



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

EXPERIENCIAS DE LOS CUIDADORES DE CRIANZA ANTE EL ACOGIMIENTO
FAMILIAR DEL NIÑO MALTRATADO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:

SARA SANTIAGO GARCÍA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. DIANA CECILIA TAPIA PANCARDO

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSÉ SALVADOR SAPIÉN LÓPEZ

MÉXICO, D.F.

ABRIL 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco a Dios Padre por darme la oportunidad de cada día.

Infinitamente a las familias informantes que participaron desinteresadamente, además la forma humana y digna que llevan a cabo su labor de cuidado de los menores.

A todos y cada una de las personas que permitieron que se llevase a cabo este trabajo investigativo.

A mi compañera colega enfermera por invitarme a elaborar este proyecto de tesis.

Al personal profesional de salud de la CAINM del INP que tan amablemente compartió sus informes y tiempo.

Al Programa de Maestría de la UNAM, porque abrió oportunidades de crecimiento profesional en esta ardua tarea de hacer crecer la disciplina de enfermería.

A mis profesores del programa de maestría, por ofrecer cada día conocimientos y fomentar el aprendizaje, así como la amistad y el compromiso para mejorar, crecer y desarrollar la disciplina de enfermería.

A mis directores de tesis por darme lecciones de vida muy valiosos que hicieron posible el trabajo investigativo.

A mis profesores que imparten la materia de investigación cualitativa Dra. Taracena por ser una persona tan gentil, que hace querer aprender más acerca de la investigación cualitativa.

A la Mtra. Cristina Müggenburg por la guía, la disposición de tiempo, su generosidad y creer en mí en tiempos difíciles.

A la Dra. Dulce María Guillén por creer en nosotros como alumnos y fomentar el crecimiento internacional rompiendo barreras imposibles y por todo su apoyo en la construcción de los cimientos de la investigación.

En especial mi agradecimiento a mi estimado y amigo Dr. Cardoso por guiar mi trabajo, creer en mí , darme fortaleza para seguir adelante, así mismo por darle cuerpo, estructura y significado a este trabajo investigativo al finalizarlo.

Además de su generosidad al compartir sus conocimientos que tan fácilmente se desprende de ellos y hace que la tarea investigativa en el paradigma cualitativo sea apasionada y sea un deleite didáctico sus enseñanzas.

También un especial agradecimiento a mi querido y amado esposo Fer, quién ha tenido que hacer trabajo de doble o triple jornada para suplantar mis ausencias. Gracias querido por ser cómplice en mi historia, mis realidades y mis fantasías, además por acompañarme en esta tarea.

Otro especial agradecimiento a mis queridos hijos Luis, César y Ricky por compartir conmigo las pequeñas cosas.

A mis hermanas quién con ellas comparto el cuidado de crianza con mis y sus hijos, a Ruth, Araceli, Any, Conchís, Eder, Delí a mis hermanos Ociel, Goris, y a Chela.

A mis amigas queridas por compartir su escucha, su calma, y estar ahí, haciendo más significativas nuestras historias de vida.

A Malena, a Lizzón, Angy, Yazmín, Araceli.

Dedicatorias

En memoria de mi madre Petra.

A los infantes que injustificablemente son maltratados y acogidos por redes familiares, mi preocupación y esperanza de que algún día mejoren sus condiciones hacia los buenos tratos.

A mi querido esposo Fer.

A mis hijos por ser tan pacientes y compartir conmigo su amor Luís y César

A mi querido hijo de crianza Ricky con todo mi amor...

CONTENIDO

Resumen	
CAPÍTULO 1	5
Introducción.....	5
CAPÍTULO 2	10
Marco de referencia	10
2.1. Antecedentes teóricos.....	10
2.2 Panorama del maltrato infantil en el ámbito mundial.....	12
2.3 Panorama del maltrato infantil en México	14
2.4 Estadísticas de maltrato infantil en México	15
2.5 Conceptos y definiciones	16
Maltrato físico	17
Acogimiento infantil.....	17
Familia acogedora	19
Experiencia	19
Cuidador de crianza.....	19
CAPÍTULO 3	31
Metodología.....	31
3.1 Problematización.....	31
3.2 Importancia de la investigación	32
3.3 Objetivos	34
3.4 Método	34
3.4.2 Técnicas de obtención de información.....	36
3.4.3 Dispositivos tecnológicos para obtención de información.....	37
3.4.4 Lugares de la investigación	37
3.4.5 Tiempo de realización del estudio en campo.....	38
3.4.6 Acceso a la muestra de estudio:.....	38
3.4. 6 Procedimiento para procesar y clasificar la información	41

3.4.7 Validez por Triangulación de datos:	43
3.4.8 Limitaciones	43
3.4.9. Consideraciones éticas y bioéticas	44
CAPÍTULO 4	45
Principales hallazgos	45
4.1 Aceptación para fungir como cuidador de crianza	45
4.2 La acción de cuidar al menor acogido	51
4.3 Dificultades en el cuidado	56
4.4 Integración del menor a la familia acogedora	64
4.5 Sentimientos que expresa el cuidador	69
4.6 Incertidumbre durante la acogida del menor	75
4.7 Vínculos de la familia acogedora con la familia biológica	79
Discusión	83
Conclusión	94
Bibliografía	97

RESUMEN

La presente tesis versó acerca del sistema de protección del niño maltratado conocido como acogimiento infantil. Esta investigación se realizó en dos familias que tienen en protección a un menor lactante. El objetivo fue describir las experiencias de los cuidadores de crianza ante el acogimiento familiar del niño maltratado.

La metodología empleada fue cualitativa fenomenológica descriptiva; las técnicas para obtención de la información fueron entrevistas semi-estructuradas, de profundidad, observación participante y notas de campo. El medio para recolectar la información fue con audio-grabadora digital. El procedimiento para procesar, clasificar y analizar la información se desarrolló como lo proponen Miles y Huberman.

Los resultados hallados con el análisis estructural del conjunto de datos obtenidos se organizaron en forma de unidades temáticas llamadas categorías y sub-categorías, de esta forma me permitió evidenciar que entre los hallazgos de las experiencias que tienen los cuidadores al acoger familiarmente a un menor maltratado, lo aceptan ante la extrema urgencia y que las experiencias de cuidado de crianza ante el acogimiento, las familias acogedoras conllevan un proceso temporal, así mismo estas narraciones van respondiendo a la pregunta de investigación.

Conclusiones: Los resultados de la investigación señalan que las familias implicadas requieren apoyos de distintas clases, por lo tanto el trabajo para la disciplina de enfermería es muy vasto para desarrollar acciones y estrategias de salud que mejoren las condiciones tanto de los cuidadores como para el cuidado de crianza que otorgan; la implementación de Programas Educativos que atiendan la orientación, formación, consejería, acompañamiento y seguimiento de las familias que acogen a un menor.

Por su parte, los organismos que delegan la tutela en la acogida del menor como son la Institución de salud y autoridades jurídicas implicadas, requiere de sus participaciones en gran medida de distinta índole, así mismo en la implementación de políticas públicas de salud con miras a mejorar las condiciones de la población aquí implicada.

CAPÍTULO 1

Introducción

*"El hombre crece en sí, es un conjunto de experiencias.
Y cada uno, una nueva experiencia es una experiencia que nace
Sobre el fondo del pasado y reinterpreta"
(Reale & Antiseri, 1991).*

Iniciaré a tratar de describir cómo surgió la idea de investigar lo que enuncio, presentando un panorama general; describo lo que encontré alrededor del trabajo a lo largo del camino investigativo, espero que no sea tedioso mucho menos infructuoso, por lo contrario aspiro a que deje huella ejemplificativa, ya que la construcción del conocimiento en enfermería ha sido desarrollado desde la formalización de distintos modos pragmáticos, entendida como punto de referencia para explicar la realidad que cada quién hace a través del sentido y significado de nuestra actividad profesional.

Ya otros trabajos han hablado de este momento paradigmático sin embargo como refieren Adue, y Chervo¹ "La enfermería como una profesión que se desarrolla identificando conceptos, teorías y modelos para ser aplicados a la práctica del cuidado de las personas, necesita profundizar las vertientes del conocimiento para ampliar la visión del mundo y desarrollar el pensamiento de enfermería y de la atención en comunidad."

¿De cómo nació este trabajo? A diez años de funcionamiento de la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (CAINM), la cual surge como una necesidad para tratar y salvaguardar la integridad física y/o emocional de los menores que conseguían llegar al Instituto Nacional de Pediatría con múltiples lesiones, que se sospechaba que no habían sido causadas de formas accidentales; por lo que se hizo ineludible formalizar el trabajo interdisciplinario de salud en atención al niño maltratado, de esta forma se construye formalmente el trabajo inter-multidisciplinario.

Es importante reconocer a lo largo de este tiempo el trabajo que han venido desarrollando el equipo de salud del (CAINM), al mismo tiempo que han generado propuestas en la labor inter y multidisciplinar, se encuentran constantemente dando alternativas de solución, tratamiento, diagnóstico e investigación a esta

problemática creciente del maltrato infantil, sin embargo en años recientes se incorpora a este equipo de trabajo una figura imprescindible que es la enfermera.

Cabe señalar que desde hace dos años se cuenta con un miembro de enfermería adscrito al servicio en la CAINM, así que el trabajo en el campo investigativo es fértil; por lo que se dio la oportunidad fui invitada externa a desplegar un proyecto de tesis dirigido a este grupo de población.

Al inicio de mi presentación en el grupo de la CAINM era de esperarse que no tenía la más mínima idea de cómo comenzar ni por dónde, pero a lo largo de las sesiones clínicas inicié aplicando lo que ya conocía en años anteriores, guiada por la experiencia, a lo que se conoce en nuestra profesión como un diagnóstico situacional, entendí por dónde podía iniciar mi trabajo y que éste fuera relevante para ayudar a la gente que en ese momento lo necesitara.

Si somos pioneros en algo, siempre es más difícil porque el campo del conocimiento es inagotable para cualquier trabajo de investigación o de intervención, esto es para cualquier área incluyendo a enfermería. Haciendo una revisión con mi colega enfermera miembro de este equipo, nos propusimos trabajar con niños que han sido maltratados, siguiendo una medida de protección son puestos en guarda y custodia a familiares, que posteriormente ningún integrante del equipo de este programa realiza seguimiento, se hacen hipótesis con respecto al estado de salud del niño, que está bien porque ellos tienen cita por consulta externa sin embargo nadie conoce de cómo vive.

¿Qué es lo que le interesaría saber a una enfermera en el seguimiento del niño en esta red primaria (así conocida en la CAINM)? ¿Es el cuadro de inmunización, crecimiento, desarrollo, nutrición del menor lo que interesaría? Respondiendo a esta interrogante, pienso que el conocimiento de enfermería en tiempos pasados se inició con este tipo de intervenciones en cuestiones más bien biologicistas. Por lo que si mi propósito era cooperar con conocimiento, tendría que abrir posibilidades por otro camino, y que no duplicara el trabajo.

En este momento había muchas líneas de investigación, pero era el tiempo propicio para este trabajo, dada las circunstancias en la que estaba vivenciando mi experiencia personal, enfrentando diversos aspectos con un niño que es mi hijo de crianza, en el que necesitaba ayuda, de acuerdo a escenarios que nos enfrentábamos a cada día, entre ellas de salud, emocionales, educativas, nutricionales, etc.

De tal manera que mi propia implicación abrió un énfasis de explorar otras realidades y tratar de ayudar a otras personas con la misma problemática. Un debate entre colegas me abrió las puertas, al primer razonamiento que me dio luces para seguir adelante, la idea era que el trabajo de enfermería emergía también, que se estaba en un camino arduo, escabroso y rudo en donde la disciplina de enfermería se construye, se enriquece día a día, de múltiples factores como de saberes culturales, lo social, histórico de cada población que se trate, entonces esta pregunta que me hice al principio no estaba tan descabellada, como enfermera también cabe la posibilidad de responderme desde otras perspectivas.

La importancia de la temática de este trabajo se encuentra en la exploración del otro como cuidador de un menor, haciendo un especial enmarcación en el sentido de que lo subjetivo se describa como objetivo, señalando la importancia del trabajo que tienen las cuidadoras y que ha venido ocupando las investigaciones hechas por Barudy y Dantagnan “de que el ser bien tratado es una de las necesidades básicas de los seres humanos, que cuidar y aceptar ser cuidado es fundamental para mantenerse vivos, en buena salud y que los buenos tratos a los niños asegura el buen desarrollo y bienestar infantil, base del equilibrio mental de los futuros adultos”.²

Así mismo señalando que uno de los derechos fundamentales de los niños y niñas, es que sus necesidades sean satisfechas tanto por sus padres y cuidadores como por toda la humanidad. En este sentido me parece relevante la importancia de que los cuidadores de crianza se les asignan gran responsabilidad para la protección de los menores, el cuidado de su salud, la manutención, el vestido, la alimentación y la educación. Sin embargo poco se sabe desde su propia voz y a quién le debería de interesar.

Ahora me restaba preguntarme desde que óptica metodológica mirarlo, desde la metodología cuantitativa o desde la cualitativa, ¿hubiera sido igual? No lo creo, pienso que el trabajo desde una metodología cuantitativa me hubiera arrojado más números, sumados a las estadísticas de niños maltratados, no hubiera sido los mejores resultados para lo que buscaba, la segunda alternativa era mirarlo desde una metodología cualitativa.

Esto no ha sido nada fácil, a lo largo del tiempo, el ser humano tiende a madurar las ideas, sus perspectivas y dar claridad a lo que se propone, sin embargo me surgieron dudas y más dudas, mirar la problemática desde una postura cualitativa qué es lo que buscaba, entendí que los fenómenos en salud, cuando no han sido investigados primero se debe de dar una mirada cualitativa para escuchar a los principales actores desde su realidad para generar un conocimiento que responda a una posición epistémica dentro de un marco ético necesario del investigador y así detectar a través de la escucha lo que falta en un programa de salud, o qué es importante trabajar desde los interesados, recuerdo un trabajo de Dr. Mercado llamado la voz de los que no son escuchados, que se refiere a esta condición.³

Así que parto de la siguiente idea que guía la presente investigación, un descubrimiento de conocimiento del saber cultural, histórico, de vida, de experiencias vividas, de escucha y de relación con personas acogedoras. A este respecto citaré el texto de Tarrés que refiere precisamente a las investigaciones cualitativas que “ponen en énfasis en la “visión” de los actores y el análisis contextual en el que ésta se desarrolla, centrándose en el significado de las realidades sociales y culturales”.⁴

Al respecto en el trabajo de la enfermería en esta metodología, refiriéndose a la *fenomenología* se encuentra en un proceso de fundamentación teórica y metodológica, a la vez que se están realizando investigaciones empíricas que muestran su utilidad práctica en algunas áreas de los cuidados: materno-infantil, pedagogía familiar, patología, prácticas clínicas y pedagogía.⁵

El siguiente paso por cierto ya tardío, fue cuando me encontraba ya entrevistando, entonces se hacia un eco, si ya estaba conociendo los problemas reales, con procesos, en un contexto social, me surgía otra interrogante ¿cuál era la utilidad para la disciplina de enfermería?, de este modo respondiendo brevemente, el propósito es generar un conocimiento de las situaciones en que se encuentran estas personas cuidadoras haciendo un rescate de su saber cultural, comprender, identificar el cuidado de crianza que proporcionan las familias acogedoras, en un contexto específico.

Para que posteriormente se contemplen factores de intervención de enfermería que desplieguen estrategias que acompañen, informen, formen familias que pretenden o acogedoras del niño maltratado.

Por el momento en esta investigación sólo abordaré la primera parte, que es tratar de conocer las experiencias de crianza de los cuidadores que tienen en acogimiento familiar a un niño maltratado; y es esta parte la que podrá nutrir a la segunda, donde se pretende desarrollar el programa de seguimiento educativo.

La forma que propongo la organización de esta tesis es de la siguiente manera: en el primer capítulo a tratar es la introducción, explicaré brevemente cómo surgió a estudiar la temática; en el capítulo segundo concerniente al marco referencial, como primer punto teórico enmarcando al marco conceptual, y el estado del arte, en el capítulo tres se expone la problemática y la importancia de la investigación, la metodología con la que se llevó a cabo el estudio, detallando la metodología cualitativa empleada; en el capítulo cuatro se redactan los análisis de los hallazgos del estudio; en un apartado realizo la discusión, otro por separado las conclusiones de la investigación ; por último cito la bibliografía en orden de aparición en el texto.

CAPÍTULO 2

Marco de referencia

*«Si el grano de trigo no cae en la tierra y muere, él solo queda;
Pero si muere dará mucho fruto» (Juan. 12, 24)*

2.1. Antecedentes teóricos

A continuación expondré algunos antecedentes que sobresalen en algunos de los diferentes contextos históricos, sociales y culturales sobre el fenómeno del maltrato infantil. A través de la historia de la humanidad ha existido el maltrato infantil en diversas formas y en diferentes países y culturas, a lo largo y ancho del mundo, sin que se le haya dado la importancia que ameritara, la intervención jurídica o el trato digno de los menores.

El trato del menor en tiempos remotos fue delegado en un segundo orden, a un nivel de carga, o de espectador y que no tenía una actuación especial dentro de la vida de los adultos.

Hasta nuestros días el trato del menor ha ido cambiando de formas y aceptación del maltrato por ejemplo la imposición de castigos físicos o el maltrato verbal, que siguen siendo prácticas de crianza y educación cotidianas silenciosas que gozan de niveles altos de aceptación por diversas culturas.⁷⁻⁸

Por detrás de los casos más extremos que ocasionan la muerte, siempre existen muchos más que, aunque resulten menos visibles y menos dramáticos, implican dosis cotidianas de dolor que causan severos daños y disminuyen de manera drástica las posibilidades de una vida sana y plena.⁹

Existen documentos registrados en el año de 1867, los cuales se menciona el primer juicio en defensa de a una niña del Estado de Nueva York frente al maltrato perpetrado por su madre. El organismo que precedía este hecho fue la Sociedad Protectora de Animales, ya que no existía ninguna ley para proteger a los niños contra el maltrato, pero, que sí las había para proteger a los animales de la crueldad: puesto que la niña, objeto de la defensa era parte del reino animal, entonces ella merecía al menos tanta protección como de un animal común.

Este hecho nos habla de lo que ha atravesado los tratos a la infancia y la vulnerabilidad extrema frente a los escenarios de la sociedad y sus cuidadores, a conductas violentas como a muerte, abusos, explotación, sin que ello se haya visto acción de todo el contexto social, cultural, histórico, jurídico, etc. que conforma una sociedad tratése del momento en que se vive.¹⁰

Desde su origen, una de las características distintivas del hombre ha sido la tendencia sistemática a agredir a sus congéneres; en este contexto los menores no están exentos, hasta ahora, en el ámbito de la salud pública mundial, el

fenómeno del niño maltratado se ha considerado por su impacto a nivel mundial como un problema de salud pública.¹²

El término malos tratos engloba diferentes formas de abuso o agresión: violencia física, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia física y/o emocional, maltrato prenatal y maltrato institucional.

La conceptualización del maltrato infantil, entendida en la actualidad, ha sido generada a través de las diversas personalidades que han trabajado sobre esta problemática. A continuación se describen sólo los hechos históricos que enmarcarán un énfasis y la relevancia social de este hecho.

Así la bibliografía revisada da cuenta de las primeras publicaciones que en su momento no tuvieron eco sobre niños que presentaban golpes, quemaduras, fracturas múltiples, sin una causa evidente, en Francia por Ambrosio Tardeu, en 1860, cuyo alegato no fue escuchado sino un siglo después, fue un médico francés que publicó su trabajo sobre malos tratos hacia la niñez.¹²

En Inglaterra por Athol Johnson en 1860, también sobre el abuso sexual Freud en 1892, pero sin llegar a utilizar el término maltrato infantil. En la misma época, Charles Dickens en Inglaterra; y Balestrini en el año de 1880 en Italia, En los Estados Unidos de America por Jaccobi Abraham en 1882 y John Caffey en 1946 en presidente de la Asociación Americana de Pediatría formó un comité para colaborar con la Sociedad para la Prevención de la Crueldad con los Niños.⁹

En Nueva York en 1874 Mary Ellen, fue encontrada encadenada a la cama, en una casa de vecindad de la ciudad, este hecho llevó a la creación de la primera organización para la protección de la infancia, la Sociedad Neoyorquina para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños (NYSPCC, por sus siglas en inglés).⁹

En los años 1960, con la publicación del trabajo de Henry Kempe sobre el tema "síndrome del niño golpeado", se produce una respuesta del mundo médico y el reconocimiento del maltrato infantil como una posibilidad diagnóstica. Comienza también a reconocerse como un serio problema social que exigía actuaciones e investigaciones urgentes.

El impacto del trabajo de Kempe dio origen a iniciativas legales para la denuncia de los casos. Entre 1965 y 1967 todos los estados de la Unión Americana

adoptaron disposiciones legales que obligan a los profesionales de la salud a denunciar el maltrato infantil. Pero llegar a ese triunfo no fue fácil.⁸

Un hecho histórico relevante que surge como respuesta inicial a la protección infantil fue ya en la segunda mitad del siglo XX (1959). Cuando se lleva a cabo una propuesta llamada Declaración de los Derechos de los Niños, ratificada en 1989, y aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas, y también en 1990 reconocida por el Parlamento español, esa partir de estas fechas, cuando se señala la gran novedad de la historia de la infancia: el reconocimiento de los niños y las niñas como *sujetos de derecho*.¹¹

Después de que se reconoce socialmente el infante como sujeto de derechos, además del interés social de frenar los malos tratos a la niñez, hubieron muchas líneas de investigación y de profesionales, de investigadores y los esfuerzos concertados para entender las causas y consecuencias del maltrato infantil; esto han permitido muchos avances en conocimientos y recursos, al tiempo que hacen notar la compleja naturaleza y los elementos desconocidos del problema. Por ejemplo actualmente se hace notar ampliamente que el contexto del maltrato infantil abarca factores sociales, culturales y socio- extensos.

2.2 Panorama del maltrato infantil en el ámbito mundial

El maltrato infantil guarda una estrecha relación con la historia de cada civilización, existen algunas que conocen perfectamente el problema y otras que apenas si la reconocen, esta situación ha sido barrera para conocer una magnitud real de la situación actual. El maltrato infantil es una clara epidemia de salud pública, y un impedimento para la promoción a la salud, creación de riqueza, derechos infantiles, conservación de la familia, igualdad de géneros y prosperidad.

La international Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y Abandono Infantil) efectúa en la actualidad un estudio de la incidencia global del maltrato.

En el continente asiático Hong Kong se caracteriza por la excesiva disciplina impuesta a los menores, se cree que el niño mayor debe obediencia absoluta al adulto y debe cuidar de él durante la vejez. En los países asiáticos como Japón el maltrato infantil se retoma desde el siglo VII. Sin embargo en la actualidad el número de casos es muy bajo en comparación con otros países.

En los países africanos no se ha efectuado un registro que permita conocer la problemática de maltrato infantil actual. Países como Egipto y Ghana se han puesto en marcha programas desde 1979, para conocer el fenómeno de maltrato infantil.

En el continente europeo países como en Inglaterra y País Gales, principalmente en los años (1983-1987) la promoción que se ha hecho a la problemática especialmente a abuso sexual en el menor, ha aumentado el caso de denuncias e informes de la situación actualmente. Francia aunque no tiene cifras concisas, la respuesta de consultas en hospitalización señalan que 60 000 a 100 000 casos por año, estas cifras son alarmantes en la nación.

