caso
- 3.-Trabaja con la familia
- 4.-Coordinación Profesional
- 5.-Coordinación Institucional
- 6.-Organiza Prevención
- 7.-Resultados Positivos
- 8.-Falta apoyo
- 9.-Importante equipo multidisciplinario
- 10.-Finalizan Intervención
- 11.-Existen reuniones periódicas

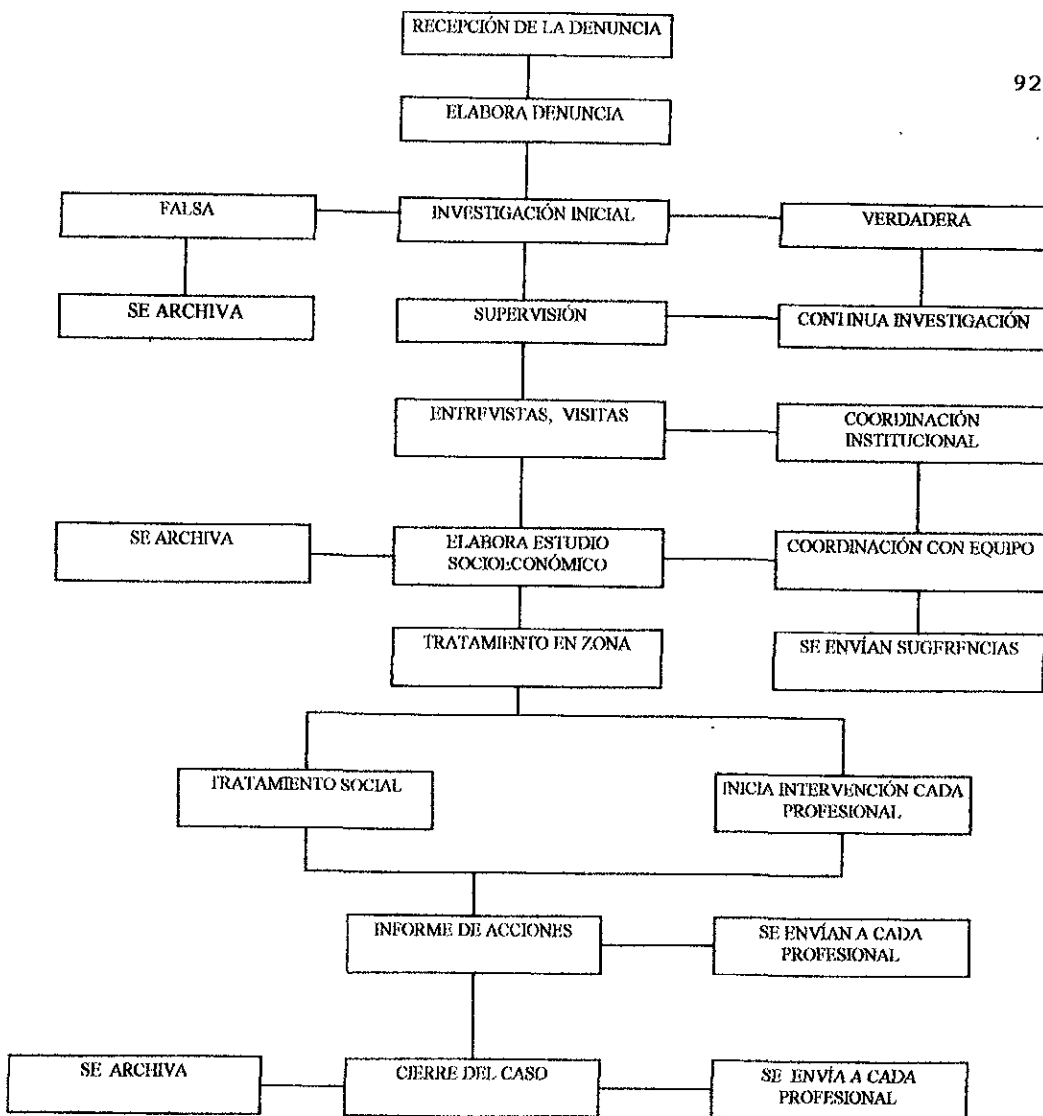
GRÁFICA 2

# DATOS DEL ANÁLISIS RESPECTO AL TRABAJO QUE DESEMPEÑAN EN EL DIF

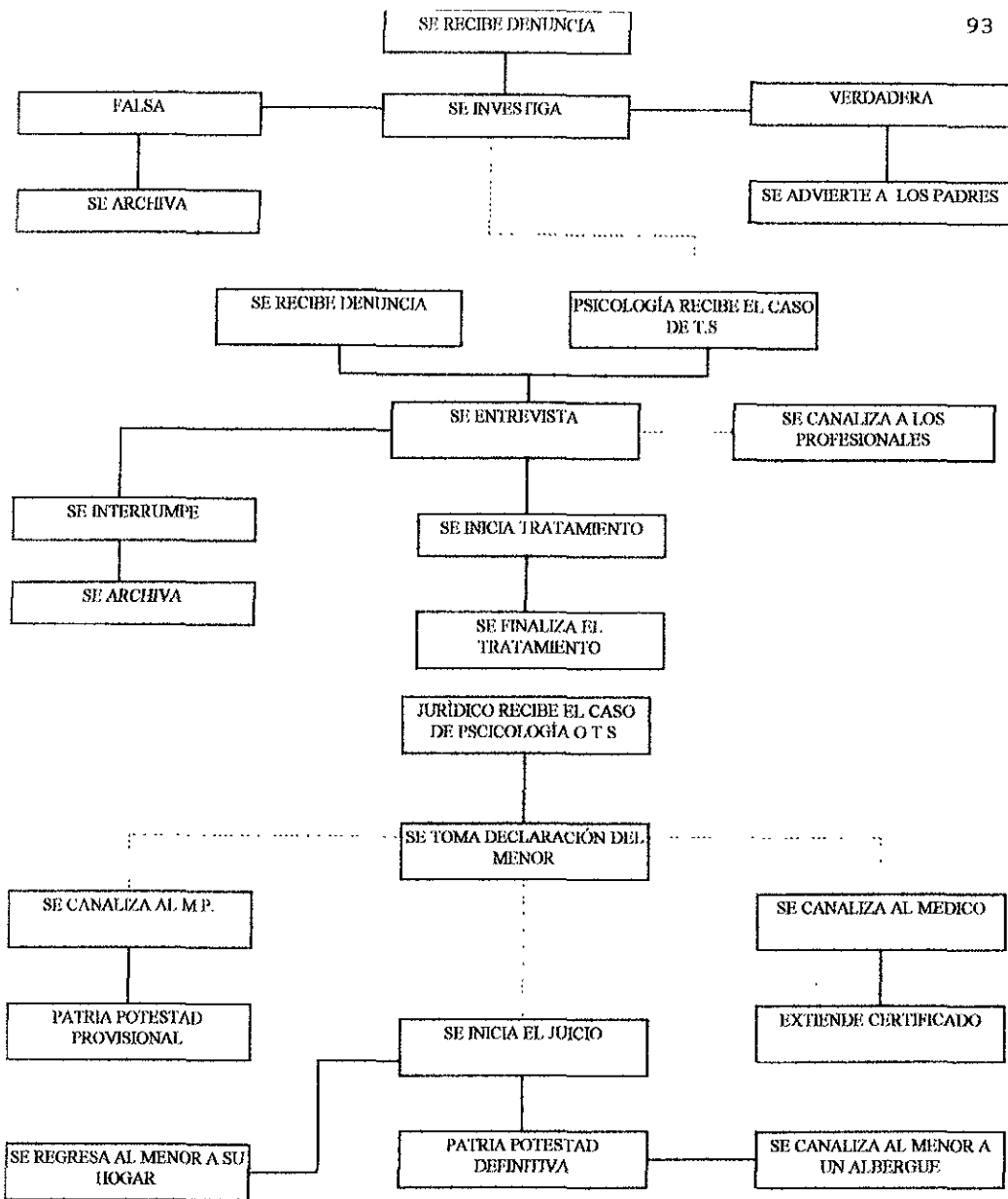


<b>OBJETIVOS</b>	<b>TRABAJO SOCIAL</b>	<b>PSICOLOGÍA</b>	<b>JURIDICO</b>
DETECCIÓN Y ASISTENCIA	SI	SI	SI
DIAGNÓSTICO	NO	NO	NO
ORIENTACIÓN Y PREVENCIÓN	NO	SI	NO
CAPACITACIÓN	NO	NO	NO
AREAS			
ASISTENCIA Y REHABILITACION	SI	SI	SI
INVESTIGACIÓN	NO	NO	NO
PREVENCIÓN	NO	SI	NO

**TABLA 1.** CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES ( DIF-NACIONAL ) POR PARTE DE CADA PROFESIONAL.



**DIAGRAMA 1. PROCESO QUE PROPONE LA INSTITUCIÓN ( DIF-NACIONAL ) PARA LA ATENCIÓN AL MENOR MALTRATADO**



**DIAGRAMA 2. PROCESO QUE SE SIGUE EN LA ATENCIÓN AL MENOR EN EL DIF TLALNEPANTLA**