En Suiza no se tiene los datos exactos de la prevalencia de maltrato infantil, sin embargo el país protege a su población infantil y adolescente que cualquier persona puede denunciar si conoce algún caso de violencia infantil. Dinamarca por su parte sigue la misma línea de acción que Suiza, y se dan prioridad de atención a estos casos.

En el continente Americano: países como Canadá, el Canadian Incidence Study (Estudio de incidencias Canadiense) reportan que las cifras del año 1998 dio una tasa de 9.7/1000niños) en el año de 2003 la tasa de incidencia resultó el doble (21.7/1000 niños) a causa del aumento de exposición infantil a la violencia intrafamiliar. Debido a que se centra en reportes nuevos y casos no activos, la disfuncionalidad crónica de las familias.¹³

En el caso de Estados Unidos de América que cuenta con un registro de notificación de casos permite identificar cifras muy cercanas a las reales. En relación a la parte geográfica Latina países como Brasil, su situación es especial, porque su población es de 62 millones de personas menores de 19 años y de estas el 58% (36%) su ingreso mensual es cuatro veces menor al considerado como mínimo, por lo tanto se considera esta población como pobre, además el 20% de esta población se ha separado para vivir en la calle, es entonces dónde se agravó la situación social de marginación de niños indigentes en Río de Janeiro, en los años 1988-9, aparecieron los “escuadrones de la muerte” cuyo objetivo principal fue para limpiar o desaparecer a los mendigos de las calles.⁸

2.3 Panorama del maltrato infantil en México

En México todavía no se cuenta con un registro nacional adecuado de todos los casos de maltrato infantil reportados a las distintas autoridades (salud, educación, protección a la infancia o justicia).⁹ Es decir, no hay manera de saber si los casos que reporta uno de estos sectores son los mismos registrados en otro. Se han llevado a cabo algunos intentos de integrar estadísticas con base a los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).¹⁴

En el informe sobre la violencia y salud en México elaborado por la ONU en el año 2006; advirtió que México se encuentra en el grupo de naciones más violentas del mundo. Con una tasa de homicidios de 17.4 por cada 100,000 habitantes en el 2004; esta era ocho veces más alta que en Europa y hasta 16 veces más alta que en Japón y Corea.¹⁵

El número de denuncias recibidas por maltrato infantil muestran una tendencia ascendente entre 1995 y 2005; de igual forma, los casos en que se comprueba este maltrato. Sin embargo, en 2006, este comportamiento se revierte al registrar un número menor de denuncias así como de casos del maltrato comprobado.

En cuanto a los tipos de maltrato atendidos, los datos obtenidos muestran a la omisión de cuidados como el tipo de maltrato más frecuente atendido por el DIF en la actualidad (29.8%), seguido por el maltrato físico (23%) y el emocional (21.4%), cuando en 1995 lo eran el maltrato físico (50% de los casos) y el emocional (25.1%).

De acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2002 existían en el país 33 000 000 de menores de 14 años de edad que representaban 31% de la población total (CONAPO 2002).¹⁴

De los menores de edad del país, 60% vive por debajo de la línea de pobreza; 2 100 000 niños de entre 5 a 14 años de edad no asisten a la escuela y sólo 1 de cada 3 menores de 14 años de edad es derechohabiente de los servicios de salud. Asimismo, 18% de los niños menores de cinco años de edad (1 500 000 niños) presentan retraso en su crecimiento y 29 niños de cada 1 000 mueren antes de cumplir los cinco años de edad.¹⁵

Entre los casos de maltrato infantil que atiende el DIF, la mayor proporción (32%) corresponde a casos de maltrato físico. Le siguen en orden de importancia numérica la omisión de cuidados (23%) y el maltrato emocional (20%).

Durante 2002, el sistema de salud atendió a 1 775 menores de 14 años de edad por lesiones ocasionadas por violencia familiar, así como a 8 305 por lesiones provocadas por actos de violencia ocurridos fuera de la familia. También, a 7 076 que sufrieron lesiones por causas no especificadas y a 1 957 por lesiones auto infligidas. En conjunto, entonces, el sistema de salud atendió a 19 113 menores de 14 años de edad por hechos de violencia durante 2002.¹⁵

2.4 Estadísticas de maltrato infantil en México

En algunas entidades, las tasas de suicidio entre menores se han triplicado durante los últimos años, superando, en algunos casos, las tasas de muerte por homicidio. En el Distrito Federal, cada semana han sido abandonados, en promedio, tres niños durante el periodo 2000-2002.¹⁵

En la Consulta efectuada en 2003, de nueva cuenta 28% de los niños y niñas de 6 a 9 años (es decir, 3 000 000 de entre los de esa edad) dijeron que en su casa los golpean y 16% (1 500 000) señalaron que lo mismo ocurre en sus escuelas. Con esta información, el INEGI brinda indicadores para el conocimiento de las características socio demográfico de la población infantil en la entidad.¹⁴

En uno de los estudios publicados, que se refiere a 252 casos atendidos entre 1990 y 2000, en el Instituto Nacional de Pediatría en la CAINM, se reportan los siguientes datos: 52% de las víctimas son niñas y 48% niños.

En cuanto a los tipos de maltrato, 138 casos fueron de maltrato físico (55%); 56 de abuso sexual (22%); 35 de de privación emocional y social (14%); 11 por síndrome de niño sacudido (4%); 10 por síndrome de Münchhausen (4%) y dos casos de ritualismo satánico (1%).⁸ En 13% de los casos el maltrato derivó en enfermedad crónica o incapacitante y en cinco casos (2.3%) produjo la muerte. De los responsables, 90% fueron familiares, 4% no familiares y en 6% se desconoce.

En 10% de los casos se detectó alguna enfermedad psiquiátrica en los responsables.¹⁶ Otro de los estudios se refiere a 150 niños maltratados que fueron atendidos en la Clínica durante el periodo 1998-1999. Entre los niños maltratados se detectaron lesiones y cicatrices antiguas en 62% de los casos; 57% presentaron malas condiciones de higiene; 16% inmunizaciones incompletas; 35% talla baja; 27% desnutrición y 17% bajo rendimiento escolar; 35% de los niños convivían con padrastros o madrastras.

En cuanto a los padres, 55% presentaron alcoholismo o drogadicción; 85% tardaron en solicitar atención médica; 59% dijeron que sus hijos no habían sido deseados y 45% señalaron que también habían sufrido maltrato siendo niños.¹⁷

Refiriendo a los 13 casos de Síndrome de Münchausen, llamadas así a las enfermedades inducidas o fabricadas en el niño por un adulto, se encontró lo siguiente: ocho eran niños y cinco niñas de entre 4 meses y 13 años de edad. En todos los casos las enfermedades habían sido inducidas por las madres. El tiempo promedio que requirió el diagnóstico fue de 10 meses.

El síndrome se expresó de la siguiente manera: cuatro casos de intoxicación inducida; cuatro de fiebre; tres de falsas acusaciones de abuso sexual y dos de diarrea crónica. En cuatro casos las madres habían padecido eventos similares siendo niñas y en otros cuatro había hermanos que también habían sido afectados.¹⁷

2.5 Conceptos y definiciones

Existe una situación real en el estudio del maltrato infantil, desde la perspectiva del establecimiento conceptual, las dificultades se centran de acuerdo a cada país, algunos han optado por utilizar su propia definición, o también según sus propósitos de estudio, consecuentemente existe diversidad de opiniones en cuanto a su definición, clasificación y de la proporción de mismo fenómeno.

Para fines prácticos, se considerará en este rubro lo que define la Organización de Salud Pública/ Organización Mundial de Salud OPS/OMS/ UNICEF en México, “Maltrato infantil es el maltrato o vejación de menores, abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido y negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.⁶

Maltrato físico

Estas son acciones no accidentales por parte de los padres o cuidadores que provoquen daño físico (fracturas, quemaduras, hematomas, mordeduras, envenenamientos, etc.), o enfermedad en el niño o le ponga en riesgo de padecerlo.

En este contexto de la investigación se consideró al maltrato en el niño desde una perspectiva propuesta y aplicada por el INP-CAINM para los niños que están en acogimiento familiar. Por lo tanto la definición que se tomó es referida por Loredó A. que define el maltrato infantil “Como la forma extrema y/o extraña de lesiones no accidentales de cualquier forma de agresión sexual, privación emocional u otro proceso de agresión, ya sea aislada o combinada y ocasionadas intencionalmente por los padres, parientes cercanos y/o los adultos estrechamente relacionados con las familias.”⁸

Acogimiento infantil

En relación del término de Acogida, primeramente citaré textualmente lo que dice el diccionario de la Real Academia Española *s. f.*

- 1 Recibimiento que se ofrece a una persona cuando llega a un lugar.
- 2 Protección y/o refugio, cuidado que se da a una persona que necesita ayuda.¹⁸

En relación con el acogimiento familiar se refiere la literatura como una medida de protección, que consiste en confiar el cuidado, crianza y protección de un niño, niña o adolescente, de manera temporal a una persona o familia distinta de su padre y madre biológicos, en consideración al interés superior del niño. La familia de acogida puede formar parte de la familia extensa o ser miembro de la comunidad local del niño.

El niño acogido no se convierte en miembro jurídicamente de la familia de acogida sino que sigue perteneciendo a su familia de origen. Tiene como finalidad, el ofrecer temporalmente un medio familiar a un niño, niña o adolescente que no puede vivir en su familia de origen.

Esta medida de protección, debe ser una medida provisional orientada prioritariamente hacia la reinserción del niño en su familia de origen, por lo tanto, el tiempo de acogimiento sirve para preparar una reinserción familiar.

En nuestro país una figura jurídica es la que otorga la guarda y custodia de un menor a una persona o personas, con la obligación de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo y educarlo y procurarle una formación integral. Esta figura se puede utilizar en situaciones de desamparo y de riesgo que afectan al desarrollo integral del menor, requiriendo la actuación de los organismos participantes para la protección del menor.

En México algunos niños, niñas y adolescentes que viven en situaciones de vulnerabilidad como son los malos tratos en sus variantes de maltrato físico y negligencia hasta ahora únicamente estos casos son ubicados en alternativas de protección, separados de su medio familiar y puestas bajo la guarda y custodia de una red familiar primaria o cuidador primario.

Como resultado de la intervención legal y con la resolución del acto de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, justificada como medida de protección ante el maltrato, las disposición en hogares como albergues temporales de la procuraduría general y del DIF Desarrollo Integral para la Familia), mientras que la disposición es reciente en México.

Estas acciones de protección han sido implementadas y se llevan a cabo como un programa específico de salud en infantes desprotegidos en países como, España, EE.UU. o Gran Bretaña, en considerar el acogimiento familiar como un recurso transitorio hasta lograr la reunificación familiar.^{19,20, 21}

En países principalmente occidentales, el acogimiento de infantes es más común; en México solo se tienen datos que existen dos alternativas de protección del menor, la primera es que el menor sea puesto en un albergue o casa-hogar también llamada casa cuna, este proceso llevado a cabo por la resolución de la procuraduría general del Distrito Federal, y la segunda alternativa que es la de colocar al menor en acogimiento en una red familiar primaria, ésta se encuentra integrada por abuelos, tíos, primos, etc.

Estas redes de apoyo familiar evita que el acogimiento sea llevado a cabo por una institución. En países europeos como España, hay organizaciones, grupos, y asociaciones que brindan ayuda de diversa índole como económica, a la familia acogedora.

Para este estudio me referiré al acogimiento infantil como una forma de protección de los menores, de su integración a un núcleo familiar, proporcionando su plena participación en la vida familiar, suponiendo que los acogedores del menor procurarán una vida beneficiosa que cubra sus necesidades físicas, biológicas, sociales, cognitivas, educacionales y espirituales.

Familia acogedora

Es un grupo de relación primaria del niño, niña y adolescente, el proceso de socialización de las personas menores de edad determinado a partir del sistema de relaciones (sociales y afectivas) establecidas en la familia y la participación de los niños, niñas y adolescentes en su proceso de protección.²⁰

La familia acogedora constituye una red de apoyo en una de las formas de protección de los menores, que evite su acogimiento en centros de albergue y casa hogar disponible en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), es una solución de problemas a corto plazo o como respuesta a una necesidad a largo plazo, dependiendo de la situación del niño y de sus padres donde, permite que los menores se incorporen a otro núcleo, por familiares directos (abuelos, tíos, primos paternos o maternos), o indirectos (padrinos, padrastros, amigos, vecinos) dispuesto por este organismo de autoridad pública, que el acogimiento por la red de apoyo familiar asuma la tutela, la guarda de tiempo completo, que conlleve las obligaciones de velar por el niño, cuidarlo, tenerlo en compañía, protegerlo, alimentarlo, vestirlo, recrearlo, educarlo, brindarles servicios de salud, y procurarle una salud integral.

Experiencia

Para fines de la investigación, con la expresión de experiencia me refiero a la forma cómo está viviendo el fenómeno de acogimiento familiar, de las habilidades derivadas de la práctica y de la observación, de la vivencia personal, de cómo es sentido, pensado, y conocido el cuidado de crianza que contribuye a la comprensión del cuidador del niño maltratado.

Cuidador de crianza

Es una persona que tiene un papel de guarda y custodia del menor la persona es responsable de cuidado, crianza y del bienestar del niño.

Los cuidadores de crianza protegen, aseguran y conviven con el niño una temporada, estos incluyen un padre adoptivo, tutor ya sea un familiar biológico o una persona que tenga la guarda y custodia del menor.

Los cuidados de crianza

Por una parte, la crianza infantil abarca una serie de conductas interrelacionadas que son difíciles de resumir en pocas variables: medir la calidad de la crianza implica medir simultáneamente una variedad de prácticas complejas que, además, en su mayoría, son específicas para cada edad. Por otra parte, estas prácticas no siempre son “medibles” en sentido estricto: no remiten a propiedades para las cuales exista o pueda existir, una escala e instrumentos de medición estandarizados.

Si bien no existen recomendaciones internacionales precisas, uno de los documentos rectores de UNICEF propone una síntesis de los diversos métodos de evaluación de las prácticas y recursos. Recomienda el uso del modelo de evaluación de indicadores potenciales nivel país y posibles indicadores de las seis pautas de crianza: Evaluación, Análisis y Herramientas de Acción para el Cuidado (Care Assessment, Analysis and Action Tool CAT) desarrollado inicialmente por Engle en 1927 y modificado en años sucesivos.

Russell Hochschild define el cuidado como “el vínculo emocional, generalmente mutuo, entre el que brinda cuidados y el que los recibe; un vínculo por el cual el que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad. Por lo tanto cuidar a una persona es hacerse cargo de ella.”

El cuidado es el resultado de muchos actos pequeños y sutiles, conscientes o inconscientes que no se puede considerar que sean completamente naturales o sin esfuerzo. Así el cuidador brinda sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo”²²

Como no es tan específico el término entonces recurrí a el Diccionario de la Real Academia de la Lengua española y encontré que la crianza dice: Crianza: Acción y efecto de criar, especialmente las madres o nodrizas mientras dura la lactancia.¹⁹

Para los fines de la presente investigación los cuidados de crianza son determinantes en el acogimiento familiar y retomo a los siguientes autores que hacen referencia a los usos y costumbres correspondientes al acervo cultural, que de alguna forma tienen que ver con lo que les enseñaron a los cuidadores sus progenitores.

Basado en el conjunto de acciones de atención dirigidas a los niños como alimentación, vestido, cuidado en su salud, con respecto creencias personales,

conocimientos adquiridos y posibilidades fácticas, asistencia en su seguridad, perseverar su integridad, afecto que dan las personas cuidadoras a un niño maltratado que ha sido acogido.²³

2.6. El acogimiento infantil en el ámbito mundial

La revisión de la literatura internacional, que realizó del Valle et al, demostró que esta medida de acogimiento infantil, cuenta con una larga tradición en diferentes culturas, sin embargo se hace mención en especial a España porque en comparación de la mayoría de los países europeos y anglosajones inicia desde los años 30 y 40 por una legislación que protege a los niños desamparados, esta medida hace la gran diferencia y relevancia de su seguimiento e imitación de muchos otros paises del mundo.

Esta acción se solicitaba una medida de guarda y custodia del menor así como de protección en caso de quedar huérfano, a una adopción por parte de una familia compuesta por un padre y madre.¹⁹

Por lo tanto esta revisión ejemplifica que los niños y adolescentes que han sido acogidos por una familia extensa, está promulgada en la ley española desde 1987, donde se creó este sistema de protección infantil, de este modo, representa que no existe un precedente ni antecedente del acogimiento familiar formal, tal como se conoce hasta ahora en otras partes del mundo.

A sí mismo se han desarrollado investigaciones, seguimientos, elaboración de guías, programas que corresponde a cada parte geográfica del país como Programa prioritario de Salud Infantil.^{19,20, 21}

El antecedente más parecido al acogimiento familiar, sería la colocación familiar, regulada ya en la Guerra Civil española de la orden de 1937, para la atención de los niños huérfanos y abandonados pero que fue reformulada esta ley en 1948.¹²

En otra parte del mundo como son los Estados Unidos comienza con el llamado “tren de huérfanos” cuya misión era transportar a los huérfanos y abandonados de las grandes urbes hasta las colonias rurales donde estos niños eran acogidos por familias. La profesionalización de trabajo social y la incorporación de la psicología y de otras disciplinas de las ciencias humanas al terreno de la protección infantil, se planteó a mediados del siglo XX para ayuda de las familias que tienen a un menor en acogimiento.¹²

El acogimiento familiar como medida de protección es una de las cuestiones de mayor consenso legal, científico y profesional, después de haber pasado dos décadas que se reglamentó no se ha constituido en una medida prioritaria, el acogimiento familiar es el más común, una población muy altamente vulnerable y compleja, con altas tasas de enfermedades físicas, y mentales agudas y/o crónicas, de trastornos madurativos, del aprendizaje y también de problemas emocionales y del comportamiento.

Existe un estudio que se realizó en España siguiendo la revisión bibliográfica y siguiendo a los niños que son acogidos se observó que frecuentemente estos niños se encuentran afectados en alguna de sus diversas esferas como a su cognición y estado mental, a su salud física, psicológica , nutricional, etc.²⁴

Las necesidades prioritarias son del tipo asistenciales en servicios preventivos y/o terapéuticos de diferente índole como lo son: psicopedagógicos, psiquiátricos, dermatológicos, oftalmológicos, odontológicos, nutricionales, neumológicos infecciosos y alergológicos, de inmunización²⁴

Los autores concluyen que la comunidad en general tiene la responsabilidad de ayudar a mejorar la salud de este grupo vulnerable de menores, así también en la satisfacción de las necesidades físicas, mentales, educacionales básicas de estos niños con alto riesgo socio-sanitario.

El fracaso en la identificación e intervención precoz de las necesidades sanitarias de estos menores no puede afectar su calidad de vida en el futuro desarrollo físico, emocional e intelectual sino que también puede incrementar las dificultades de adaptación.²⁴

En un estudio realizado en la Universidad del país Vasco elaborado por Balluerka, N. et al en el 2002. Donde elaboraron un instrumento de valoración para medir el nivel de integración del menor a la familia acogedora, el objetivo de dicho estudio consistió en elaborar y examinar las características psicométricas de un inventario destinado a medir el nivel de integración de los menores en las familias acogedoras, el instrumento mostro tres factores integrados por una considerables.²⁵

El inventario evalúa dos aspectos importantes para alcanzar un adecuado nivel de integración con la familia con quien se convive una es la percepción del menor de sus sentimientos y de la relación que mantiene con su familia biológica son aceptados por parte de la familia acogedora; así como los sentimientos de

pertenencia, de seguridad afectiva del menor con relación con dicha familia en tercer punto que parece intervenir en el nivel de integración del menor: la percepción que el niño tiene con su familia biológica, en relación que hace los autores de la investigación es que para que exista un adecuado sistema de protección, al menor no debe obligarse a renunciar a su identidad familiar, y que al menor debe de no privarle de la presencia física y psicológica de su familia biológica, evitando así un conflicto de lealtades que dificultan su integración a la familia acogedora.

El nivel de integración del menor se halla estrechamente vinculado a variables relativas a las características del menor acogido, de las características de la familia acogedora y a la familia biológica. Por lo tanto se considera el inventario de gran utilidad para evaluar el éxito o fracaso del acogimiento familiar como medida de protección infantil.²⁵

En otra bibliografía revisada se encontró que existen datos acerca del acogimiento de menores en la ciudad de Valencia, España; elaborada por el grupo de trabajo de Pinazo S, et al, en el 2003; acerca de los abuelos y abuelas que se convierten en acogedores de sus nietos, y cuáles son las características del acogimiento en familias extensas.

Los resultados de este estudio muestran aspectos positivos y negativos, dentro de los primeros los investigadores encontraron que el acogimiento en la familia extensa es el más idóneo para las problemáticas paternas que deriven en el cese de las convivencias con los hijos, ya que permite al menor permanecer en un ambiente conocido y evita el desarraigo familiar y mantener el contacto con figuras paternas.

Dentro de los aspectos negativos que encontraron que, para los abuelos asumir el rol de cuidadores supone una enorme carga, sin embargo la buena disposición y la necesidad de ayuda admite un éxito para llevarlo a cabo pero esto no es suficiente para la tarea tan importante.²⁶

Al asumir el acogimiento también existen otras consecuencias como el incremento de gastos extras, afectando también la salud física del cuidador, siendo en este sentido que el cuidador también necesita ayuda y de los sistemas de apoyo formal no disponen de recursos o servicios de apoyo emocional del cuidador, como enseñanza de estrategias de afrontamiento, y habilidades de crianza.

Dentro de otras de las dificultades encontradas es el proceso de la valoración del acogimiento familiar no se sigue con rigor, estos procesos se disuelven a favor del vínculo sanguíneo, dejando desprotegido las garantías de protección del menor.

Otra dificultad añadida al acogimiento reside en el seguimiento de los casos, porque estos son escasos quedando el menor a expensas de la familia acogedora.²⁶

Otra investigación que contiene información reveladora acerca de los acogimientos infantiles en España llevada a cabo por el grupo de Amorós et al en el 2004, respecto a la misma temática del acogimiento y el desarrollo infantil, hablan aproximadamente la tercera parte de los niños y niñas muestran problemas relacionados con el crecimiento y el desarrollo, así como en los ámbitos de la autonomía, la responsabilidad y la resistencia al control.

Alrededor de la mitad de la muestra presentan problemas iniciales en hábitos básicos como la comida, la limpieza, el sueño, etc.; así mismo presentan problemas en las áreas del desarrollo cognitivo-lingüístico y en el ámbito de autoestima; aunque en torno al 90% muestran apego a algún o algunos miembros de su familia biológica, sólo la mitad de estos niños y niñas se consideran bien integrados en dicha familia.

La escolarización y el rendimiento académico presentan indicadores de problemas para aproximadamente el 60% de los niños y niñas estudiados; y alrededor del 60% de los niños y niñas de la muestra viven con inquietud o bien su pasado, o bien su futuro, o bien ambos.

El análisis de datos presentado en este informe permite identificar un número importante de variables de las familias biológicas con las que las características de niños y niñas valoradas antes de su incorporación al programa de acogimientos están significativamente asociadas: el estado físico y psicológico de niños y niñas muestra una significativa relación con las condiciones de vida de su familia biológica (vivienda, cobertura de necesidades básicas).

Lo mismo puede decirse respecto al estado de salud de los padres, negativa y significativamente relacionado con diversos indicadores de desarrollo, particularmente cuando las drogodependencias, los problemas psicológicos están implicados; y finalmente, los datos muestran que las experiencias de maltrato intrafamiliar están también asociadas a un peor desarrollo en niños y niñas en ámbitos tan importantes como el auto concepto y la autoestima.²⁷

En cuanto a otras referencias la sociedad “Durban Children’s” (Sudáfrica) ha señalado que existen casos en que niños huérfanos acogidos por sus familiares están sometidos al “síndrome de Cenicienta” característico porque reciben alimentos y recursos sólo de haber trabajado ya sea para los hijos biológicos o

para toda la familia en quehaceres domésticos como si fueran empleados, no asisten a la escuela y su sustento es el trabajo que realizan.

De igual forma, se encuentran niñas en Camerún, Ghana, Marruecos y Togo la bibliografía hace referencia a las niñas, provenientes de hogares pobres con frecuencia de áreas rurales que son acogidos por familiares y que estas niñas son forzadas a realizar actividades domésticas.²¹

2.7 El acogimiento infantil en México

El acogimiento infantil por familiares puede preverse como una solución a los problemas a corto plazo o de forma definitiva en consecuencia de haber sufrido malos tratos, abandono, abuso, corrupción, negligencia etc.

La medida a seguir por las autoridades judiciales, por las instancias de salud y sociales que tienen que ver con la responsabilidad civil de actuar, es de asegurar su protección del menor, separándolo de sus progenitores para salvaguardar su integridad física y emocional; de esta manera se asume que los padres no tienen la capacidad y aptitud necesarias para procurarle una plena educación, cuidado y solvencia para enfrentar las necesidades del niño, ejercida al no tener la patria potestad con los derechos y obligaciones que la misma conlleva.

Se conoce que hasta últimas fechas, en México la única alternativa viable para los niños, niñas y adolescentes que eran objeto de malos tratos por parte de sus familiares y no teniendo algún miembro de la red familiar que asumiera la guarda y custodia del menor, la única forma de protección era el de internamiento en un centro público especializado, como son las casas-hogar, casas-cuna, o albergues de la Procuraduría General del Distrito Federal, y estancias de asociaciones civiles, dedicados a la protección de los menores.

En México desde 1984 en el Departamento de Medicina Interna (MI) del Instituto Nacional de Pediatría (INP) se atendió esta patología médico-social desde una perspectiva médica integral; es decir, no sólo se atiende el problema médico quirúrgico que el menor pueda tener, también se hace una evaluación del estado emocional del niño, de su familia, del agresor cuando es posible y un análisis socioeconómico de la familia.²⁸

Todo este proceso se efectúa a través de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP). En 1997, la CAINM-INP quedó formalmente constituida como grupo académico vinculado a la Facultad de Medicina de la UNAM (CAINM-INP-UNAM), dedicado exclusivamente a la atención de los niños, niñas y adolescentes que sufren violencia así como la investigación del fenómeno.²⁸

En México no se encuentra regulada jurídicamente la medida del acogimiento infantil, existe un programa de reintegración familiar, ya que se considera a la familia como institución óptima para el desarrollo psicológico y social de los menores, siempre y cuando se den las condiciones de seguridad, higiene, afectividad, etc.²⁸ La introducción de esta medida de protección en México se dice que es oportuna, claro está que falta mucho que hacer considerando el trabajo de investigación que aún no ha podido ser sólido.

El trabajo de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado en el Instituto Nacional de Pediatría, surge oficialmente en 1997, sus acciones emergentes fue la búsqueda de los componentes básicos del maltrato infantil, su definición conceptual de maltrato infantil que abarcara todos los elementos que participan en este fenómeno. A partir del año 2000 las estrategias de investigación y docencia empiezan a ocupar los principales objetivos del accionar cotidiano del CAINM-INP-UNAM.

Sin embargo en este ámbito del INP (CAINM) se encuentra en el proceso de solidarizar el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario de forma más eficaz, para que el programa de Atención integral se lleve a cabo, no solamente es trabajo de algunos profesionistas sino es el trabajo de la sociedad, gobierno, salud, educación, iglesia, y toda la gama de asociaciones que estén dispuestas a trabajar con esta problemática que es vista por muchos pero escondida para todos.

Al estudiar y valorar la evolución de cada menor maltratado en el INP, siguiendo un algoritmo servirá para la planeación de un tratamiento integral es indispensable la participación de todos los servicios involucrados. El objetivo primordial del acogimiento familiar, es evitar la desintegración del núcleo familiar y preservar los vínculos familiares a pesar que el agresor sea un pariente directo, se han encontrado obstáculos frecuentemente en el seguimiento de los pacientes estos se describen a continuación:

- Falta de una interrelación adecuada con la familia.
- La selección incorrecta de la red familiar primaria
- No contar con personal interesados en el seguimiento de estas familias.
- No establecer contacto directo y constante con la autoridad pertinente.⁷

El acogimiento infantil para México prevé el cuidado a través de los hogares provisionales, consistente en el cuidado y protección provisional del niño o niña cuando no lo puede ejercer su familia de origen y como medida jurídica del Estado.²⁸

2.8 Procedimiento seguido para detectar y canalizar al niño maltratado

La ruta a seguir que tiene el CAINM-INP para colocar a un menor en situación de acogimiento familiar es que el niño haya venido a la institución por una puerta de entrada que generalmente es urgencias, el niño queda en tratamiento, mientras su caso es valorado por un equipo multidisciplinario de salud, el equipo de salud recaba evidencias para descartar la posibilidad de que el niño se encuentra a causa de maltrato infantil.

Conforme pasa el tiempo, se encuentra en hospitalización el menor en espera de que su situación se resuelva la CAINM da parte al ministerio público de las lesiones del menor y el maltrato que está siendo víctima, el ministerio público sigue una ruta en el proceso legal dónde cita a los padres y es él ministerio público el que decide finalmente la medida de protección al menor en contra del maltrato.

La institución de la CAINM se da a la tarea de buscar si existen familiares consanguíneos preferentemente de primer orden, los abuelos, los tíos, los primos, etc. Cita a los familiares, les hace entrevistas, pruebas psicológicas para buscar la mejor opción en cuanto a cualidades para que el menor tenga un mejor trato.

Con los resultados obtenidos de la CAINM para la colocación del menor en acogimiento por una red familiar, en este punto es de llamar la atención que en la CAINM a este proceso lo llaman colocación del menor en una red familiar primaria, sin embargo para fines del trabajo de enfermería inicie en esta acción el término será sustituido por acogimiento familiar, nosotros lo llamaremos así para determinar nuestro objeto de estudio; el trabajo social su terminología en consecuencia se determina y se buscan redes familiares.

El ministerio público determina con quién finalmente dará al menor en guarda y custodia ya sea de forma temporal o definitiva. Les proporciona a los familiares la responsabilidad de cuidar al menor.

No obstante la preocupación gira en torno a la idoneidad de los familiares que acogen al menor y a la relativa falta de seguimiento, acompañamiento, ayuda a que están sujetos las familias acogedoras. Porque así indirectamente o directamente existen riesgos y problemas de que éstos puedan implicar en el futuro del menor.

La institución de salud les proporciona los servicios de salud gratuita para que sus cuidadores continúen con el seguimiento en el tratamiento, rehabilitación y atención del menor. Los menores puestos en acogida por familiares son comunes y bienvenido cuando se trata de niño que son lactantes y que sus lesiones pusieron en gravedad su vida; sin embargo, estos menores caminan o se encuentran ya restablecidos funcionales, orgánicas, mental y biológicamente.

Pero existe la otra situación, cuando los menores que han sido maltratados y que desafortunadamente quedan con alguna secuela neurológica, como la muerte cerebral, lesiones de la columna vertebral que conlleva una cuadriplejía, hemiplejía, trastornos funcionales, con asistencia ventilatoria, con asistencia alimentaria por aditamentos como la gastrostomía o colostomía, es muy difícil su colocación en acogimiento tanto con la familia o en instituciones de la procuraduría y civiles.

En la integración de los menores maltratados y en las familias de acogida no ha sido examinada directamente, se ha estudiado de forma indirecta en investigaciones centradas en los factores ligados al fracaso o al éxito del acogimiento familiar, evaluados, respectivamente, en función de la interrupción imprevista o de la continuidad de los acogimientos familiares.⁶

En nuestro país, se ha pretendido censar los casos de maltrato infantil, sin embargo las cifras exactas no han salido a la luz la frecuencia con que se dan los casos de maltrato infantil, ya sea porque existe la posibilidad de que se oculte ésta o no establece un diagnóstico adecuado, la problemática actual apunta precisamente a estas cuestiones tales como; la inexistencia de homologación en el tratamiento tanto médico como legal, se debe de establecer un diagnóstico diferencial por lo menos en las tres variantes de maltrato más frecuentes como son maltrato físico, abuso sexual y privación.

Otro de los factores problemáticos que han encontrado, es que la estancia hospitalaria es muy larga, en años anteriores 1980-1990 era de hasta un mes, específicamente en el CAINM-INP, los días de estancia promedio es de 28 días, para la resolución de un caso de maltrato infantil.⁷

Además existe otra situación importante a destacar que las redes familiares primarias tardan en aceptar a un menor en acogimiento. Desde este programa, que deberá promover un desarrollo emocional, físico e intelectual, al tiempo que una identidad personal y social, se atiende a niños que presentan diferentes características y necesidades, así como diferentes perspectivas de retorno a su familia de origen.

Aunado a este obstáculo es frecuente que no existe el seguimiento de los menores, ya sea por la falta de interacción con la familia, no se selecciona una correcta red de apoyo familiar primaria, no se cuenta con un equipo consolidado de profesionales interesados en este aspecto de manejo integral.

A continuación se describen los pasos en forma esquemática de la actuación del equipo de la CAINM-IPN. (Figura 1).

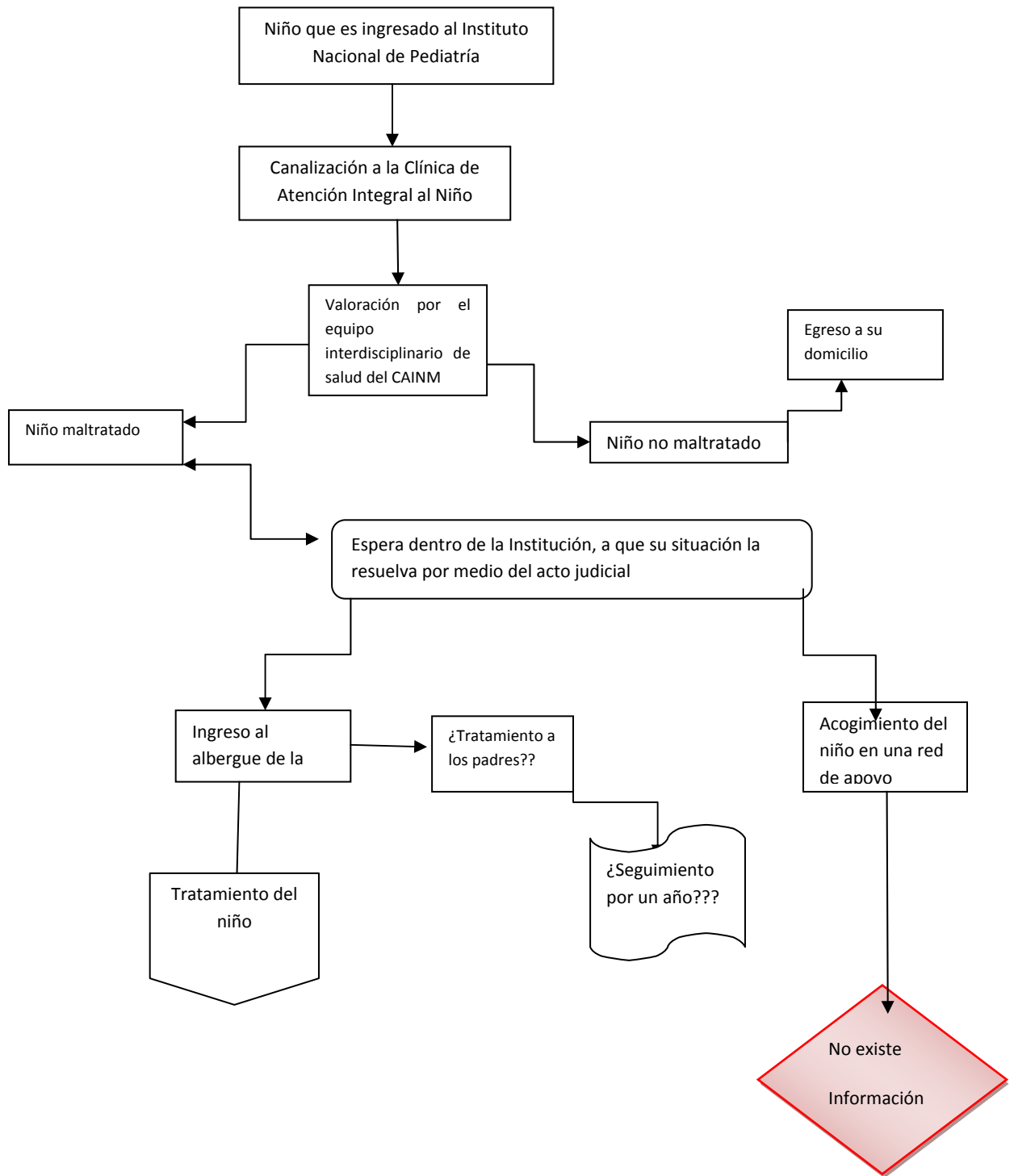


Figura 1. Ruta crítica para la detección y el tratamiento del niño maltratado INP-CAINM, México, 2008.

CAPÍTULO 3

Metodología

*"El medio mejor para hacer buenos a los niños es hacerlos felices."
Oscar Wilde (1854-1900), escritor irlandés.*

3.1 Problematización

El acogimiento del niño maltratado, en una red familiar hasta ahora no se ha estudiado en México, tanto por las Instituciones de salud que están involucradas en dar atención especializada a estos niños, como las que imparten justicia, por lo tanto se desconocen datos que proyecten cómo se desenvuelven adaptativamente, de su desarrollo, de cómo viven, cuáles han sido sus cuidados y otros aspectos relevantes que vinculen su estado de salud del niño en sus nuevas familias acogedoras.

De esta manera, la presente investigación se proyecta para construir en una etapa posterior, un sistema de protección, acompañamiento, difusión, información de los agentes resultantes de esta investigación, qué aporte al profesional de enfermería y otros profesionales involucrados en la temática conocimientos, así como material para construir en el plano de la disciplina de enfermería un programa educativo de atención, donde surjan recomendaciones, que permita a las personas cuidadoras prepararse para que se adecuen a las necesidades de atención de cuidado de los niños,

Así mismo desarrollar información que permita orientar a otros profesionales de enfermería y familias acogedoras a tomar decisiones más apropiadas sobre el cuidado de crianza del menor, para que tomen en cuenta los factores sociales, psicológicos y demás implicaciones que para la enfermería, es importante considerar desde un enfoque disciplinario a la hora de abordar una cuestión de vida-histórica, cultural, social, psicológica y de salud como lo es el acogimiento familiar de un niño maltratado.

Ante la problemática antes descrita la pregunta de investigación que guió la investigación fue: ¿Cuáles son las experiencias del cuidador de crianza en el acogimiento familiar del niño maltratado?

3.2 Importancia de la investigación

Es por la relevancia trascendental de los cuidadores al llevar adelante la vida de un niño en condiciones vulnerables, que aún no ha sido estudiada en México por la disciplina de enfermería en este sentido, haciendo participe de estrategias profesionales, fomentando que la participación de enfermería conozca que aspectos son necesarios a contemplar, para guiar el cuidado que dan los cuidadores de crianza de un menor en acogimiento.

Dentro de muchos aspectos más, la colocación del menor en acogimiento, se encuentra determinada por factores que no están claramente establecidas, reglamentadas y seguidas tanto para los cuidadores como para los demás sujetos involucrados, estas son: la primera es la situación legal, la segunda por un proceso psicológico, la tercera por un cuidado de crianza sin la dirección de un profesional en este caso de enfermería, que pueda mantener una comunicación clara, veraz, oportuna, de guía, acompañamiento y seguimiento de la salud de un menor en acogimiento familiar y la cuarta por un proceso histórico-social-cultural.

En nuestras leyes mexicanas no existe un apartado dentro de la Constitución, así como del código penal o código civil que hable únicamente de los derechos de las niñas, los niños y adolescente por lo que dichas leyes tutelan conductas antisociales en forma general; (delito por lesiones, delito por abuso sexual a menores, abandono de persona, etc.)

La ley de protección de los Derechos de los niños surge de forma emergente debido al aumento del abuso de los derechos de los niños por parte de la población adulta, dichas disposición jurídica está contemplada en 56 artículos y 3 transitorios, siendo sus disposiciones de orden público, interés social y de observancia general en todo el país, por lo que carece de carácter coercitivo y sanciones efectivas. Está ley tiene por objeto garantizar a los niños, niñas y adolescentes la tutela y el respeto de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución solamente.²⁹

Por lo tanto el acogimiento familiar en México no se encuentra regulada por la ley está concepción de figura se ha transformado radicalmente en los últimos años en aquellos países que más tradición han tenido en la utilización de este recurso como España, Francia, y en América Latina: Argentina, para la atención de los niños protegidos por instituciones públicas o administrativas.³⁰

En lo referente a los procesos psicológicos de adaptación de transiciones profundas, estas implican períodos críticos que afectan al niño, a la familia acogedora y a la familia biológica, como periodos de alteración emocional, también de establecimiento de relaciones vinculares existentes entre madre sustituta y de los niños en acogimiento, este proceso es llevado a cabo desde el primer momento de la toma de decisión del cuidador hasta el desarrollo de la protección.

La función de crianza, la cual no se limita exclusivamente a la alimentación y a los cuidados físicos, de salud, sino a otros aspectos como los aportes afectivos desde un maternaje y paternaje simbólico para cada uno de los involucrados, del cuidado del menor en todas sus necesidades, que además lo que persiguen las instituciones implicadas que sean eficaces, eficientes, adaptables para ambos; se espera igualmente por estas instituciones que los cuidadores sean capaces de brindar continencia y restitución en el menor, pero sin que exista la ayuda necesaria que guíen esta función de cuidados de crianza por el profesional de enfermería y por el equipo inter y multidisciplinario de salud.

Por último el proceso de separación que tienen las cuidadoras en la relación madre-hijo que tarde o temprano regresan porque el menor tiene que integrarse con su familia biológica y que tanto el niño como en los cuidadores tienen que continuar su proceso de vida afrontando una pérdida significativa, sin que se lleve a cabo un proceso de duelo adecuado.

La otra situación que se enfrentan es la social, que conlleva todo un proceso de desgaste en la economía en los cuidadores, sin faltar que tienen que distribuir de forma diferente su tiempo y energía.

Estas condiciones serán descritas y explicadas desde su propia perspectiva del cuidador, sacada desde su experiencia hablada, en este sentido le permitirán tal vez, que pueda construir un sentido a esta experiencia vivida, en sus diversas dificultades y en su satisfacción de su realidad.

Que sea comprensible, mostrada desde su percepción para los otros, plausible, así mismo que pueda explicar un por qué ha tomado y elegido las decisiones durante el tiempo que ha cuidado, de su situación en su hogar en ese momento, de ser consciente de su papel ya sea objetivo o subjetivo.

Que sea parte implicada en este mismo escenario, que en cierta manera se conozca en qué y cómo sustituye a la madre en el cuidado, de cómo ayuda a la formación del carácter del menor, de su formación en la estructura psíquica del niño, de cómo le permite al niño una independencia, esta relación que sea propulsor del vínculo para su inserción afectiva, cognitiva, mental, educativa y social.

Estas descripciones consentirán que avale, así como represente el proceso de acogimiento, permitiendo que exprese cuales han sido sus experiencias vividas a través de sus relatos, que le permita confiar en el otro (investigador), facilitando el intercambio de información, así como la indagación de material científico como el que aquí se pretende conformar.

Al respecto Mercado⁴ señala la importancia del uso de la investigación, en este caso se pretende que el impacto sea en la participación de la asesoría, evaluación, elaboración de programas y servicios a nivel institucional que oriente las necesidades de los cuidadores de crianza, en este caso que sea llevado a cabo por el profesional de enfermería que integra el equipo de la CAINM.

3.3 Objetivos

- Describir las experiencias de los cuidadores de crianza ante el acogimiento familiar del niño maltratado.

3.4 Método

Se recurrió a la perspectiva metodológica de la investigación cualitativa entendida como: “no como una solución, más bien, como una vía para llegar a una mejor comprensión de la condición humana, con la esperanza de contribuir a la adopción de decisiones más racionales y una mayor eficacia e impacto de los programas de salud”³¹

Se optó por el modelo epistémico de la fenomenología descriptiva o eidética: “La investigación en fenomenología es el estudio de la experiencia vital, de la cotidianidad y del mundo de vida. Que tiene por objetivo describir el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes han tenido dicha experiencia”.³²

Este método permite el estudio de las experiencias vitales cotidianas, en el acogimiento de un niño maltratado físicamente, e en consecuencia realimentar la experiencia no conceptualizada o categorizada de acogimiento familiar en particular a este tipo protección de la cual se sabe poco en nuestro medio, encaminada a la producción de un conocimiento válido y relevante para la práctica de enfermería en el ámbito comunitario y clínico de protección de la población infante maltratada.

3.4.2 Técnicas de obtención de información

Las técnicas utilizadas para la recolección de información fueron: Entrevista semi-estructurada, entrevista a profundidad, observación participante y notas de campo: En la entrevista semi-estructurada se recolectó datos de los individuos participantes a través de una serie de cinco preguntas guiadas para obtener información acerca del tema en estudio.

Para los cuatro informantes de la CAINM, se utilizó la entrevista semi-estructurada con cinco preguntas que guiaron la misma, a cada uno se realizó una sola entrevista.

En la entrevista semi-estructurada se recolectaron datos de los participantes a través de una serie de cinco preguntas guiadas acerca del tema en estudio.

Sin embargo estas preguntas que fueron útiles al principio, resultaron insuficientes por lo que la entrevista semi-estructurada se convirtió en entrevista a profundidad para una familia de los informantes.

La observación participante se inició a propósito de la invitación propuesta de una de las cuidadoras al lugar donde se desempeña como comerciante en un mercado sobre ruedas de la Ciudad de México, en el se llevó varias etapas:

- a) Observación en los hogares de las informantes
- b) Observación en el mercado de una de las informantes
- c) Observación en el acompañamiento durante el transcurso de las entrevistas.
- d) Observación a los lugares que acompañé a las informantes (casa, parque, calle, transporte y trabajo de ambas informantes)

Se observó el escenario sin interactuar en las actividades diarias de las familias acogedoras, y se obtuvo una perspectiva interna del escenario donde fue acogido el niño maltratado. Así como la búsqueda de información de cuidados de crianza que son dados al niño dentro de la red de apoyo familiar en el acogimiento. También para obtener información que de otra forma sería inaccesible.

Se llevó un registro de lo observado detallado, sirvió para llevar una mejor organización de los horarios, lugares, fecha, horario de la entrevista, gastos y todo aquello que fue pertinente en la investigación.

3.4.3 Dispositivos tecnológicos para obtención de información

1. Audio grabadora de voz formato digital. Cada entrevista que fue realizada se grabó y transcribió para fines de análisis se tomaron puntos del relato a los cuáles se pudieron regresar en la entrevista.
2. Diario de campo: En él se describió aquello que fue observado en el escenario de forma objetiva, la meta fue capturar datos de los entrevistados, se recopilan sentimientos, reflexiones, ideas, corazonadas, momentos de confusión, interpretación, análisis de lo que se observa.
3. Se hizo un registro de los aciertos, de los errores y de las ideas que fueron surgiendo, así como de las anotaciones acerca de los horarios, las entrevistas, los lugares y de todo aquello que pareciera importante para la recolección de la información.

3.4.4 Lugares de la investigación

1. Las entrevistas semi-estructuradas se llevaron a cabo en los hogares de los cuidadores.
2. La entrevista a profundidad y trabajo en campo se realizaron en el lugar donde labora una de las cuidadoras. Cuidadora # 2 (Ale)
3. Para la entrevista de los profesionales de salud de la CAINM, en una oficina del Instituto Nacional de Pediatría.
4. Para la observación participante con la Sra. Ale se llevó a cabo en el mercado donde labora como comerciante.

3.4.5 Tiempo de realización del estudio en campo

Las entrevistas se iniciaron en el mismo lapso de tiempo, con la Familia de Rosy inicie en el mes de mayo del 2009 y con la Sra. Ale inicie en el mes de julio del mismo año. Con la familia de la Sra. Rosy fueron cuatro entrevistas con duración de 45 minutos a una hora cada una de ellas y observación no participante. Las entrevistas las realicé en su casa y una en el parque, además que una sola vez la acompañe a la calle a dejar a las niñas con su pareja

Con la Sra. Ale fueron cinco entrevistas, con observación participante. Tres de ellas fueron en su casa con duración de 45 minutos a una hora y dos de ellas en el mercado además se alargaron por de 8 horas. Inicio en mayo 2009 y terminó en el mes de enero 2010.

3.4.6 Acceso a la muestra de estudio:

Para realizar la investigación en las familias acogedoras, se pidió apoyo al Director Médico de la CAINM, al Comité de Investigación del INP. El apoyo también fue muy activo por parte de enfermería, así como del acceso a la información en los expedientes clínicos por medio de la intervención de una de mis porteros, cabe señalar que la investigadora nunca tuvo acceso a los expedientes clínicos de los menores.

Se pidió apoyo del equipo multidisciplinario para integrar a los informantes y que aceptaran a prestar la mayor información posible.

Participaron dos profesionales médicos que fueron los porteros para iniciar la entrevista, que son los tratantes de los niños en acogida familiar.

3.4.6.1 Selección de informantes clave

La muestra se seleccionó de forma intencional en el Instituto Nacional de Pediatría a través de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, en las dos familias que han acogido en su seno familiar a dos niños lactantes, que han sido tratados sólo en sus variantes de maltrato físico.

Primero se planteó la investigación al equipo de la CAINM, la profesional de enfermería que tiene acceso a la información y localización de las familias así como de los médicos tratantes de los menores propusieron a las familias acogedoras de los niños y que tuvieran como mínimo un año de tener en acogimiento al menor.

Los médicos tratantes de los menores hicieron el contacto con las cuidadoras, el día que acudieron a su cita para la valoración clínica de los menores, e hicieron la invitación para participar en esta investigación, posteriormente me proporcionaron información acerca del padecimiento y el número telefónico para hacer la cita en su domicilio.

3.4.6.2 Selección de porteros

Se requirió que me integrara al equipo de la CAINM y exponer el tema problema ante el director médico y al equipo, después que me dieron la aceptación; asistí a múltiples sesiones clínicas y de seguimiento de casos de maltrato infantil y abuso sexual, que fue desde enero del 2008 a enero del 2009 los días lunes y jueves, después de que el equipo de la CAINM, ya me identificaba como investigadora externa a la CAINM, me aceptaron al equipo, fue cuando conocí a los médicos pediatras tratantes de los menores en acogimiento.

Para la selección de porteros fue inmediatamente que se formalizara ante la institución y la clínica, los médicos que tratan a cada uno de los menores contactaron con las familias y convinieron el día y la hora acordando mi visita a sus hogares, así me facilitaron la información necesaria como los antecedentes más relevantes y la información para llegar hasta sus domicilios y hacer contacto telefónico con las familias acogedoras.

Para la facilitación de la comunicación entre las dos familias y la investigadora se requirió de la participación de una profesional de enfermería que fungió como portera, ya que es la única que se encuentra en el programa de la CAINM. Así mismo tiene conocimiento de las familias que son acogedoras y del acceso a la información de los menores en sus expedientes, así mismo, invitó a las cuidadoras para su cooperación en esa investigación.

3.4.6.3 Características de los informantes

❖ Dos cuidadoras de familias que tienen en acogimiento por más de un año, a un menor que fue maltratado en variante de maltrato físico y además a los menores los recibieron en edad de lactantes de menores de dos meses de nacidos.

Integrantes de las familias, en el caso de Rosy, su esposo no fue un buen informante y se descartó porque sólo opinaba lo mínimo necesario y en el caso de la Sra. Ale, su hermana quién también cuida de Miguel se solicitó su participación como informante, previa valoración de los aspectos éticos y consentimiento informado.

❖ Cuatro profesionales del equipo interdisciplinario de salud de la clínica (CAINM).

3.4.6.4 Caracterización de los Informantes

3.4.6.4.1 Cuidadora #1

“Códigos in vivo”

- ❖ Datos generales de Identificación
- ❖ Nombre clave de los participantes cuidadores “Rosy”, su esposo Sr. “Lalo”, la niña en acogimiento: “Estrellita”
- ❖ Edades: Sra. Rosy 32 años, Sr. Lalo 38, Estrellita 1 año nueve meses
- ❖ Estado civil: Unión libre
- ❖ Ocupación: Rosy: Asistente dental, Sr. Lalo: taxista
- ❖ Escolaridad: Rosy : Carrera técnica de enfermería trunca
- ❖ ¿Desde hace cuanto tiempo tiene al niño/a su cuidado? “Tiene un año que me la dieron vamos a cumplir un año cuatro meses con ella.”.

- ❖ ¿Cuántas personas viven en este domicilio? “nueve, somos nueve familias.”
- ❖ ¿Cuántas personas integran su familia? “¡somos cinco!, mi esposo, mis dos hijas: Lluvia (nombres ficticios) de 7 años y medio y Mar que tiene ya casi 6 años.”
- ❖ ¿Cuántos niños cuida? “Una, con Estrellita, una.”
- ❖ Parentesco con la menor: Tía paterna en segundo orden
- ❖ Características del acogimiento: Temporal

3.4.6.4.2 Cuidadora #2

“Códigos in vivo”

- Nombre clave de los participantes “Ale”, “Miguelito” y “Arita” hija adolescente
- Edades: Sra. Ale. de 43 años, Arita de 15 años y Miguelito 1 año dos meses
- Estado civil: Divorciada.
- Ocupación: Comerciante
- Escolaridad: 1er año de bachillerato
- ¿Desde hace cuanto tiempo tiene al niño/a su cuidado? “Desde hace un año.”
- ¿Cuántas personas viven en este domicilio?“Somos tres y formamos una familia.”
- ¿Cuántas personas integran su familia?
- “tres, Arita, Migue y yo” (Sra. Ale).
- ¿Cuántos niños cuida? Pues con Migue, y Arita dos.
- Parentesco con el menor: Tía en primer orden, hermana de la mamá biológica.
- Características del acogimiento: Temporal

3.4.6.4.2.1 Informante: Tía de Miguelito

- ❖ Nombre clave: Irma
- ❖ Edad: 30 años
- ❖ Estado Civil: Soltera
- ❖ Ocupación: Estudiante / Investigadora de tiempo completo.

3.4. 6. Procedimiento para procesar y clasificar la información

Las entrevistas grabadas fueron transcritas palabra a palabra según lo que propone Morse y Field.³⁴

El análisis de resultados se desarrolló de acuerdo a lo que proponen Miles y Huberman; “seleccionar, focalizar, simplificar, abstraer y transformar los datos.”³⁵

Se realizó lectura con atención flotante. Se subrayó con diversos colores los textos que más llamarón la atención, agrupando primero los textos en 60 categorías diferentes.

El código de identificación se integró siguiendo las aportaciones de (Coffey y Atkinson; Miles y Huberman. La organización de los datos, la selección de los elementos específicos de los datos por categorías, y darles un nombre.³⁵⁻³⁶

Primero se seleccionó la información de acuerdo con el número de entrevista, el informante 1 o 2 y el número de párrafo, por ejemplo a la entrevista #1 se le dio el código E1, informante de la familia #1, C1 y al número de párrafo el número que correspondía el texto; después se agruparon todos los textos en las categoría propuesta hasta reducir el número de categorías hasta llegar a conformar siete, en la tabla 1 se hace un resumen de las categorías y códigos resultantes.

Tabla 1. Resumen de la estructura fenomenológica de la experiencia de los cuidadores de crianza que tienen al acoger a un menor maltratado.

Categoría	Sub-categoría
Aceptación para fungir como cuidador de crianza	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencia de ayuda al menor - Deber de proteger a la menor ante la vulnerabilidad - Incertidumbre
La acción de cuidar al menor	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo cuida al menor • Qué hace • Cómo viven el cuidado
Dificultades en el cuidado de crianza	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición de tiempo • Economía familiar • Salud de los infantes • Características emocionales del menor • Aumento de actividad física del cuidador
Integración del menor a la familia acogedora	<ul style="list-style-type: none"> • A la llegada de la menor • Transición temporal • Aceptación
Sentimientos que expresa el cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Afectos • Frustración e impotencia
Incertidumbre durante la acogida del menor	<ul style="list-style-type: none"> • En la protección del menor • Ante la toma de decisiones • Terminó de la acogida
Vínculos de la familia acogedora con la familia biológica	<ul style="list-style-type: none"> • Con el padre biológico • Con la madre biológica

3.4.7 Validez por Triangulación de datos

Considerada por Tarrés, “cuando se usan diversas fuentes de información.”⁴ En este estudio llevada a cabo por diferentes informantes, de las cuidadoras de los menores en acogimiento y por el personal que atiende su estado de salud de los niños en la CAINM, y fueron utilizados dos informantes (entrevistas abiertas y semi-estructuradas) respectivamente para obtención de información.

3.4.8 Limitaciones

La limitación a las que me encontré en esta investigación fue de algunos de los miembros del equipo de salud de la CAINM, restringieron la información, limitándome el acceso y localización de más familias acogedoras. La comunicación fue escasa con los profesionales de salud que tienen la tarea de mantener actualizados los datos de las familias acogedoras, no proporcionaron datos fidedignos acerca de la dirección de los domicilios a la que acudí, estos no existían, el número telefónico no servía, se encontraba fuera de servicio o estaba suspendido; así que no fue posible hacer contacto con las familias que había aceptado participar, por lo que estos contactos resultaron ser infructuosos.

3.4.9. Consideraciones éticas y bioéticas

Además de una carta de consentimiento informado solicitando la participación de los informantes y detallando ampliamente el trabajo de investigación, (ver anexo) se consideraron algunos lineamientos generales a los que fueron informados los participantes como son:

- a.** Los objetivos del estudio.
- b.** Las características del fenómeno en estudio
- c.** El diseño del estudio que en este caso fue fenomenológico.
- d.** Las incomodidades que pudieron surgir.
- e.** Del contactar a la investigadora según así lo requería.
- f.** Los posibles beneficios para los sujetos de estudio, como en casos donde se busca establecer valores de referencia (estudios no terapéuticos).
- g.** De los posibles riesgos, así como la manera de vigilarlos, tratar de evitarlos e inclusive compensarlos.
- h.** La ayuda que se prestó de forma voluntaria por parte de la investigadora.
- i.** De la disposición de días y horarios acordados con los informantes.
- j.** De las posibilidades de canalización de ayuda si está fuese necesaria.
- k.** Del regreso de la información a los participantes de forma transcrita para su valoración y validación.
- l.** De su valoración y consentimiento de la información para su uso en el caso de difusión escrita o por cualquier otro medio.
- m.** De mantener en confidencialidad, protegiendo su identidad y sus datos generales tanto de los menores de edad como de los informantes adultos.

CAPÍTULO 4

Principales hallazgos

*“Los niños deben ser muy indulgentes con las personas grandes”
Antoine De Saint Exupery, 1943. Fragmento de El Principito.*

A continuación se describe lo narrado por los informantes, para dar a conocer cómo son los procesos en las distintas experiencias que tienen los cuidadores de crianza de un menor en acogimiento familiar, de tal manera que se han organizado los datos encontrados en siete categorías de análisis con diferentes códigos para facilitar su comprensión.

Los resultados emergieron de cada categoría para poder responder a la pregunta que orientó el presente estudio ¿cuáles son las experiencias del cuidador de crianza de un menor en acogimiento familiar?

Experiencias que tuvieron los cuidadores al recibir en acogimiento al menor maltratado

4.1 Aceptación para fungir como cuidador de crianza

Con esta categoría me referiré como la acción aprobatoria del cuidador para hacerse cargo de otra persona en este caso del menor, con un motivo personal, atendiendo a su racionalidad; dentro de esta categoría se encuentran las siguientes sub-categorías: la urgencia de ayuda del menor ante el desamparo entendida como la necesidad de ayuda inmediata; el deber ante la vulnerabilidad entendida como obedecer a una ley moral que obliga a hacer un acto correspondiendo a una acto positivo y lógico humanitario de protección contra un daño físico o moral de ser expuesto a una amenaza de pérdida de su familia, hogar, salud y estabilidad emocional.

Incertidumbre referida como inseguridad ante el desconocimiento de la condición futura de acoger a un menor, por causa de falta de información o de conductas humana errónea de las previsiones inciertas ante el cuidado de un menor lactante.

a) El caso de Rosy y Lalo

Urgencia de ayuda al menor ante el desamparo

La pareja vive varias experiencias que describe Rosy, estas formaron parte importante en la toma de decisión para querer cuidar a Estrellita, primeramente perciben que existe una necesidad real.

La urgencia de ayuda a Estrellita, porque existe la posibilidad de acogerla o no, con las consecuencias de quedarse con ella y asumir toda las de responsabilidades propias que requiere un menor, o la otra opción, que la menor sea trasladada a un centro de albergue para menores como medida de protección mientras los padres resuelven su situación jurídica, ellos creen ser buenos candidatos para acoger y ayudar a Estrellita, hacen conjeturas, un balance del futuro reales e imaginarios acerca de ayudarla o dejarla en abandono.

También había otros candidatos más cercanos viables para quedarse con la menor por los lazos sanguíneos de parentesco, sin embargo, no son aceptados; entonces la pareja se reconocen así mismo como la mejor opción familiar. Ellos inician a realizar los trámites necesarios ante las instituciones jurídicas y de salud, motivados por el interés de ayudar a la menor *“en estas condiciones nos la dieron, como de premura, nos dieron a Estrellita, nosotros queríamos ayudarla ¡Cuidándola!”*

Los otros familiares más directos consanguíneos no respondieron ante el llamado de la Institución a más de un mes que había sido dada de alta del hospital de Estrellita es entonces cuando Rosy afectada emocionalmente, involucra sus sentimientos con el deber moral y toma la decisión de acogerla haciendo partícipe a Sr. Lalo de que es lo que puede ofrecer y de no arriesgar más la integridad de la menor en todos los sentidos. *“Además era una bebecita ¿Cómo dejarla así?”*

El deber de proteger al menor ante la vulnerabilidad

El relato indica que Estrellita se encontraba en una situación vulnerable en su condición de ser un bebé de menos de dos meses de nacida, de tener una familia biológica desintegrada por la violencia, de encontrarse en recuperación de su salud lesionada por el traumatismo craneo-encefálico provocado por alguno de sus padres y de encontrarse en un proceso legal, esta condición desfavorable y de

extrema vulnerabilidad afectó a Rosy para tomar la decisión de proteger a la menor, en contra de sus desavenencias, esta aceptación Rosy la justifica ante el deber moral de respuesta urgente, haciendo a un lado todas las responsabilidades que debería asumir voluntariamente.

Incertidumbre

Durante el momento de tomar la decisión de la familia de Rosy el Sr. Lalo que es su pareja refiere que se encontraba ante la incertidumbre, está referida como circunstancias donde abundan las dudas, la inseguridad, y no sabe de cómo y cuándo saldrá de esta situación especial él piensa acerca de lo difícil que va a hacer, de cómo adaptarse a un bebé dentro de su familia *“¡era muy difícil! nosotros también estábamos consientes de que sabíamos que era muy difícil, de que iba a ser difícil tenerla con nuestra familia, por que los bebes requieren más cuidados”...*

Esta incertidumbre también es de cómo asumir la responsabilidad del cuidado, de cómo tratarla, y de cómo integrarla a su familia; al principio fue puesto en tela de juicio; la decisión fue tomada por Rosy al ser valorados aspectos de parentesco y de deber moral tratando de situar a su esposo a una realidad de urgencia de toma de decisión. *“mi esposo, él se encontraba indeciso al principio y yo le dije ¡Es una bebé! y él ¿Qué vamos hacer con una bebé? y pues así, sí fue difícil”.*

b) El caso de la familia de Ale

Urgencia de ayuda al menor ante el desamparo

Lo sucedido con la Sra. Ale: ella narra su experiencia ante el riesgo latente de que Miguel fuera colocado en un albergue, por el abandono de familiares frente a asumir la responsabilidad de cuidarlo, el prestar la ayuda que requería en ese momento, Ale acepta el acogimiento ante la posibilidad de que el bebé de apenas dos meses de nacido fuera colocado en un centro para menores, *“no había otro recurso sino se lo llevaban al albergue, no había otro familiar que se comprometiera si hay familiares pero no se comprometen con ayudarlo”.*

Ale se vio requerida por sus valores de la responsabilidad y el deber moral, su decisión fue tomada con base en los lazos consanguíneos que los une, tomando

en cuenta los sentimientos afectivos y de solidaridad ante el sufrimiento de Miguel. Ale es la que toma la decisión de acoger a Miguel prestando su ayuda anteponiendo sus propios compromisos, *“Lo que pasa de que... como decían que el bebé tenía que irse a un albergue, por no tener, por no tener alguien que se hiciera responsable, o compromiso alguien que pudiera cuidarlo, es lo que yo temí que se lo fueran a llevar a un albergue o a un hogar para niños o una casa hogar para niños, entonces yo me decidí a tenerlo, ayudarlo y yo como tía, fue ayudarlo”.*

El deber de proteger al menor ante la vulnerabilidad

La vulnerabilidad de Miguel es otro factor que Ale tomó en cuenta para aceptar acoger al menor, el niño se encontraba recuperando en su estado de salud y luchando también por su vida, *“...el bebé estaba mal, muy mal, tenía una lesión en su pulmoncito y se quedo quince días internado, íbamos todos los días a verlo, la verdad es que yo me sentía mal, porque pensaba que mis problemas eran pequeños a lo que estaba viviendo mi hermana...”*

Había perdido también su familia, y se encontraba en una situación desfavorecida, las autoridades habían señalado las rutas para continuar su vida de Miguel, o conseguía su mamá un familiar cercano a ella para que lo acogiera o lo protegerían en un centro infantil de la procuraduría. Ale lo expresa: *¿yo cómo negarme a ayudarla, bueno a ella y al bebé?, porque era un bebecito, recién nacido”* *“esa vulnerabilidad la que me permitió acercarme al pequeño...”*

Incertidumbre

La incertidumbre de acoger a Miguel se percibió con la hija de Ale, ella sugirió que iba a ser difícil aceptar a Miguel. La hija de Ale acepta gustosamente porque se trata de un bebé de un mes quince días de nacido, sin embargo no fue lo que la hija esperaba, ella quizá había pensado que se trataba de un bebé aparentemente normal, que no iba a ser tan fácil consolar su llanto, el resultado es que Miguel al parecer necesitaba de más ayuda de la que podrían brindarle en ese momento. *“Entonces, mi hija aceptó, que lleváramos a la casa a Miguelito, al principio ella estaba emocionada, porque le gustan los bebés, pero la sorpresa que nos dio fue grande, porque Miguelito no era un bebé tranquilo, sino todo lo contrario, el bebé desde que me lo dieron fue muy latoso, lloraba y lloraba y yo no sabía por qué”.*

Esta primera categoría referido es con respecto a las decisiones que tomaron los cuidadores al principio, se encuentran relacionadas con base en la valoración de ayuda inmediata al menor, atendiendo la necesidad de seguridad del lactante, así mismo contemplando el futuro del niño y el temor ante sus creencias y conocimientos acerca de historias de los albergues para niños.

En las dos familias cuidadoras la información que recogen desde su entorno y la representación mental en un primer momento es la necesidad de ayuda para los menores estos al verse ante la separación de su familia biológica y al posible traslado a una institución pública, como son los albergues y los hogares de casa cuna, dónde por fuentes de diversa índole de comunicación conocen y desconocen de historias que perciban el futuro del menor con el temor al peligro real o imaginario de que les suceda algo.

Las familias temen por la seguridad de los menores, perciben a los menores indefensos y que requieren de ayuda inmediata por su condición de ser bebés, en este momento sus lazos sanguíneos hacen un compromiso moral de soporte y auxilio tanto para las madres como para el menor como víctima de daño.

En ambos casos, las familias aceptan acoger a los menores por solidarizarse con el sufrimiento de ellos, de tratarse de niños con maltrato y el desamparo de su familia biológica que en ese momento estaban atravesando, además un factor importante en que tomaron en cuenta ambas que se trataba de un bebé, la incertidumbre de cómo asumir la responsabilidad del cuidado, de cómo tratarlo, y de cómo integrarlo a su familia al principio fue puesto en tela de juicio; la decisión fue tomada al ser valorados aspectos de parentesco, de ayuda al menor ante su vulnerabilidad y a sus madres poniéndose en la condición de que ellas también habían sido víctimas de maltrato.

Las cuidadoras se sobrepusieron a sus intereses particulares y tomaron la decisión con incertidumbre de ¿qué va a pasar más adelante? en el caso de Rosy junto con su pareja y en el caso de Ale con su hija.

En la información dada por el personal profesional de salud, los acogimientos de los niños maltratados que las autoridades toman en cuenta primero por el interés que tenga la familia en ayudar al menor, y después por el lazo consanguíneo. Sin importar ninguna otra condición económica, espacio, tiempo etc. Los acogimientos se llevan a cabo cuando un familiar consanguíneo es propuesto por los padres

biológicos, las autoridades establecen el vínculo de tutores y dan en guarda y custodia a los menores, y en la institución de salud hacen las entrevistas psicológicas para elegir a la familia acogedora.

4. 2.- La acción de cuidar al menor acogido

Con esta categoría me referiré a la práctica o actividad que realiza un cuidador para cuidar a un menor lactante maltratado y dentro de esta categoría están los códigos de: cómo cuidan al menor entendidas las diversas formas, modos o maneras que cuidan a un menor; qué hace entendiéndose a las diferentes acciones que ponen en práctica los cuidadores para dar el cuidado necesario al menor y cómo viven el cuidado entendida a lo relacionado a lo vivenciando del cuidado.

a) En el caso de la familia de Rosy y Lalo

Cómo cuida la familia de Rosy al menor

Rosy describe la manera que presta cuidado de crianza a Estrellita, y lo describe en dos fases temporales; el primero refiere cuando llegó a su hogar la menor junto con su mamá, ambas en malas condiciones de salud y emocionalmente, en este sentido el cuidado lo proporciona con dificultad, con cansancio, con compromiso en la asistencia de su salud, a la adherencia al tratamiento de Estrellita. *“...pues ¡ha sido difícil!, para empezar, ahora sí que, todos los cuidados que ella necesitaba al principio, los medicamentos a su hora, los cuidados que se necesitan para una recuperación...”*

Y de las secuelas que presentó Estrellita cuando llegó. En esta primera etapa Rosy vuelve a renovar su maternidad para cuidar a Estrellita y protegerla. Los cuidados al principio fueron a justarse al de un bebé a no dormir, a estar pendiente del cambio de pañales, de la preparación de la alimentación en biberón, del sueño. *“Volver a tener a una bebé, cuando recién llegó, era darle de comer en la madrugada, entonces, otra vez volverá abrir ese sentimiento materno de protección”*

Esta transición temporal de la primera fase lo explica en proporcionar los cuidados como la alimentación, el acompañamiento, el aumento de los gastos económicos, ajustada al cambio adaptativo en tiempos, horarios, actividades y

roles, ella lo narra con cambios importantes en su vida: *“Hay, pues cansada!... en algunos momentos ya cansada, comprometida, pues como me la dieron cuando todavía era una bebé entonces pues es pesado, porque yo ya tenía a mis hijas grandes, pues más o menos, eran un relajo! ya corrían, pedían y como con ella es más pequeña es volver a empezar...”*

En el segundo tiempo Rosy describe de cómo cuida a la menor, esta etapa de adaptación a los roles compartiendo responsabilidades, tiempos y ajustes de la familia: *¡Pues con más carreras! Nos hemos organizadora vez” como lo hacíamos al principio, él (su esposo) se quedaba con las niñas por la tarde y yo por las mañanas”.*

En esta fase también describe que aparecen otros factores como los de su crecimiento y desarrollo de Estrellita y el cuidado que ella tiene es de proteger su salud en condiciones que ella cree que no es normal su crecimiento de la menor el cuidado que proporciona es llevarla con los especialistas para que ayuden y evitar otras dificultades en su crecimiento y desarrollo de la menor. *” Pensamos que no iba a caminar, también porque metía un piecito hacia dentro, pensábamos que no iba a caminar porque no se sostenía en el suelo y se dejaba caer, llegó el año y no caminaba, ni se paraba, no se sostenía, sus piernas estaban muy débiles”*

Qué hacen para el cuidado de crianza

Rosy habla del cuidado que tiene referente a las secuelas neurológicas, del seguimiento de tratamiento y del temor de lesionar su cabecita, de cómo sus demás integrantes de la familia no sabían del trato de la menor. *“De repente es muy estresante” Sí se preocupa uno con ¿qué le pasa? es más estrés, cualquier golpe” “Toma medicamentos, para las convulsiones lleva tratamiento en epilepsia”* La familia de Rosy distribuye los tiempos para compartir el cuidado, en la mañana Rosy cuida a Estrellita y por la tarde la cuida el Sr. Lalo, el comparte el cuidado con sus dos hijas menores, continua el tratamiento para tratar las convulsiones, el aseo diario, el cambio de ropa, la alimentación y el compartir juegos y tareas de sus hijas.

Cómo viven el cuidado

Rosy y su familia viven estos cuidados con el temor de que a Estrellita se pueda hacer daño provocado por algún accidente que consiga ocurrir y por ende lo vive con más tensión, preocupación del que vivió con sus hijas, porque no es su hija y tiene más responsabilidad legal por cualquier accidente que pudiera suceder. *“Pareciera que no pasa nada, pero si, si, porque mis hijas se llegan a caer y no hay responsabilidad con ella, es más responsabilidad, es más delicada la situación porque yo soy la responsable legal de ella. Al no ser propiedad mía, sino hija mía, es más responsabilidad, cualquier cosa que le pase, de mis hijas yo no le tengo que rendir cuentas, yo tengo el doble de cuidado todavía con los hijos ajenos, porque ¡tengo que tener más cuidado!”.*

Rosy expresa que los cuidados son muchos, unos encaminados a las enseñanzas de los valores de compartir, de agradecimiento, de poner límites a la conducta caprichosa de Estrellita. *“la cosa es estar al pendiente y la verdad es toda una enseñanza, porque hay que enseñarle que todo lo que hace, que está mal, o que no está bien, por lo que a veces hace, ¡no mide el peligro! por ejemplo ahorita que quiere subirse las escaleras”.*

Y la otra parte de los cuidados es la adaptativa, hasta el momento Rosy integra a Estrellita junto con los cuidados que les da a sus hijas, y lo relata como que la parte más dura ya pasó, ahora se siente más relajada y dice que ya no piensa tanto en ello. *“Pues bien hasta cierto punto bien, así que no está tan grave tenerla, tenerla al cuidado, pareciera que se olvida de repente así como ahora que estamos platicando. Ya no son muchos cuidados prácticamente, ya no son muchos cuidados”.*

También la familia vive estos cuidados con muchas desavenencias a estos sumados las dificultades, el cansancio, el aumento del estrés, la falta de tiempo para darse a otras tareas, con más actividad física, *“¡Es difícil, la verdad mucho! ahora sí que aunque independientemente que sea todo normal ¡pero no! ¡De repente es muy estresante! Sí se preocupa uno con ¡qué le pasa? es más estrés, cualquier golpe!”*

b) En el caso de la familia de Ale

Cómo cuida la familia de Ale a Miguelito

De cómo cuida la familia de Miguel, los argumentos son dirigidos a consolidar e imponer los límites a Migue, tratando de canalizar la energía de Miguelito cuando él hace berrinches o llora demasiado, además él no le presta mucha atención cuando ella le habla; su conflicto de cuidado de crianza está ligado con estos procesos de conducta, aunado con el temperamento difícil de él, estos factores hacen que sea más ardua la tarea llevar a cabo el cuidado, aunado con el factor de tiempo, que Ale y su hermana se refieren a que les hace falta. *“Cuidar a Migue es todo, es proporcionarle atención, educación, introducirlo poco a poco en el mundo, pero también ayudarlo y corregirlo, tarea ardua que desgasta”*. La tía de Miguel lo describe la actividad del cuidado con una responsabilidad muy importante porque se trata de la vida del menor y su vulnerabilidad ante esta situación. Sus acciones es primeramente de dirigir su vida del niño hacia el buen trato; es importante resaltar que la tía de Migue tiene que responder a la tareas que le fueron asignadas por compromiso y no por el deseo de tenerlas.

Qué hacen para el cuidado de crianza

Ale realiza diversas tareas para cuidar a Miguel, desde la preparación de comida, darle la alimentación, vestido, limpieza e higiene, entretenimiento, a veces lleva consigo al niño a sus actividades de compra-venta de su mercancía al lugar donde se desempeña como mercante, sus dificultades aumentan por qué tiene que realizar las dos tareas al mismo tiempo, desde poner su puesto, hasta ponerle atención a sus demandas del niño combinando su cuidado de atender sus necesidades fisiológicas y de entretenimiento. *“La verdad es bien pesado porque no se está quieto, el quiere conocer, distraerse, ir, venir, que ya fue, que trajo, y así, el quiere caminar”*. *“...si se me hace pesado porque es bien latoso, así como lo ves, sale, entra, ya hasta sube por las escaleras, tengo que estar al pendiente que no suba las escaleras, que juegue aquí, no de todo estoy fijándome, que no agarre el agua, que no tome ningún envase, que no tenga que pueda lastimarse...”*

Cómo viven el cuidado

Ale lleva una vida muy activa, admite que el mercado no es un lugar para desempeñar el cuidado de un bebé, sin embargo también en estas condiciones ella lo desempeña como puede ajustando al niño a su realidad. Por otro lado ha sido difícil combinar el trabajo y el cuidado de crianza de Miguelito, Ale acepta que hace falta tiempo para mejorar esta relación sin embargo existe el factor económico del sostén familiar que hace que haya un desajuste en el propósito y su realidad social, económica e histórica.

Para las madres sustitutas los cuidados de crianza son vistos y viven el acogimiento con más responsabilidad legal, con estrés, a diferencia de sus hijos biológicos, asumiendo estos con más desgaste de energía real e imaginaria frente a los peligros latentes como son aquellos que se trepan por las escaleras, que se vayan atragantar, que tengan accidentes y/o al robo de infantes.

Por lo que las tutoras construyen estrategias para fortalecer comportamientos maternos coherentes y responsables que orienten a los menores hacia un desarrollo integral como personas. Las prácticas de ambas cuidadoras son aceptadas de acuerdo a la cultura y al contexto social donde viven, ellas son las principales figuras maternas y cuidadoras de los hijos, lo que hacen para el cuidado de crianza con el menor es preparar, y darles de comer, se ocupan de su aseo personal, del juego, de las enseñanzas y de marcar límites a los niños.

4.3 Dificultades en el cuidado

Esta categoría se refiere a los inconvenientes u obstáculos presentados a lo largo del tiempo transcurrido en la acogida del menor maltratado y dentro de esta categoría se encuentran los códigos disposición de tiempo del cuidador y se refiere a contar con el tiempo disponible para realizar el cuidado de forma conveniente para lograr el fin de mantener en buenas condiciones tanto físicas, psicológicas, biológicas, sociales, etc., al menor en acogimiento. Se incluyen estos códigos para facilitar la comprensión de las dificultades en los cuidados de crianza de los menores.

Economía familiar, en este código se refiere a la distribución administrativa de los bienes económicos en dineros, productos de consumo que produce el cuidador,

para su familia, así mismo se hace referencia al empleo formal o informal para producir estos bienes.

Salud de los infantes con este código se refiere a la forma que enfrenta la familia el desarrollo evolutivo físico, mental y las carencias específicas de bienestar de un menor en acogimiento. Características personales del menor, referida a las diversidades de características que en psicología se denominan rasgos (como agresividad, sumisión, sociabilidad, sensibilidad, emociones, sentimientos y mecanismos para afrontar la vida.

Aumento de actividad física del cuidador y se refiere a la cantidad de tareas que tiene que hacer un cuidador para lograr que el niño se mantenga en óptimas condiciones.

a) En el caso de la familia de Rosy y Lalo

En el caso de la familia de Rosy, dónde el padre de esta familia se involucra en la vida familiar tanto de reproducción como de las cuestiones de la vida doméstica compartida con la Sra. Rosy propicia una responsabilidad compartida haciendo un papel efectivo en las actividades diarias, participando los tiempos de la crianza de las menores hijas tomando en cuenta su bienestar en todos los sentidos, el afecto, él asume la responsabilidad de vestido, alimentación, las tareas escolares y el juego físico con las menores. Por lo que estas tareas de cuidado se han visto más llevaderas para la familia.

Por su parte Rosy se ha visto muy presionada con los tiempos, cuando recién llegó Estrellita a su hogar, ella no encontraba un espacio propio para ella, dejó de hacer ejercicio, por el aumento de la carga de trabajo, la disposición del tiempo fue organizada de acuerdo a los horarios laborales con su pareja, Rosy cuidaba a la menor por la mañana y el Sr. Lalo cuidaba a sus hijas por la tarde, ella opina que ha sido difícil compartir el tiempo por la falta de espacios para el juego o la diversión en familia. *Es difícil, la verdad mucho, ahora sí que aunque independientemente que sea todo normal, pero no; el tiempo, nos hace falta tiempo, todavía más tiempo, el hecho que yo trabaje medio día es como más carreras para mí”*

Economía familiar

Otra de las dificultades que Rosy habla, es del desempleo que han atravesado tanto de su parte por la pérdida de este y de su pareja al disminuir sus ingresos que trajo consigo desajustes en la economía familiar además vivieron la crisis por la falta de enceres, vestido y dinero repercutiendo en toda la familia. Rosy habla de que ningún organismo de salud ni de parte de las autoridades le ha asignado algún apoyo económico, sólo la gratuidad del servicio médico;... *“hace dos meses teníamos dificultades económicas, yo me quedé sin empleo hace dos meses, y mi ingreso era aproximadamente de 7 000 pesos mensuales, ahora tenemos que volver a empezar, tenía dos meses sin trabajo, yo estoy acostumbrada a trabajar ¿Y ahora qué hacemos? ¿De dónde nos apoyamos?”*

Características personales del menor

También Rosy se refiere a que el cuidado lo vive con mucho estrés y más responsabilidad del que vivió con sus hijas, ella se encuentra muy preocupada de que pueda suceder cualquier accidente a la niña y se vea envuelta en un problema legal porque Estrellita es inquieta y teme que la menor se accidente, cuando ella quiere conocer el mundo donde vive, ella de repente sube las escaleras sin supervisión, la familia vive en un segundo piso y teme que Estrellita quiera bajar las escaleras que además pueda lastimarse, *¡no mide el peligro! por ejemplo ahorita que quiere subirse las escaleras ¿no? Sí da mucho miedo, de que le pueda sucederle algo, de que de repente se para en una orilla...”*

Salud de los infantes

Otra más de las dificultades que Rosy habla es de la falta de información y orientación del seguimiento en el tratamiento, secuelas y manejo neurológico de Estrellita, así mismo de la tardanza de la adquisición de lenguaje, refiriéndose que en el Instituto no le informan de nada, de la evolución y del crecimiento de Estrellita.

Rosy también habla del retraso del crecimiento y de la madurez neuromuscular que presentó, así como el retardo de la adquisición de lenguaje de Estrellita esto ha generado un gasto económico extra para la familia, repercutiendo en el gasto familiar. *“En el desarrollo de ella primero, no quería caminar, se tardó muchísimo al año y cuatro meses empezó a caminar, nos preocupó muchísimo porque pensábamos que no lo lograría, pero sí cuando empezó a pararse, nos dio gusto cuando paso, ahora ya quiere todo.”...”... De repente, ya dice unas frases, solo ¡algunas frases! pero no ha desarrollado un lenguaje...”*

Aunada la falta de información y asesoría legal, al respecto nos cuenta de su experiencia de que al parecer siente que la juzgan y no informan, ni le resuelven y que no quiere volver a estar otra vez sometida a un proceso legal.

Aumento de la actividad física del cuidador

Rosy hace referencia que sus dificultades se encuentran relacionadas para proporcionar el cuidado compartiendo este con sus hijas y Estrellita en la realización de diversas tareas y a la organización de las mismas con su pareja, a la adaptación de un miembro más en la familia, Rosy se refiere a volver a empezar con una bebé en cuestiones como la alimentación en biberón, con cambio de pañales, sueño, adherencia al tratamiento desgasta su energía física y emocional *“Pues ¡ha sido difícil!, para empezar, ahora sí que, todos los cuidados que ella necesitaba al principio, los medicamentos a su hora!, -este pues- pero era acostumbrarnos todos otra vez a no dormir a preparar biberones. Hay, pues cansada!...(toma aire) en algunos momentos ya cansada, comprometida, pues como me la dieron cuando todavía era una bebé entonces pues es pesado, porque yo ya tenía a mis hijas grandes, pues más o menos, eran un relajo! ya corrían, pedían y como con ella es más pequeña es volver a empezar...”*

b) El caso de la familia de Ale

Disposición del tiempo para el cuidado

Es Ale la que mantiene a la familia tanto económica como social, cultural y físicamente, las dificultades las enfrenta sola; una de sus limitantes es dedicar su tiempo al cuidado de Miguel compartida con desempeñar sus actividades de compra venta en el mercado, ella se ve limitada porque tiene que salir con el niño a ofrecer su mercancía y a desempeñar su actividad sólo un día a la semana. Ale se encuentra en la disyuntiva de adquirir la economía familiar ejerciendo su labor de compra- venta y practicar el cuidado de crianza de Miguel, su disposición de tiempo ha sido difícil. *“...En el mercado ya no me deja vender, en el mercado ya no me deja vender, él quiere irse a caminar, ya no me deja vender, es más o vendo o cuido chamaco, a veces la gente me pide y él no quiere que lo atienda, que lo cuide, que lo cargue, quiere que lo cargue como si dijera- ¡estás conmigo!...*

Economía familiar

Otra de las dificultades enfrentadas por Ale es referida la situación económica, su actividad gira en torno a este factor, ella realiza su actividad laboral en el mercado tratando de ajustarse al tiempo de cuidado de crianza y a ejercer su venta de artículos, para esto ella se lleva a Miguel al mercado, dificultando su actividad y aumentando la carga de trabajo, porque Miguelito quiere conocer el mundo en que vive.

Ale mantiene a su familia de los ingresos que se generen de su actividad, repercutiendo en el cuidado de Miguel, el que ella compre comida o alimentos para Miguel o alguna otra cosa repercute en el desajuste en la economía. Algunas veces la hermana de Ale es quién puede apoyarla cuidando a Miguel y su desempeño *“...yo pienso que con el bebé ya no soy libre, me amarra, porque ya no puedo ofrecer la mercancía, me amarra, vendo solo los días jueves y eso por encargo, es como saco la mercancía, a mí lo que me preocupa y lo que saco la mensualidad de la niña, saco aproximadamente de 1,600 a 2000 pesos mensuales, y luego por decir con el bebe, si lo saco como a esta hora, necesito llevarme algo fresco para él, como agua, o una gelatina o yogurt, porque si no lo llevo lo tengo que comprar y es otro gasto para mí”*

Características personales del menor

Un factor importante que hace que sus dificultades en el cuidado aumenten es la conducta del menor, desde que Ale recibe a Miguelito sus dificultades de cuidarlo aumentan ya que describe a Miguelito con un temperamento difícil; *...tiene un temperamento fuerte, así el temperamento del niño es muy fuerte, es fuerte, no es un niño como cualquiera, este niño va a donde él dice, a donde él quiera ir...* de tal manera que sugiere que además con el cuidado se suman otras actividades de trabajo, de atención a su hogar, a su hija.

Las dificultades de Ale están relacionadas con el requerimiento de atención que demanda Miguel, el estado emocional caprichoso, berrinchudo del que se refiere Ale, hace que ella doble esfuerzos y gaste más energía en atender estas conductas...” *Lloraba muchísimo, era desesperante lloraba muchísimo, los dos primeros días decía yo no sé si voy a poder con él, ¡no! te diré, la semana sino los dos primeros días...* “...el primer mes pensaba que no iba a poder cuidarlo, el primer día que lo tuve fue un jueves, se me quedó, y todo el santo día estuvo llorando, todo el día estuvo llore y llore, ¿cómo callaba a ese pedacito de hombre? todo el día y decía yo “Dios mío, ¿qué le hago? ¿Qué le doy? ¿En qué le puedo ayudar? ¿Cómo le hago? ¿Cómo crees que lo calmé? ya cuando me doy cuenta ya dejo de llorar, estuve rezando por él, hasta que se calló...”

Salud del menor

Ale se refiere a procesos fisiológicos de la madurez pulmonar que ha sido necesario de disponer más tiempo para el cuidado así como la madurez emocional, el niño no controla sus emociones y su temperamento hace que sea difícil llevar a cabo el cuidado.

En cuanto a las enfermedades que ha presentado Migue, ha requerido de la atención en una Institución de salud, Ale se ha quedado con él cuando se ha requerido hospitalizarlo, además ha tenido que dejar a su hija generando recelo en ella. Además que ha dejado de trabajar trascendiendo seriamente en la economía familiar.

Se ha quedado dos veces se ha quedado hospitalizado porque ha tenido dificultades para respirar, y me tengo que quedar con él, y a veces cuando llego ya mi hija está bien enojada, y le digo ¡Hay mamita es un bebé!...” “...Es difícil cuando se enferma, es todo el día no me permite trabajar, así no salgo ni a

vender, porque se siente malito, es obvio porque no quiere nada, y luego también si se siente así ni modo que me lo lleve al sol no tampoco y lo llevo al médico...”

Aumento de la actividad física del cuidador

Ale describe su situación con mucho desgaste físico y emocional, ha sido una experiencia en dos sentidos habla de una recuperación de su propia pérdida y el reponerse para atender a las demandas de Miguel, y la otra situación que ella pasa es la respuesta da a este requerimiento y a sus posibilidades económicas y de cuidado de su familia, el desgaste de Ale es referido a todas las actividades que tiene que realizar cuando lleva al menor consigo al mercado “... a veces si traigo tres maletas de cosas, cargo una y dejo dos, y allá voy porque al niño no lo puedo dejar en el carro, entonces cargo al bebé primero, después vengo por la otra y así hasta llevarme la última, hasta que vámonos...”

Las tutoras sugieren que las dificultades se encuentran describiendo a un sin número de actividades propias de la intimidad del mundo doméstico familiar dirigidas del cuidado a los niños acogidos, aquí es importante resaltar la relación bidireccional que se da cultural y socialmente en sus contextos, referidos al cuidado y feminidad que ambas se enfrentan en su cotidianidad.

Por otro lado se encuentra la sobrecarga del trabajo doméstico y el centro de las responsabilidades familiares que recaen en las cuidadoras es aceptado culturalmente y asumido tradicionalmente de forma voluntaria por ellas, sin el reconocimiento y valoración social del cuidado, refiriéndose este como la provisión diaria de atención social, física, psíquica y emocional a las personas miembros de su familia, sin una retribución económica.

En las informantes ejemplifican como el papel fundamental de cuidadoras son las mujeres en la que sus recursos de tiempo que es elástico como flexible y que su energía, son aprovechados para mantener a la familia en buen estado.

Cada familia se refiere a sus condiciones económicas, enfrentándose cotidianamente a la falta de ingresos económicos, a laborar fuera del hogar, dejar a los menores al cuidado de otros familiares y a la dificultad de falta de trabajo.

Las necesidades del cuidado de los infantes que ellas describen son jerárquicas ellas se refieren primeramente a la manutención de la alimentación, vestido y educación frente a estos referentes las cuidadoras son las principales desgastadas física y emocionalmente, relucen los sentimientos de angustia,

impotencia, desesperación, pero que también emergen sentimientos de solidaridad entre integrantes de la misma familia que comparten las deficiencias.

Otro aspecto relevante que surge en el cuidado cotidiano de ambos niños tiene que ver con su desarrollo y crecimiento, al parecer ambas familias se ha enfrentado a dificultades con respecto a la salud de los niños, a lo que carecen de información que les indique de la evolución y desarrollo evolutivo de los menores.

Ante tales circunstancias las estrategias de enfermería deben de estar dirigidas a complementar estos estados de información, orientación con respecto a la salud, a los aspectos emocionales, de crecimiento y desarrollo del menor que se da en acogimiento.

4.4 Integración del menor a la familia acogedora

Con esta categoría se hace referencia a un proceso continuo y dinámico que posibilita a los menores a desarrollar necesidades de estar con los otros de la familia, de tener un rol, un lugar y una función de establecer vínculos afectivos, así mismo de socializarse y establecer patrones de conductas dentro de la familia. Y dentro de esta categoría se contemplan los códigos en función de cómo ha transcurrido en la temporalidad y cómo han sido los cambios a través de este a la llegada de la menor, durante la adaptación familiar, hasta llegar a aceptar al menor como integrante de la familia acogedora.

a) El caso de la familia de Rosy y Lalo

A la llegada de la menor

La integración de Estrellita en la familia de Rosy ha sido más simple por las edades de las hijas que no son tan diferentes, la hija menor le lleva 5 años y la mayor 6 años; Sin embargo la Sra. Rosy describe la dinámica familiar como que es un relajo, como caótico pero se acoplan; también existe una situación en particular que describe que la hija pequeña se encuentra en una situación de rivalidad con desplazamiento *“la pequeña así como de repente no es tan paciente, ella como si fuera desplazada...”*

Rosy valora la integración y adaptación dentro de su cotidianidad como normal sin darle la mayor importancia. Menciona que junto con su hija de ocho años de edad comparte el cuidado.

Adaptación familiar

Rosy explica su dinámica familiar en dos tiempos el primero, narra que no cambio a la llegada de la niña y que posteriormente si hubo un cambio en su dinámica a partir de la adaptación de integración de la niña y de su mamá a la familia, aquí no tenía pensado hacerse cargo también de la mamá. Pero que la integración de Estrellita ha sido bien acogida por toda la familia, la han integrado como miembro más, y se han desarrollado llevándola de vacaciones, haciendo las mismas actividades que hacen con sus hijas y la consideran integrante de la familia. *“...la hemos podido integrar a la familia. Nos adaptamos todos a ella y ella a todos nosotros, después de su llegada fue acoplarnos poco a poco, integrándola con las mismas actividades que realizamos con nuestras hijas...”*

El papel del Sr. Lalo como cuidador de la menor en acogimiento y con sus hijas tiene una actuación especial. En este caso porque la Sra. Rosy que trabaja en actividades extra domésticas lo presiona para que participe de forma más equitativa en tareas del hogar.

Aceptación del menor en la familia

Es importante señalar que el Sr. Lalo acepta la responsabilidad y cuida de las tres menores, acogiendo a Estrellita como su hija biológica, el trato es equitativo para las tres, él ejerce una figura autoritaria pero que también permite a sus menores demostrar sus afectos y su compañerismo, protegiéndolas.

La familia da los mismos tratos a Estrellita que con sus hijas, ellas la consideran como su hermana menor, la menor en acogimiento reconoce a sus figuras paternas y las nombra como papá y mamá. *“...Ha venido a formar parte de nosotros, de la familia ya que es una niña muy querida, para nosotros ya es una hija, no hablo de diferencias entre Estrellita y mis hijas, si ya, que si vamos a comer sopita, todos sopita, que si vamos a comer frijoles, todos frijoles, pues sí, si se ha integrado muy bien, la verdad las niñas lo han tomado también, muy bien, cuando llegó Estrellita, ella era como una muñequita, porque cuando me la dieron era una bebecita tenía cuatro meses, sí, nos adaptamos todos a ella, las niñas más...”*

La aceptación de Estrellita como integrante en su familia, Rosy lo describe que al principio sus hijas la trataban como parte de un juego y el trato de ellas era de una muñeca, después la menor se acercó más a la pequeña involucrando sus sentimientos y compartiendo su familia. *“...todas querían bañarla, cargarla como a la muñeca, la quieren mucho, para ellas es como una hermana, la quieren mucho, para ella es la consentida, la ven la cuidan, la quieren...”*

b) En el caso de la familia de Ale

A la llegada del menor

La estructura de la familia Ale es mono-parental; la relación de su hija con el niño al principio se ve afectada porque la hija de Ale le lleva 14 años de edad. Ella ha expresado los celos que siente por el trato preferente que le da Ale a Miguel, también existen tres tiempos: en la estructuración y adaptación de la dinámica familiar, uno es a la llegada de Miguel a la familia y el segundo se refieren a la transformación en la adaptación familiar e integración por último la aceptación de Miguelito en la familia.

A la llegada de Miguel a la familia; Arita tiene pensado que es un recién nacido y que va a responder con amor a sus cuidados, sin contar que Miguel requería de más atención del que podían darle en ese momento.

La hija que es Arita ve que Ale ajusta más su tiempo dedicándolo más a Miguel, tratando de acercarlo más cariñosamente y con ternura, esta conducta hace que Arita se sienta olvidada y se encela por el trato que Ale da a Miguel. *“...hay veces no sé ni que hacer, mi niña, mi hija se me encelaba mucho y me decía por que le das toda la atención a él, por que estando él ya te olvidaste de mí, porque estando él, tú ya no estás todo tiempo conmigo, y cuando estaba me decía mamá arrímate con el niño, es que el niño no me gusta, ya está vieja mi hija pero viera cuanto problema tuve, yo le defendía a capa y espada a Miguelito...”*

El cambio de atención es brusco para su hija, ella responde rechazando al menor y Ale lo narra que vive momentos muy tensos entre la contrariedad de asumir la responsabilidad de cuidarlo, de protegerlo incluso de su propia hija y de atender a los comentarios de rechazo de Arita. *“...luego ella me decía, me reclamaba “Es que tú todo el tiempo se lo das a este niño, todo el tiempo” y yo le decía: porque es un bebé, mami este tú ya estas vieja y te defiendes, pero es el bebé, pero es el bebé yo creo que aquí no, pero no mami ¿A dónde va? si su padre lo maltrataba, no lo quería y ahora tú, ¿aquí también? ¡No!*

Adaptación familiar

Arita vive la transición de la adaptación familiar con enojo y reclama a su mamá, incluso ve al niño con desagrado, confusa y de no ayudar a Ale a su cuidado.

Ale trata de manejar la situación hablando constantemente con Arita, hasta negociar la situación de aceptación contra el rechazo, con ella cambio su conducta para con el menor desde compartir espacios, juegos, cuidado y hasta de compartir a su mamá con él. *“...luego yo le decía a mi hija es que tú tienes que estar tranquilita, ayúdame con el bebé, yo todo el día con el bebé cuando este contigo dale tranquilidad, más que nada darle tranquilidad pues más que nada el niño también lo siente el rechazo o es lo que el niño siente ...”*

Aceptación del menor en la familia

Arita integra a Miguel a su familia, se integra en ayudar en el cuidado, entretiene al niño jugando, le hace pequeños regalos, y comparte a su mamá Ale. También los sentimientos se transforman para integrar a Miguel, Arita acepta a Miguel en su familia y lo ve como su hermanito pequeño. *“...Ahora ya se integro, ya luego vamos por Arita a la Escuela y el viene hasta le da su beso, la saluda, él, como quién dice él bebé acepto a Arita, ambos se aceptaron, mi hija ya lo aceptó más, el lloraba mucho y no quería despegarse, ahora está más tranquilo, acepta más, fue transmitirle mucha más seguridad, hay veces se lo tengo que dejar a mi hija, ya mi hija lo abraza, se abrazan, ya hay veces que se van a dormir juntos...”*

El proceso inicia en prestar la ayuda al menor, pero este se vuelve crítico para la familia, cuando el menor lactante es totalmente dependiente de la madre sustituta, porque requiere totalmente de su tiempo, cuidados, afecto y atención para cubrir sus necesidades biológicas, fisiológicas, emocionales, cognitivas y sociales.

Repercutiendo esta sustitución, en los hijos menores, ellos perciben como una intromisión en su vida y familia la llegada del infante, lo demuestran en la adaptabilidad del menor, en ese momento temporal es unidireccional, la familia se tiene que adaptar a los cuidados que requiere el menor, dejando a un lado o desplazando las necesidades de los hijos biológicos.

Por ende hace un surgimiento de celos en alguno de los miembros de la familia acogedora por el afecto y el trato preferente que se le otorga al niño acogido, porque existe rivalidad entre los hijos ya sean menores o mayores.

Pero que también este proceso tiene una parte intermedia al ajustar su vida familiar a las diversas tareas del cuidado de crianza que realiza en lo cotidiano con el menor, estas diversas acciones las desarrollan de acuerdo a sus costumbres, creencias, a su contexto social y cultural.

Los cuidadores hacen participe de los cuidados a toda la familia, las estrategias que ellos desarrollan es el dialogo entre los hijos, convenciendo y negociando el cambio de conductas hostiles por otras convenientes para los hijos.

La integración de los menores a sus familias acogedoras al principio fue ajustar tiempos, roles y a los hijos a aceptar al menor, los padres hacen el papel de mediadores entre los afectos y sentimientos de los hijos frente a los menores en acogimiento, después la integración fue transformándose pasando por ser más tolerantes con la presencia y el cariño que les tiene las madres, hasta llegar a la aceptación e integración del menor a la familia acogedora.

En los dos casos los niños han sido acogidos de distinta manera, las familias acogedoras son distintas. Tanto las familias como los niños acogidos, reconocen a sus integrantes como sus padres e hijos, los menores se encuentran con apego a las madres cuidadoras, esto es importante resaltar porque cuando haya lugar la separación de sus familias cuidadoras y se integren con sus familias biológicas, habrá que enfrentar una ruptura significativa en los niños y una perdida emocional para ambos (padres sustitutos y niños).

El hallazgo encontrado es de suma importancia porque da pie a diseñar intervenciones de enfermería, que se tome en cuenta este proceso en que dan la aceptación y el desarrollo de adaptabilidad ante un ajuste de la dinámica familiar; que es dependiente de la etapa de desarrollo y crecimiento evolutivo en el que se

encuentra el menor en acogimiento, porque es diferente a la que requeriría un menor escolar o por lo contrario de un adolescente.

4.5 Sentimientos que expresa el cuidador

Para esta categoría me refiere al proceso interno que se genera en el cuidador, tanto la respuesta física y emocional con una determinada carga afectiva de la forma que se piensa y reacciona hacia el menor en acogimiento, además que lo que siente expresado en los códigos siguientes: Afectos entendida como emociones de carácter interno como las conductas de cariño, las atenciones, las palabras dirigidas que provocan en el niño la capacidad para desarrollar su propia independencia, como el orgullo, la alegría, el temor, coraje, tristeza.

Frustración e impotencia en este código se refiere a un estado de desagrado del cuidador al no alcanzar sus objetivos que se había planteado y que además involucra sus sentimientos de desvalimiento ante la improbabilidad de que se realice una determinada actividad deseada.

a) El caso de la familia de Rosy y Lalo

Afectos hacia el menor

Acerca de sus afectos Rosy lo describe al principio como satisfactorio, de orgullo, de alegría además de mucha complacencia cuando la niña acogida los reconoce y nombra con su lenguaje hablado como papás, así como de sus primas a hermanas, los sentimientos a guardado mucha relación con el trato que le han dado a Estrellita, su bienestar de la niña tiene que ver mucho con este grado de aceptación y de cariño que le han dado sus padres de acogimiento fortaleciendo los vínculos de paternaje. *“...muchas veces es satisfactorio porque nos grita maaaaaaá, papaaaá, soy como su mamá, somos sus papas...”*

Los sentimientos ha atravesado una gama de transformaciones desde la llegada de Estrellita, desde la tristeza, nostalgia al verla tan pequeña y vulnerable a algún daño, después estos van cambiando en el transcurso del tiempo, a satisfacción, orgullo de los logros de Estrellita cuando ella va adquiriendo el lenguaje y de amor paternal cuando los nombra como sus papás. *“...para mí es de ayuda, me siento satisfecha de haber ayudado a Estrellita, ella estaba en una situación de peligro, y*

era ayudarla en ese momento, siento mucha satisfacción, más que nada, yo creo eso, de saber que Estrellita está bien y que se encuentra bien, yo creo que es eso! Una satisfacción muy grande, de saber que está bien, no sé qué otra palabra pudiera utilizar, porque esta palabra encierra todo: satisfacción, alegría, este pues no sé, creo que, el que ella este conmigo, siento que hago las cosas lo mejor que puedo ¿no? Me siento orgullosa, la verdad sí, en el tiempo que ha estado Estrellita con nosotros a veces alegría, otras veces tristeza, miedo, este..., orgullo, por todo lo que hemos hecho por ella y del cuidado, de que estamos al pendiente, y miedo porque, no sé, ...”

Frustración e impotencia

Pero también existen sentimientos ambivalentes de enojo e impotencia, Rosy expresa que estos van en el sentido de que, al ver que los padres biológicos han dejado a un lado la responsabilidad de cuidado de crianza de su hija, y sólo han visto sus problemáticas muy particulares de pareja. *“...a veces mucha impotencia, frustración o coraje porque hubo una época que pasamos mucho coraje con ella y con los papas, porque como ya le comenté que ellos querían hacer lo que querían con ella, pero otras ocasiones porque no le caía el veinte a la mamá, porque no se ponía las pilas, porque de repente no quería hacer nada, no quería trabajar y no hacía nada, no hacía nada por su niña; entonces nosotros le decíamos ¿Cómo vas a salir adelante con la niña, si te la dan? ¿Cómo le vas a dar todo lo que necesita la niña?, hay que salir adelante con Estrellita, -ya que el papá la dejó con toda la responsabilidad...”*

b) El caso de la familia de Ale

Afectos hacia el menor

Para la Sra. Ale, los sentimientos ha significado mucho en este proceso de acoger a un pequeño, él y ella han reconstruido sus fortalezas, en un sentido de que el niño puede minimizar los efectos perjudiciales del maltrato y el menor puede sobreponerse a estos, recuperándose de tal manera que puede llevar un desarrollo casi normal, progresando de forma positiva de una forma natural hacia un desarrollo tanto físico y mental más saludable.

Ale también habla de su significado de la llegada del bebé a su vida y su propia recuperación casi inmediata de la pérdida de su vínculo conyugal reciente hacia una forma positiva ayudando a Miguel, esta prestación de ayuda es lo que hizo

que ella aumentara su autoestima y comprendiera la urgencia de que ella se recuperara para dar sentido a su vida., *“...al tener la preocupación de él, olvídate de tu divorcio, olvídate de tus problemas el niño al niño le entregue todo, mi atención, mi tiempo, cuando no lo tenía, antes que llegara el bebé me sentía triste, me sentía y sentía triste ¿Qué es lo que voy a hacer con el bebé? él me ha ayudado a salir adelante con mis problemas, ya no yo a él, sino él a mí, me ha sacado mucho adelante, porque estoy al pendiente de él, hasta de su sueño, de que coma, de cómo duerme, de cómo salgo, de cómo lo traigo...”*

Canalizó sus energías hacia factores que ha ido desarrollando como de protección, de filiación y de afectividad; para ella ha significado mucho la llegada de Miguel y saberse útil para alguien más necesitado, aún con las carencias económicas que ha tenido, se ha sobrepuesto a ellas, colocando en ella su tiempo, el cuidado compartido con su hermana, y su hija.

Ale expresa que sus acciones tornan hacia al menor y sus sentimientos se ven transformados para darle a Migue tiempo de calidad y sus cuidados son con amor y ternura. *“...los afectos los tengo más presentes, los afectos los tengo maternos, lo quiero porque es inocente, el no tiene la culpa, el es el menos indicado para tener la culpa, entonces para mí fue como un consuelo y saber que alguien me necesitaba más...”*

Para ella ha sido compensado el gasto de energía, con lo mucho que puede querer Miguel, incluso la energía gastada para obtener lo básico económico en cuanto a la alimentación, el vestido, el resguardo y continuar cuidando a Miguelito evitando accidentes y enfermedades.

Ale hace reconocimiento de Migue que es su hijo tratándolo como su bebé y protegiéndolo inclusive de sus propios hijos. *“...le tengo cariño amor, lo veo como mi hijo, le tengo mucha más paciencia, yo me siento tranquila, yo me siento bien, me siento más tranquila con el niño, siento que para algo estoy, para ayudarlo, y eso me hace sentir bien, como si puedo hacer algo más, con mi vida, con el bebe tuve mucha calma o tranquilidad, tengo que ayudarle al bebé, porque el bebé no tiene otra persona, tengo que ayudarle, decía si yo puedo ayudarle al bebé si lo voy a hacer, si yo puedo ayudar a este bebé, si lo voy a hacer y si me sentía tranquila con el bebé, me siento, bien, tranquila, como si acepte más seguridad, como que tengo más seguridad...”*

Los sentimientos de la familia de Ale también se han visto transformados en su hija, que a la llegada del niño ella lo rechazó, entonces Ale tuvo que intervenir para que Arita tomará más conciencia de lo vulnerable que es Miguel, ella cambió el

trato con el menor, hasta ahora que lo siente como su hermano menor, lo protege inclusive a consolidado más sus afectos por Migue.

Acercas de los sentimientos que han cursado las madres de crianza han ido en una gama de transformaciones cambiantes desde el temor, tristeza, alegría, satisfacción, etc. en torno a la relación con el tiempo que han compartido con los infantes, primero a la llegada de ellos a su familia el sentimiento que surgió fue de auxilio. Después cuando existe el reconocimiento de los menores como sus principales figuras parental.

Frustración e impotencia

Ale describe en sus diversos relatos que el cuidado de Miguel en ocasiones le provoca frustración sobre todo cuando él hace berrinches y no lo puede consolar, a pesar que le habla, las conductas de hiperactividad, de llanto y berrinches de Miguel

Hace que ella se vea también impotente para actuar. *“tampoco puedo abandonarlo; me crea una fuerte disyuntiva pues me siento impotente pues tengo otras responsabilidades que atender, Migue me hace pensar que un hijo es una enorme responsabilidad y un compromiso con la vida, me parece que cuidar a un niño no sólo consiste en abrazarlo y llenarlo de besos, caricias y palabras tiernas, sino de que existan límites en su pequeña vida y los vaya conociendo, que no todo es posible hacer bajo sus demandas, de sus gritos y berrinches.*

En las dos familias acogedoras sus sentimientos y afectos se fueron transformando desde el momento que recibieron a los menores, transcurriendo el tiempo, al principio surgió más la responsabilidad ante cuidar a un pequeño que necesitaba de su protección, posteriormente a un menor que los reconoce como padres ha sido muy satisfactorio para ambas familias y para las madres les causa alegría, satisfacción, es motivo de orgullo, y también se sienten felices al ver a los menores crecer con su protección.

4.6 Incertidumbre durante la acogida del menor

Esta categoría es referida a las dudas, a lo incierto que suceda en lo futuro con respecto a diferentes factores tomando en cuenta lo que han vivido los cuidadores en el tiempo transcurrido con el menor, estas construcciones referidas por las perspectivas que tienen para actuar en el futuro para proteger, toma de decisiones, educar, socializar al menor y lo que esperan en cuanto a la resolución de la autoridad, y por último al término de la acogida.

a) El caso de la familia de Rosy y Lalo

En la protección del menor

Rosy describe que sus expectativas presentes hacia la menor, son de que no pasa nada cuidando a Estrellita que es como si fuera normal para el resto de la gente, pero para ellos como acogedores no, porque existe el peligro latente de que pueda sufrir algún daño provocado por el descuido o accidente inducida por la inmadurez neuro-muscular de la pequeña debido a la edad, y ellos sienten que la responsabilidad pesa sobre ellos frente a la guarda y tutela que les dieron las autoridades es muy grande.

Rosy expresa que tienen que dar cuenta de sus actos en comparación a al cuidado de sus hijas. *“... Pareciera que no pasa nada, pero si, si, porque mis hijas se llegan a caer y no hay responsabilidad con ella, es más responsabilidad, es más delicada la situación porque yo soy la responsable legal de ella. Al no ser propiedad mía, sino hija mía, es más responsabilidad, cualquier cosa que le pase, de mis hijas yo no le tengo que rendir cuentas, yo tengo el doble de cuidado todavía con los hijos ajenos, porque tengo que tener más cuidado”*

En la toma de decisiones

Otra de las expectativas que se encuentra Rosy es de no saber si puede o no tomar decisiones importantes por ejemplo que Estrellita vaya a socializar a una estancia infantil y que ella no tenga conflicto con las autoridades. *“...yo digo- a ver si puedo meterla antes de tiempo a una escuela o guardería o algo así, no sé si pueda tomar una decisión así, de meterla al maternal, ¿Quién sabe?”*

Término de la acogida

Rosy se encuentra también ante la expectativa de qué va a pasar más adelante cuando tenga que regresar la menor con su familia biológica, los lazos afectivos se encuentran muy involucrados, cómo va a reaccionar. El pensamiento de que se termine el tiempo de acogimiento lo vive con temor, e incertidumbre, sabe que no va a ser fácil desprenderse de la menor pero también reconoce que no es su hija y que tiene que ser devuelta a su familia de origen. *“...pues ¡no se qué va a pasar! ¡No se qué va a pasar el día de mañana!, Sí da tristeza, ¡No sé qué va a pasar cuando la tenga que entregar! Sabemos que es prestada, entonces...no sé qué pase, ¡así es esto! ¡Y nos tenemos que aguantar! Entonces, si nos viene el miedo ¿En qué va a pasar? Entonces nos da miedo, preocupación, mucha preocupación, mucha tristeza, al rato tristeza cuando va la mamá al juzgado, a ver cuando se la van a dar, nos da tristeza, también miedo, nos da miedo, lo duro es a la hora de la separación, ¡si nos va a doler!...”*

b) El caso de la familia de Ale

En la protección del menor

En el caso de la Sra. Ale se encuentra a la expectativa de que Migue regrese a su familia de origen, la ayuda que ambos recibieron se fortalecieron mutuamente, ella al parecer no lo piensa mucho por el momento pero queda como algo no trabajado.

Otras de las expectativas que se encuentra Ale es que ella al principio pensaba que no era necesaria una guardería para el niño, sin embargo con el tiempo se dio cuenta de las necesidades de socializar de Migue eran más importantes de lo que conocía en ese momento, a Migue lo tranquilizan hablando y desarrollando otras actividades, fue cuando integró la idea de buscar un centro infantil que pudieran ayudarlo, la otra expectativa está en relación de conseguir el dinero suficiente para que Miguel tenga un tiempo en la estancia infantil para que enfrente otro tipo de experiencias a lado de otros niño para que inicie la socialización.

Ale percibe a Miguelito con mucha más energía para socializar, para el juego y para otros tipos de aprendizajes que él ya puede llevar a cabo, también como una estrategia para que Migue se distraiga y deje de hacer berrinches así como de llorar, lamentablemente su idea ha sido frenada por la situación económica que atraviesa, ella lo ve a futuro como seguro para que Migue tenga otro tipo de

cuidados, de relación y de estancia. “...sé que el necesita otro tipo de lugar, ¿cómo quisiera que él fuera a una estancia, o a una guardería? Pero no puedo solventarlo, ¿cómo lo pago? ¿No creo que sea gratis? A mí me gustaría para él otro lugar, para él que lo trataran bien y que a mí me deje un poco de tiempo para dedicarme a vender y no pensar si está bien, o que ya le pasó algo o que ya le pegaron, creo que va estar mejor en una guardería, porque hay personas que se dedican a eso ¿no crees? Y bueno que pase la mañanita allí y ya en la tarde pasar por él y nos vamos todos a la casa, allí el ya viene cansado y yo creo también que no sería tan tedioso también para él porque aprendería otras cosas, como jugar con otros compañeritos, a no llorar tanto y a jugar más; creo que ahora voy a tener que esperar! esperar a que haya dinerito, para que ayude a Migue a que se vaya a un lugar así como para él, donde encuentre a otros chamacos chillones así como de su edad, yo creo que le va a hacer bien! En el fondo sólo deseo que sea un niño cuya infancia esté llena de alegría y juegos...”

En el término de la acogida

Ale al principio no se ve separada del vínculo que los une a ella y a Miguelito, se encuentra en una etapa de negación o de ceguera ante la posibilidad que se presente la terminación de la acogida. “...Yo pienso que voy a estar con él hasta que Dios diga, digo ¿A dónde va a ir? ¿A dónde lo vamos a dejar?...”

En otro tiempo ella cambia al parecer ya lo ha pensado. “...me preocupa cuando el día que me lo quiten y se vaya; también estoy tranquila, esperando haber que dicen las autoridades, haber cuando termina este lío...”

En ambas familias cuidadoras que se encuentran frente a las expectativas son de diferentes formas a la resolución de las autoridades correspondientes de que los menores regresen con sus madres biológicas, esto genera constantes temores en ambas, en Ale espera que ella siempre esté con él, ella habla en tiempo indeterminado, además su vida prende de él. Los sentimientos en Rosy y negación a que se vaya Estrellita.

Otras de las expectativas a que ellas hacen referencias es sobre su crecimiento, desarrollo y al derecho de una infancia feliz. Al respecto de las expectativas frente a la realidad de que Estrellita y Migue no son sus hijos sino menores en acogimiento y que tiene que regresar a su hogar con su familia biológica, las cuidadoras lo sienten como una situación latente que por ende alterará su estado emocional, les preocupa, lo hablan como sentimientos de tristeza, preocupación y de temor.

4.7 Vínculos de la familia acogedora con la familia biológica

Esta categoría representa las diferentes formas que se relacionan los padres biológicos con las familias acogedoras; además que une o desune a los familiares por mejorar o no las condiciones de los menores en acogimiento.

a) El caso de la familia de Rosy

El vínculo con el padre biológico

En un principio de la acogida de Estrellita, se encontraba presente el padre biológico, fue a comparecer ante las autoridades judiciales del caso de Estrellita, sin embargo al poco tiempo la relación con los padres acogedores fue rota con la transgresión violenta de los límites impuestos tanto por las autoridades como por los padres acogedores. *“...el papá se puso como loco ¡como loco! él pensaba que le iba a dejar ir a la niña, él pensó que el hecho que hubiera adquirido la responsabilidad un familiar sería más fácil volvérsela a entregar, él pensó con el hecho de que un familiar iba a cuidarla significaba que era más fácil! ¡Qué él podía llevársela! Yo le dije: Tú y María (nombre ficticio) ¡no se la van a poder llevar!*

El padre de Estrellita, optó por dejar la relación de pareja que tenía con María (madre de Estrellita) con ella ejercía la violencia física, emocional y económica, para él transgredir las reglas, autoridades y diferentes formas de limitaciones no conforman un problema, es su forma de vida cotidiana. *“Al otro día, la mamá llevo muy golpeada, la mamá llegó golpeada, porque él se puso todo loco, porque quiso o quería hablar conmigo ¡Para que yo le diera a la niña, en cuanto saliera!*

Al enfrentar la limitante de no acercarse a su pequeña hija y querer por la fuerza llevársela fue un enfrentamiento con la familia de Rosy, ella puso límites y se vio envuelta en un conflicto de responsabilidad jurídica, moral y de familia. *“...entonces jese fue el primer encuentro que tuve con el papá porque no se la quise dar! él me dijo ¿Sabes qué? ¡Que me la voy a llevar! ¡Me la voy a llevar y al rato se la traigo! ¡No! ¡No, le dije! ¡Discúlpame, pero ella está bajo mi cuidado! Entonces me enfrenté a la dificultad de poner límites a los padres, o sea, yo digo se la dejo ir y que tal si le pasa algo, la verdad fue muy duro...”*

Después el padre de Estrellita fue dejando la carga de la responsabilidad económica, de tutela a la familia acogedora y la carga jurídica a su pareja María. *“...el papá ya no contesta el teléfono, él ya no viene para acá y ya desapareció, así que dejó a su hija, y a la mamá sin el apoyo económico, el papá continuaba ausente pareciera que era el inadaptado, él nunca se ha integrado a su familia, al contrario, desapareció ...”*

El vínculo de la familia de acogida con la madre biológica

A la llegada de Estrellita a la familia, María también venía maltratada, su vulnerabilidad se encontró con la tristeza que cursaba, es entonces que ella se encontraba con adinamia, esto hace que Rosy vea a María con pocas ganas de sacar adelante a su niña, desfavoreciendo y desmejorando la capacidad de relacionarse con su hija.

Esta condición al parecer la niña lo ha percibido, lo resultante ha sido que Estrellita no ha tenido apego con su madre biológica, y es a Rosy quien Estrellita reconoce como su figura materna más importante. *“... la mamá biológica es María (Nombre ficticio) una mujer joven menos de 20 años aproximadamente, tiene un semblante inexpresivo, se acercó a la niña y jugó con ella, observo que no tiene mucho apego porque la niña prefiere buscar acercarse y estar junto a la Sra. Rosy, para María es difícil mantener la atención de la niña, trata de jugar con unas tarjetas sin mucho éxito de que la niña se tranquilice, no le habla solo la observa...”*

Ahora la relación que la familia de Rosy mantienen, es sólo con María, esta es de ayuda, compartiendo solo algunas veces el cuidado y las responsabilidades de manutención los gastos que realizan con Estrellita son compartidos, María se puede acercar cuantas veces pueda a Estrellita, los primeros meses los describe Rosy como difíciles, ella es una mujer muy joven entre la adolescencia, al parecer que sus emociones están todavía encontrándose en choque con sus responsabilidades contrariándose con la pérdida de su pareja. Y Rosy se encontraba haciendo la labor del cuidado de crianza de Estrellita y prestando ayuda a las pérdidas afectivas y de autoestima de María

Rosy ve a María inexperta y todavía como una niña, se refiere así cuando habla de ella, con muchas carencias entre ellas las económicas, las afectivas y de estabilidad emocional. *“...Me da tristeza, me preocupa la situación económica de la niña (Se refiere a María) porque ella está sola, ojala pueda venirse a vivir con nosotros, porque sigue con la mamá y legalmente no debería de ser, ellos no lo verían bien, ella ha buscado casa y se encuentra todavía con ayuda de la terapia...”*

b) El caso de la familia de Ale

El vínculo con el padre biológico

En el caso de la Sra. Ale. La relación que lleva con el padre biológico de Migue, es sólo para atemorizar a Ale de encontrarse ante la reacción que pueda tener él, al ser agredida, comprendida o rechazada.”...*el otro día que teníamos cita en el hospital, y Carlos me dice “¿Oye traes a mi hijo?” yo no sabía si decirle, sí o no, porque yo no sabía si me da un aventón, me tira o me pega y yo que hago, entonces, vieras, el niño nada más lo vio, y empezó a gritar, a llorar...*”

El padre biológico se encuentra cursando con enfermedad mental, tiene prohibido acercarse a la familia acogedora y biológica, él se deslindó de las responsabilidades de manutención y afectivas de su familia. “...*su papá olvídase, él se deslinda, porque no fue ni buen padre, ni nada, yo no sé que le haya hecho él, o desde que estaba embarazada Carmen, y lo mal veía o lo mal veía y hablaba mal de él, y lo rechazaba más que nada, y decía no quiero a este chamaco- - refiriéndose a Miguelito; El papá es altamente violento y ya estuvo a punto de atentar contra su vida de ella y también la de él. ¡Es un tipo que está mal de su cabeza! ...*”

Cuando Ale ha llevado al menor a valoración al Instituto, él, la espera sólo allí puede verla cerca del lugar o dentro del lugar, también por la condición de la enfermedad psiquiátrica de él, Ale no puede vincularse de otra forma, sólo se acerca para saludar y ver a Migue. La disolución del matrimonio de él y su pareja Carmelita ya se llevó a cabo, él no ha adquirido ninguna responsabilidad con su familia.

El vínculo con la madre biológica

El vínculo que lleva Ale con Carmelita es de ayuda, además de compensatorio, de soporte frente a las adversidades que se a enfrentando, la solidez de su amistad y su afectividad con su hermana parece que hace más recuperable, las responsabilidades de manutención la comparten, y ahora ya se encuentra trabajando Carmelita en diferentes formas, en el estado ocupacional, emocional y de estabilidad para la recuperación e integración de sus dos menores hijos a su hogar “...*Con la mamá no he tenido dificultades, ella me da despensa y le lleva con su ropa, pero yo también le compro, no me ayuda nadie, de nadie, más que*

de su mamá y yo, hemos compartido esos tiempos, ella viene aquí a mi casa lo cuida o yo se lo llevó un rato, económicamente nadie me ayuda, solo Carmelita...”

Los vínculos con la madre biológica hace menos complicado la terminación de la acogida porque la relación es de compartir los cuidados, el bienestar, sus afectos y el apego aunque en este momento la figura materna más importante para Miguelito es la de Ale “...ahora oye mi voz y me reconoce, tiene apego conmigo, porque luego no se quiere ir con nadie, nada mas conmigo, luego le digo vete con Arita porque no te puedo cargar, para que yo pueda manejar, y no, no quiere, no me lo puedo traer manejando y cargarlo...”

En los datos que se obtuvieron resalta en todas las narrativas que las características madres y los padres de los menores vivían una dinámica familiar disfuncional, uno de los padres presentaba psicopatología y el otro padre biológico es violento y toxicómano.

Ambos padres biológicos dejaron de lado a sus familias y responsabilidades, no mantienen un vínculo afectivo, ni de responsabilidad con sus hijos menores, sólo las madres biológicas de los menores se encuentran implicadas positivamente tratando de recuperar jurídicamente a sus hijos; estas interacciones las ejercen voluntariamente para asistir a sesiones terapéuticas para que ambas recuperen su estabilidad emocional, autoestima y realizando una actividad laboral para mejorar su situación económica.

Los vínculos que ambas cuidadoras tienen con las madres biológicas, es de compartir tiempos de juego y entretenimiento con sus hijos menores, ambas madres se encuentran en desventaja frente a sus propios hijos, porque los menores tienen más apego y reconocen a sus madres sustitutas como sus principales figuras maternas.

DISCUSIÓN

*La grandeza de las acciones humanas,
Se mide por la inspiración que las hace nacer.
Luis Pasteur*

El análisis estructural del conjunto de datos obtenidos se ha organizado en forma de unidades temáticas llamadas categorías y sub-categorías, de esta forma me permitió evidenciar que entre los hallazgos de las experiencias que tienen los cuidadores al acoger familiarmente a un menor maltratado, lo aceptan ante la extrema urgencia.

Estos datos sugieren lo que plantean autores como Maturana, H y Varela, F; Taylor, S.E. , que existen bases biológicas que contemplan la parte de las relaciones afectivas, de tender al cuidado del otro en la conservación de la salud; las relaciones sociales y la afectiva forjando en un engranaje para la supervivencia humana, existen evidencias que señalan que las funciones y desarrollo ontológico de las bases biológicas cerebrales, psicológicas y sociales a lo largo de la historia humana antropológica, ha hecho posible la sobrevivencia humana gracias a las dinámicas de colaboración como a las capacidades adaptativas frente a los desafíos del entorno; los seres humanos tienden hacia el altruismo social, y de las capacidad de asumir el deber moral de conductas de ayuda en los adultos al cuidado y protección de las crías humanas.²

Al respecto del altruismo social de ayuda al menor también surgen en otras familias acogedoras que han vivido las mismas circunstancias para decidir aceptar o no en acogimiento de un menor.³⁷

La incertidumbre de las familias cuidadoras se dieron en relación a proveer los cuidados específicos que requerían los niños, ante sus padecimientos, secuelas y demás situaciones que fueron descubriendo por ellas mismas, desde aprender a cómo hacer diversas tareas entre ellas, curaciones, el trato hacia el menor en función de las características de acuerdo a las necesidades fisiológicas (como sueño, alimentación, protección, y contacto físico) que presentaban en ese momento cada niño.

En este sentido la intervención de enfermería deberá enfocarse a mantener claridad acerca de los objetivos de la protección del acogimiento infantil familiar y esclarecer dudas al respecto del sistema, orientar hacia qué es y cómo debería funcionar el acogimiento familiar.

Estas acciones o estrategias de enfermería también deberán orientarse tanto aspectos de información como de formación para dar el cuidado del menor en relación a la salud del niño y de cubrir sus necesidades biológicas, fisiológicas, cognitivas, emocionales que requiera.

Acerca de las practicas de cuidado de crianza que proporcionan las familias acogedoras, estas han sido desarrolladas de acuerdo a su contexto social y cultural, los alimentan de los misma dieta de toda la familia, los tiempos han sido compartidos con el resto de los integrantes adultos de la familia, los cuidadores han promovido conductas para que los niños tengan una rutina familiar, así mismo tengan un código específico que significativa y simbólicamente, represente a todo el grupo familiar como propio.

Los cuidadores viven el cuidado de diferentes maneras unos con más responsabilidad al saber que no son sus hijos biológicos y que además es un pequeño lactante que es totalmente dependiente de sus cuidados, también lo viven disfrutando de las necesidades emocionales recíprocas, fomentando los lazos afectivos.

Otra de las experiencias descritas es que el cuidado lo viven con más tensión tanto para cubrir las necesidades específicas de cada menor como por las carencias en cuestiones de tiempo, dinero, información, orientación y acompañamiento en las esferas tanto legales, de salud y psicológicas.

Las narraciones de los informantes y la observación participante realizada muestran que las dificultades que enfrentan las familias acogedoras son múltiples porque:

(a) Se carece de tiempo necesario para dedicarlo por completo al niño acogido; se ven limitadas, con gran desgaste de energía, porque las dos madres sustitutas trabajan fuera del hogar cumpliendo con un horario, por lo tanto, el tiempo no es suficiente como ellas quisieran, además que, socialmente y culturalmente aceptan las cargas de trabajo que sean mayores e inequitativas.

Por lo que estos resultados son similares con los que encontró Pinazo y Ferro ²⁶ el estudio se llevó a cabo con los abuelos que acogen a sus nietos; en el caso de las abuelas el cuidado que brindan a sus nietos supone una ocupación total de su tiempo, además que también los patrones de trabajo es mayor para ellas y es visto cómo normas aceptadas social y culturalmente.

(b) a veces faltan recursos económicos para la manutención de un miembro más en la familia; en los dos casos las cuidadoras se quejan de la falta de ayuda económica por parte de las instituciones implicadas, ya que ellas son madres trabajadoras y no reciben ayuda económica por parte de los distintos organismos, además estos no cuentan con algunas políticas sociales que ayuden a las madres cuidadoras.

Este resultado hace contraste con lo encontrado en España que más del 65% de las familias acogedoras tienen la ayuda y soporte económico de apoyo a la infancia y son remunerados las ayudas a las familias tanto por los municipios o por otras estancias civiles.²⁶

(c) Se multiplican esfuerzos de las cuidadoras al desarrollar sus actividades económicas; repercutiendo considerablemente el aumento de cansancio para el cuidado de crianza, ésta mayor carga se encuentra relacionada con las prácticas de ejercer más tareas dentro del hogar cuando los menores son pequeños y supone el absorber la mayor parte de sus tiempos de los tutores.

Esto hace que sea más afectada de lado de las cuidadoras que de los varones perturbando la vida afectiva y de salud de ellas al disminuir su tiempo libre, las cargas de tensiones podrían aumentar y cabe la posibilidad que ellas también se encuentren ante el peligro de enfermarse o perder su estado de bienestar tanto de salud física como emocional.

Al respecto en un estudio realizado por Pezo Silva et al,⁴¹ en dos poblaciones de Brasil y Perú mostró que es tarea de la mujer velar por la salud familiar, constatando la universalidad cultural del cuidado, ella busca la atención de la misma identifica factores culturales en las acciones de la mujer al cuidar a la familia con afecciones físicas y/o mentales, es la madre de familia la que tiene esta tarea aunada con la carga de mantener dinámicamente a la familia en otros factores como proporcionar alimento, vestido, comida y cuidado para mantener la salud familiar.

También esta parte de la aceptación cultural de roles coincide con lo que describe Pinazo y Ferro²⁶ referente a las actividades desgastantes que tiene que asumir la abuela para el cuidado del nieto, las abuelas se ven más estresadas y tienen más enfermedades relacionadas con el estrés y cansancio.

(d) Tienen que asumirse roles nuevos en la familia; la nueva distribución de tiempos, tareas, carga y energía, participando los demás miembros de la familia al cuidado del menor, estos datos también son revelados en las diferentes investigaciones hechas por Pinazo y Ferro²⁶; Palacios y Jiménez; Del Valle, López, Montserrat, y Bravo.^{26,37, 19}

(e) Otro de los aspectos importantes está relacionado a la falta de información, orientada hacia los aspectos de desarrollo neuro-muscular y crecimiento de los menores, ya que en ambos ha sido lento, y las cuidadoras han tenido que consultar además otros especialistas de salud, generando además de otros aspectos, gastos económicos extras.

En este sentido los hallazgos son parecidos a los encontrados por Olivan Gonzalvo. Dónde encontró que las necesidades de menores en acogimiento prioritarias, son del tipo asistenciales en servicios preventivos y/o terapéuticos psicopedagógicos, psiquiátricos, dermatológicos, oftalmológicos, odontológicos, nutricionales, neumológicos (infecciosos y alergológicos) y de inmunización.²⁴

Se ha encontrado en otros estudios que los malos tratos en los recién nacidos va relacionado con el factor de que se presenten secuelas en el sistema madurativo como retraso global en la madurez, pero que afortunadamente van recuperándose en el primer año de acogimiento,

Una investigación realizada por Martínez González³⁶ sólo el 10% de la población infantil presenta un retraso permanente, y en muchas ocasiones no manifiesto en el momento del recibimiento del menor. También en esta investigación realizada con menores que son dados en acogimiento, los menores presentaron un retraso en el lenguaje, pero que también advierte el investigador de este trabajo es favorablemente recuperable conforme fortalece su aprendizaje y adaptación junto con la familia acogedora.

En relación con el problema de la presentación de conductas de trastorno por déficit de atención, hiperactividad o impulsividad así mismo conductas hostiles o agresivas, irritación, frustración, rabietas, lloros incontrolados o cambios de humor, así mismo dificultades para expresar afecto o conductas extremadamente dóciles y sobre adaptación, porque el menor tenga el deseo de ser protegido y aceptado, son conductas que frecuentemente se dan en niños que han sido acogidos o

adoptados, pero que la mayoría de las veces serán comportamientos transitorios que se dan en niños de determinado grupo de edad, pero que finalmente son superables bajo un ambiente de seguridad, empatía y cariño; según estudios que se han llevado a cabo por Martínez González.³⁸

Otro de los resultados encontrados es en relación a las dificultades enfrentadas por los cuidadores, es en relación a la falta de información y orientación acerca de las alteraciones secundarias de tipo de secuelas neurológicas u/o conductuales y emocionales, del seguimiento y la adherencia al tratamiento posterior, así también hacia la prevención de accidentes.

Las cuidadoras informan que la institución de salud no les brindó información específica de lo descrito anteriormente, las dificultades que ellas describen hace que los cuidados de crianza sean con más carga de estrés y tensión al carecer de información suficiente que oriente, acompañe y enseñe a las madres sustitutas a mantener la salud de los niños.

En este sentido es necesario atender estos resultados desde un enfoque de la disciplina de enfermería al orientar, enseñar, acompañar el cuidado del niño en el hogar. Así mismo implementar la visita de seguimiento al hogar de la familia acogedora para implementar una guía anticipada.

Y, (f) las cuidadoras refieren que las autoridades (Ministerio Público, INP-CAINM) no les dan la información necesaria sobre orientación legal y la claridad de las condiciones de acogimiento. la situación legal con los padres biológicos, las autoridades no les dan información pertinente o cercana con respecto al tiempo, sugiriéndoles desde el principio que sólo tardarían un par de meses hasta medio año con los menores, hasta el momento de la terminación de la recogida de la información han transcurrido más de un año y medio, en este tiempo no se ha informado a las madres sustitutas cuando termina el tiempo de acogida, ni cuánto tiempo se va alargar más y aún no se ha dictaminado una resolución jurídica a los padres.

Es importante señalar que esta situación desencadena muchos desajustes en cuanto a duración del acogimiento, porque entre más tiempo pasan los niños con sus familias acogedoras, podría hacerse más difícil la separación porque se modifican lazos afectivos y existe la pérdida más significativa para ambos.

Los hallazgos resultantes señalan que existen la necesidad de desarrollar acciones multi e interdisciplinarias con el fin de cubrirlas, implementando el mejoramiento tanto a las condiciones de salud tanto para los menores en acogimiento como para los cuidadores de crianza.

Se sugieren estrategias de propiciar la información, orientación, formación, guía, acompañamiento, estos factores son importantes para facilitar el cuidado de crianza de los cuidadores, porque ayudarán a bajar los niveles de estrés y mejorarán sus habilidades de cuidado de crianza.

Al respecto algunas investigaciones señalan que el proporcionar información a las personas que se encargan de cuidar a otros y el apoyo social genera un bienestar general cuando los individuos enfrentan situaciones estresantes.

Esta información permite compararla con lo encontrado en entrevistas realizadas a acogedores, con familias extensas, de urgencias y ajenas, en el caso los abuelos, estos estudios hacen referencia que la falta de apoyo por parte de la Administración pública; estas suele ser una de las principales quejas de los padres sustitutos, en este rubro sus críticas se dirigen fundamentalmente a la falta de apoyo legal que reciben, ante los múltiples problemas que van surgiendo en el acogimiento Pinazo y Ferro;²⁶ Palacios y Jiménez;³⁷ Del Valle, López, Montserrat, y Bravo, 2008.¹⁹

Repercutiendo esta sustitución, en los hijos menores, ellos perciben como una intromisión en su vida y familia la llegada del infante, lo demuestran en la adaptabilidad del menor, en ese momento temporal es unidireccional, la familia se tiene que adaptar a los cuidados que requiere el menor, dejando a un lado o desplazando las necesidades de los hijos biológicos.

Por ende hace un surgimiento de celos en alguno de los miembros de la familia acogedora por el afecto y el trato preferente que se le otorga al niño acogido, porque existe rivalidad entre los hijos ya sean menores o mayores.

Pero que también este proceso tiene una parte intermedia al ajustar su vida familiar a las diversas tareas del cuidado de crianza que realiza en lo cotidiano con el menor, estas diversas acciones las desarrollan de acuerdo a sus costumbres, creencias, a su contexto social y cultural.

Los cuidadores hacen participe de los cuidados a toda la familia, las estrategias que ellos desarrollan es el dialogo entre los hijos, convenciendo y negociando el cambio de conductas hostiles por otras convenientes para los hijos.

El hallazgo encontrado es de suma importancia porque da pie a diseñar intervenciones de enfermería, que se tome en cuenta este proceso en que dan la aceptación y el desarrollo de adaptabilidad ante un ajuste de la dinámica familiar; que es dependiente de la etapa de desarrollo y crecimiento evolutivo en el que se encuentra el menor en acogimiento, porque es diferente a la que requeriría un menor escolar o por lo contrario de un adolescente.

Por consiguiente es pertinente y se sugiere que el profesional de enfermería cuente con conocimientos del desarrollo evolutivo tanto fisiológico, anatómico y psicológico infantil.

Y este mismo proceso temporal se termina cuando los cuidadores de crianza reajustan a toda la familia, para adaptar al menor, resultando la aceptación y sus requerimientos de afecto, bienestar, social, cognitivo, biológicos y fisiológicos dando seguridad, protección y cariño a los infantes.

Las familias y los niños llegan a considerar a sus miembros dentro de un grupo familiar como propios. La importancia de que los menores se hayan integrado al grupo familiar radica en que este hace más fácil en la conservación de la salud de los menores sea benéfica en cohesión, armonía, afectividad participación y adaptabilidad, estos aspectos considerados en lo que describe Ortiz Gómez et al³⁶ en la importancia de la familia en la salud.

Los menores han desarrollado sus emociones, en su crecimiento, ríen, gritan son felices en cada uno de su ambiente familiar que lo ha acogido. En una aportación de López Sánchez,⁴² describe que las necesidades interpersonales considerando que el niño necesita un ambiente de seguridad, que promueva su autoestima, para desarrollar el apego.

Si estas condiciones no son adecuadas, entonces no construirá este sentimiento, experimentará soledad afectiva y apego desorganizado. Estos datos sugieren una similitud con otros estudios realizados Jiménez González M. P.⁴⁰ Donde el menor es bien integrado al grupo familiar y es aceptado disminuyendo enfermedades y fomentando que sea más recuperable su estado emocional.

Los sentimientos que se van desarrollando ambas familias acogedoras para que exista un cuidado de crianza, favorece el vínculo afectivo en los cuidadores y los niños que a ambos reconforta con el trato diario, los sentimientos se han ido afianzando con la protección y amor que ellas les brindan; existe un cuidado más relevante de la madre sustituta que de sus demás miembros de la familia, el niño que acogen las llega a considerar como la principal figura materna, ellos sienten apego por su madre sustituta, llamándola mamá y/o papá.

Este resultado nos habla que la satisfacción de la necesidad afectiva permite al niño vincularse con los padres sustitutos y con los demás miembros de cada familia, los menores desarrollan un sentimiento de pertenencia a un grupo de seres humanos, existe un acuerdo en particular entre los investigadores que dedican sus estudios a la infancia, según para logara la salud mental de los niños,

ellos aseveran que hace falta asegurarles lazos afectivos de calidad o de buen trato, incondicionales, estables y continuos.

Otros datos revelan con el estudio llevado a cabo en Andalucía por Palacios y Jiménez,³⁷ dada la confusión de roles parentales en menores lactantes puede ser perjudicial asociando el apego desorganizado, estas vistas en niños desconfiados, trastornos en el comportamiento con manifestaciones de violencia y conductas antisociales.

Actualmente cuando los menores regresan a su familia de origen, la continuidad de los vínculos afectivos no siempre se garantiza de una manera adecuada, el niño puede ser traído y llevado como un paquete, sin tomar en cuenta que como ser vivo necesita y se vincula afectivamente con las personas que ejercen de cuidadores.

En este sentido los discursos y prácticas profesionales para protección del menor no han podido contemplar las necesidades afectivas del él, ni de su identidad. El cambio de familia produce en ellos cambios significativos de su biografía, al respecto se necesita ofrecer tanto a los padres biológicos como los sustitutos un programa de rehabilitación dirigido por el personal de enfermería al desarrollo de sus competencias parentales y el desarrollo de programas por otros especialistas en psicología para enfrentar estas pérdidas afectivas en niños como en los adultos.

La relación de los cuidadores con el hijo de crianza se encuentran construyendo hacia formas positivas y hacia los buenos tratos entendida como que supone armonía y bienestar en el infante, su necesidad afectiva se encuentra cubierta porque los padres sustitutos tratan en la medida que les es posible de proteger al menor en todas sus esferas, cognitivas, vestido, alimentación, entretenimiento, socialización, higiénicas y de salud, así mismo aseguran un apego sano y seguro.

Al respecto Bowlby señala que una experiencia de este tipo de vínculo en la primera infancia asegura el desarrollo de la capacidad de diferenciarse, para convertirse en una persona singular, psicológicamente sana y con vínculos de pertenencia a su familia de origen y de su comunidad.⁴²

En relación a el cambio social que se produce en la separación de la imagen materna y sustituida por otra hace que el bebé haga una imagen de madre impronta, al respecto Bowlby⁴² sugiere que los niños tienen una necesidad de una figura materna durante los primeros años de vida, el cuidado continuo de una madre sustituta, reúne los requisitos que tendría una madre biológica.

Por lo tanto subsiste como norma social el papel de la maternidad, en este sentido el menor hace apego de diferente forma en diferente cuidador, por la intensa relación causal entre las experiencias afectivas y posteriores cuando se establece el acogimiento.

Las expectativas futuras de que los menores que regresen con su familia biológica les traen consigo a las cuidadoras sentimientos encontrados de ansiedad, tristeza, alegría, pérdida y negación. Es importante señalar que no existe al respecto orientación de cualquier tipo para aminorar los efectos de la pérdida de figuras importantes tanto de la madre sustituta, de la madre biológica como del menor.

Al comenzar el trabajo con las familias, habrá que tener en cuenta que éstas pueden presentar las mismas reacciones propias del proceso de duelo ante las pérdidas y separaciones que se observan en los niños.

Ayudar a los padres a mantener una visión realista acerca de las posibilidades y condiciones de retorno del niño a su hogar es un trabajo que no sólo concierne a la disciplina de enfermería sino a todo un grupo de especialistas que contribuirían a la formación de un Programa de Salud de atención dirigido a este grupo de población.

Con respecto a los vínculos con los padres biológicos, en las entrevistas del estudio refieren las informantes que las familias de acogida sólo mantienen una relación y contacto con las madres biológicas de los menores, y en relación con los padres varones de los menores estos han dejado a un lado su responsabilidad y han optado por dejar a su familia.

Estos datos encontrados se relacionan con los reportados en un estudio realizado por Amorós et al²⁷ donde concluye que los antecedentes de ruptura familiar (35% de divorcios, 15% de monoparentalidad) y presencia de problemas como drogodependencias (43% de los padres) o trastornos psicológicos (14% de las madres); existiendo un importante aislamiento social respecto a la familia extensa y también respecto a amigos y vecinos, con un 88% cuyas relaciones sociales y familiares son insatisfactorias; además que los padres tienen escasa capacidad de organización y escasas habilidades para ejercer roles parentales tales como la expresión de afecto.

Este aspecto demuestra que las madres biológicas de los menores se encuentran sólo con el apoyo emocional que brinda la Institución y de los familiares, ellas tratan de recuperar su estabilidad emocional sin el acompañamiento de su pareja.

En relación con las madres que participan en las diversas necesidades solventando las carencias económicas y ayudando en la manutención del menor se encuentra presente, estos datos son contrastado por la investigación hecha por Palacios y Jiménez en Andalucía,³⁷ la diferencia es la ausencia de contactos de los padres biológicos con las familias acogedoras en todas las modalidades de acogimiento, o bien se dan con una regularidad periódica quincenal o mensualmente.

En este sentido la importancia que el menor mantenga contacto con los padres biológicos en otros lugares son una de las áreas que más discusión han generado en relación con los efectos de los contactos entre los niños acogidos y sus familias en los acogimientos simples con previsión de retorno existe consenso, y es de sentido común, en que padres e hijos mantengan contacto para asegurar la reunificación.

Ahora bien la propuesta es, si las dificultades familiares pueden ser superadas y los programas de intervención de enfermería de apoyo a la familia logran dotar a esta de las competencias parentales necesarias, el proceso de reunificación se configurará como la meta a alcanzar por todas las intervenciones.

Las dinámicas de estos sistemas familiares no son tan simples y optimistas como podría suponerse, por lo que existe la posibilidad de que pueda haber una ruptura del acogimiento ante tales aspectos señalados, al momento estas familias que fueron entrevistadas y a través de la observación participante revelan que tratan de solucionar por ellos mismos tales dificultades; por consiguiente corren el riesgo de abandono del infante por no saber cómo actuar, también al verse con grandes limitantes de información, orientación, atención a sus demandas de tiempo y economía que podrían dejar al niño en desatención, inseguridad u omitir cuidados; así mismo, generar conductas negligentes creando afecciones al menor, en toda su integridad.

De tal modo que se tiene que hacer más revisión por los organismos aquí involucrados referente a los modos y formas de acogimiento familiar, así mismo implementar la formación urgente de las familias acogedoras, que les brinde la información, oriente, acompañe de los aspectos que pueden encontrar al acoger a un menor y lugares de referencia en dónde encontrar apoyo de cualquier tipo; además de seleccionar con más detenimiento a las familias acogedoras.

Cabe señalar que España al inicio de su programa de acogimiento a mediados de los noventa incluyó la elaboración y publicación del Manual de formación para familias acogedoras por Amorós, Fuertes, y Roca.⁴⁰ Estas Guías, Programas y Publicaciones mejoraron los acogimientos en términos de formación, información y guías hacia las personas acogedoras trayendo consigo el mejoramiento en la salud del menor y una estabilidad emocional para todos los involucrados.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que el estudio fue importante porque permitió empezar a conocer acerca de la diversidad de experiencias que en México tienen las personas que reciben en acogimiento a un niño maltratado.

Se concluye que la llegada del menor lactante al hogar va acompañada de una serie de incertidumbres de los cuidadores de crianza en torno a cómo cuidarlo, cómo mantener la salud del niño, cómo enfrentar la diversidad de dificultades, sin embargo esto se enmarca en la urgencia de ayudar al lactante que se presume vulnerable y se asume un concepto del deber de cuidar de él.

Esta crisis por la que pasan los cuidadores es suficientemente movilizadora que se generan otras acciones para afrontarlo.

El acogimiento es un proceso direccionado que pareciera que genera la adaptación en el caso del lactante de la familia hacia el menor. Pudiera ser diferente o de forma inversa en el caso de acogimientos en escolares o en adolescentes

Las necesidades que enfrenta el cuidador son del tiempo que dispone para dedicarlo al cuidado de crianza, se observa que la realización de ambas tareas se realizan pero que además las cuidadoras son las que asumen más el cuidado esto provoca un aumento de las actividades, de su agotamiento físico, emocional y cognitivo.

Otra de las conclusiones que se obtuvo fue que las familias acogedoras siempre están en constante crisis de faltantes, por un lado la economía familiar, la de contar con poca información acerca de lo que para ellas es prudente hacer o no, para el cuidado del menor lactante.

Además que esta crisis está presente ante el riesgo del menor pueda accidentarse, y que pudiera presentar una lesión que amerité otra investigación ante las autoridades.

Gran parte de las experiencias del cuidador de crianza se encuentra en función de situaciones del cómo cuidarlo, qué hacer para el cuidado y como vive el cuidado.

Otra de las conclusiones que pude llegar es que los sentimientos hacia el menor pasa por un proceso de transición temporal, estos son diferentes a la llegada, y continuamente van cambiando con forme pasa el tiempo hasta transformarse el afecto de los cuidadores al amor de verlo como hijo.

Por último se concluye que la relación de los cuidadores de crianza con los padres biológicos has sido afrontadas de diferente manera, asumiendo la responsabilidad de cuidarlo con la madre biológica, compartiendo gastos de manutención, no así el afecto del niño, ya que los menores reconocen a su cuidadora como principal figura materna.

Los padres biológicos además la violencia ejercida con las madres biológicas, han dejado de lado sus responsabilidades parentales.

Además que el sistema del que se está tratando es un buen contenedor, restaurador y es idóneo para reanudar las problemáticas que giran alrededor de una situación de desprotección del niño ante el maltrato infantil, ya que existen estas personas que fungen como padres sustitutos, que proporcionan al niño contención, abren las puertas de su hogar, brindando protección, seguridad, amor, estabilidad emocional y mantienen su estado de salud.

SUGERENCIAS

Pero aun así las buenas intenciones de los cuidadores de crianza, no son suficientes para que se lleve a cabo el acogimiento en redes familiares, por lo que existen muchos factores que las instituciones involucradas, como organismos públicos y privados tienen que considerar, entre ellos se exhorta a tomar en cuenta seriamente la implementación de políticas de salud y sociales que generen más conocimientos al respecto en investigación, formación y seguimiento de las familias acogedoras además desarrollar programas para el acogimiento familiar.

También se concluye que los resultados apuntan que las familias implicadas requieren apoyos de distintas clases, tales como orientación, formación, consejería, acompañamiento y seguimiento por parte de los organismos que delegan la tutela en la acogida del menor como es la Institución de salud y de las autoridades jurídicas implicadas.

La propuesta de la disciplina de enfermería es en relación a la atención que se brinda al menor en la familia acogedora debe de tomar en cuenta diversos aspectos como diseñar intervenciones de enfermería que respondan al objetivo de favorecer el desarrollo integral de los menores en una condición global pero que también despliegue varias alternativas en función del desarrollo personal, intelectual, cognitivo, afectivo, físico y de salud de los menores.

Se sugiere que las estrategias a implementar para disciplina de enfermería sean de proporcionar información acerca de los objetivos del sistema de protección, además de preparar antes de dar en acogimiento infantil con información, orientación, guiar el cuidado a las familias.

Las intervenciones de enfermería tanto de tercer nivel de atención como de un primer nivel requieren acercarse al domicilio de la familia acogedora para orientar acerca del desarrollo y crecimiento para asegurar el fortalecimiento de las capacidades físicas, afectivas, mentales, cognitivas y sociales; promoviendo una continuidad de la vida del menor.

Es de resaltar que la profesional de enfermería que atiende a este tipo de población, posea conocimientos acerca de los procesos evolutivos en el desarrollo y crecimiento infantil estos conocimientos repercutirá en la orientación de cuidados con respecto a la edad del menor que está en acogimiento infantil,

para que las intervenciones de enfermería estén en función de los diversos cuidados que los menores necesitan en cada etapa de edad.

Por lo tanto es indispensable que la enfermera cuente con un perfil profesional acorde de enfermería pediátrica, que despliegue el cuidado tanto en la práctica clínica como en el campo comunitario, y que desarrolle estrategias de cuidado con el apoyo de diversos modelos teóricos de enfermería.

Otra de las proposiciones es que se necesita de la realización de un Programa de Seguimiento Educativo donde el trabajo profesional de enfermería, sea más dinámico, eficaz, y de mayor impacto, que favorezca en implementar sus conocimientos tanto en la práctica clínica, como en los cuidados en el hogar, a favor del niño y los padres sustitutos, facilitando así los cuidados de acuerdo a las necesidades de salud de cada infante, tanto físicas, cognitivas, psicológicas, biológicas, etc.

Las diversas condiciones en que los niños son entregados a los padres sustitutos, requiere de la participación de todo un equipo multi e interdisciplinario de salud, en específico el profesional de enfermería es el idóneo para otorgar información adecuada en relación a cada tipo de niño necesaria para apoyar, orientar, seguir y acompañar a las madres sustitutas en la terapia, la adherencia terapéutica, la rehabilitación en las secuelas neurológicas y físicas que quedan en el niño; así como el fomento hacia los buenos tratos del menor.

Es necesario que se elaboren Programas que valoren los acogimientos para dar más protección, seguridad económica y legal al menor maltratado, no dejando a la deriva de la buena voluntad y fe de las familias acogedoras. Requiriendo más investigación hacia las madres biológicas, que confirmen las condiciones idóneas para reintegrar al menor.

Otra indicación es que la promoción de la salud de los infantes sea planificado por enfermería, promoviendo el cuidado de los menores, prevenir accidentes y enfermedades, así mismo si estas están presentes controlar su avance y mejorar las condiciones de salud.

Por lo que es ineludible desarrollar investigación para generar más conocimientos del tema de los acogimientos por parte de todos y cada una de las disciplinas que conforman el equipo de la CAINM. Así como duplicar esfuerzos para que los acogimientos sean todavía más benéficos para aquellos niños y niñas que han sido acogidos por una red familiar y que han sido maltratados.

Otra de las proposiciones de trabajo tanto para la disciplina de enfermería como para otros profesionales que el trabajo se encuentra están implícitas es fomentar la investigación sobre el proceso de afrontamiento de las pérdidas de figuras importantes que se lleve a cabo este desprendimiento en forma gradual en la relación madre sustituta- hijo de crianza, que además favorezca un apego seguro con la madre biológica cuando la acogida del menor finalice.

Por lo tanto se necesita trabajar en la creación de un modelo psico-educativo de apoyo a los cuidadores de crianza, desde la coordinación de enfermería en un equipo multidisciplinario.

Es importante destacar que en nuestro país existe un rezago importante de información, investigación y avance jurídico en comparación de otros países que se han preocupado más sobre este sistema de protección hacia el niño maltratado, por lo tanto se requiere de la implicación de las diversas disciplinas profesionales para fomentar y complementar tanto más información, como investigación en los acogimientos.

Por último otra de las estrategias a desarrollar es la exploración de las madres o cuidadoras de acogida a partir de la entrega del menor a su hogar de acogida..."y ahora quién se ocupa de mí..."

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Adue, Chervo, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Investigación cualitativa en enfermería: Contextos y Bases Conceptuales en Capítulo 5 Las controversias entre cuantificación y cualificación en investigación. Serie PLATEX Salud y Sociedad 2000, Núm. 8, Washington, D.C.OPS. 2008. pp. 57.
- 2.-Barudy J., Dantagnan, M. Los Buenos tratos a la infancia, parentalidad, apego y resiliencia. 4ta. Edición, Gedisa Editorial, 2005, Barcelona, España. p.19
- 3.- Mercado F, Hernández E. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: Un estudio cualitativo en México. Cad Saúde Públ. 2007; 23(9):2178-2186.
- 4.- Tarrés Ma. Luisa, Coordinadora Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social, en: Vela Peón F. Primera parte los procedimientos básicos de recolección como técnica y método. 2ª. Reimpresión. FLACSO-México, El colegio de México, México, 2008. p.63.
- 5.- Siles González J, García Hernández E, Cinabal de Juan L, Galao Malo R. Fenomenología y enfermería: grados de especificidad en el conjunto de la producción científica biomédica. Enfermería Clínica, 1999; 9(1):13-20.
- 6.- Programa de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2006. Child maltreatment deaths in rich nations. Florencia: UNICEF Innocenti Research Centre; Innocenti Report Card 5.
- 7.- Loredo Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes, Editores de Textos Mexicanos, primera impresión, México, 2004. p.
- 8.- Arcos E; Uarac M; Molina I. Impacto de la violencia domestica en la salud infantil. Rev. Med. Chile 2003; 131:1454-1462.
- 9.- Azaola E. Informe Nacional sobre violencia y salud. Violencia en el ciclo de la vida Capitulo II, Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad. Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF: SSA; 2006.pp. 20-21.

- 10.- Arruabarrena, Ma. I. De Pau, J. "maltrato a los niños en la familia, 2005, 5ta edición. Ed., Pirámide, España. Pp.13-14.
- 11.- Ruíz Carbonell R; La Violencia y los Derechos Humanos; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera edición, México, 2002. Pp. 180
- 12.- Santana Tavira, R. Sánchez Ahedo R., Herrera Basto E, El maltrato infantil: Un problema mundial en Salud Pública México, 1998. pp.58.
- 13.- Wekerle, C. Miller A.L., Wolfe, A.D., Spindel C. B. "Childhood Maltreatment, Publisher by Hogrefe & Huber Publisher, Roshnsweg 25, Goettigen, Germany, 2007, p.20.
- 14.- CONAPO-INEGI-COLMEX, Conciliación Demográfica. CONAPO, Proyecciones de la población de México, 2005-2030. INEGI. Estadísticas Vitales, Base de datos. Naciones Unidas, World Population Prospects: The 2006 Revision Population data base, División de Población de las Naciones Unidas (de: <http://esa.un.org/unpp/>, consulta del 24 de marzo de 2008).
- 15.- Secretaria de Salud. Informe Nacional Sobre violencia y Salud. México, SSA. Primera edición. 2006. Página en línea: consultado el 01-10-2009. <http://www.unicef.org/violencestudy/spanish/index.html>. Consultado 12 de abril del 2008.
- 16.- Trejo J, Pérez J, Loredó-Abdalá A. Síndrome de Münchhausen por poder. Enfermedades inducidas y/o fabricadas en el niño por un adulto. Comportamiento clínico de los menores y sus perpetradores. Acta Pediátrica Mex 2002. 23 (6):412-413.
- 17.- Trejo J, Loredó-Abdalá A, Castilla-Serna L. Diagnóstico de maltrato físico en niños: indicadores clínicos y sociales. Acta Pediátrica Mex 2002. 23 (4): 261, 262
- 18.- Diccionario de la Real Academia de la Lengua española, 22ª. Edición, Espasa Caple, Barcelona. 2001
- 19.- Del Valle J., Bravo, A. y López M. El acogimiento en España: Implantación y retos actuales, sección monográfica. Universidad de Oviedo. Papeles del

psicólogo 2009, Vol.30 (1) pp.31-41. Pág. on line <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1654.pdf>.

20.- García B. C., De la Herrán G. A., Imaña M, A. Acogimiento residencial como medida de protección. *Indivisa Boletín de estudios e investigación* N° 008,2008. Centro superior de Estudios universitarios, La Salle, Madrid, España, pp.27-42.

21.- UNICEF. El acogimiento por familiares: Un tema para las reglas internacionales. *Servicio Social Internacional & UNICEF*, Ginebra, Suiza, agosto, 2004, serie "Mejorar la protección de los niños privados del cuidado de sus padres" pág. on line www.unicef.org.

22.- Citado por Battyány K. en: El trabajo de cuidados y las responsabilidades familiares en Uruguay: Proyección de demandas. *Rev. Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur*.

23.- Posadas- Díaz, Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. *Acta Pediátrica de México*, v. 29(5) septiembre-octubre 2008. Pp. 303.

24.- Olivan Gonzalvo G. Artículo original: Niños y adolescentes en acogimiento transitorio; problemas de salud y directrices para su cuidado. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Gobierno de Aragón. Zaragoza. España. *Anales Pediatría*. 2003; 58(2):128-35.

25.- Balluerka, N. Gorostiaga, A. Herce C. Rivero A.M., "Elaboración de un inventario para medir el nivel de integración del menor acogido en su familia acogedora" *Psicothema* ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG. 2002. Vol. 14, nº 3, pp. 564-571.

26.- Pinazo S., Ferrero, C., Impacto psicosocial del acogimiento familiar en familia extensa: El caso de las abuelas y los abuelos acogedores. *Revista Española Multidisciplinar de Gerontología*. 2003; 13(2); 98-100.

27.- Amorós, P; Palacios, J; Fuentes, N; León E; y Mesas A., Familias canguro. Una experiencia de protección a la infancia. Colección estudios sociales, Núm. 13. Fundación lacaixa, Barcelona, 2003. Pagina web en www.estudios.lacaixa.es

28.- Loredó Abdalá, A. Perea Martínez A. La atención integral y la prevención del maltrato infantil en México. *Acta Pediatr. Mex*. 2005; 26(3)137-40.

29.- Ruíz Carbonell R; La Violencia y los Derechos Humanos; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera edición, México, 2002. Pp. 180.

30.- Encuentro Interamericano sobre intercambio de Experiencias programas en la atención de los niños, niñas y adolescentes. Experiencias de estrategias familiares y comunitarias en la atención de Niños privados de Cuidados Parentales. SSA, DIF, SEDIF, INN. 18 de diciembre de 2007, Resolución A/C.3/62/L.24/Rev.1 sobre los Derechos del niño. www.crin.org/Law/instrument.asp?InstID=1214

31.- Ulin, P. U.; Robinson, E. T. y Tolley, E. E. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos 2006: pág.7

32.- Rodríguez, Gómez G; Gil, Flores J, García, Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa, Ediciones Aljibe, 2da. Edición. México 1999. pág. 40.

33.-Taylor S, J; Bogdan R; Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Edición Paidós, 2da. Edición, Barcelona, 1987, pág.15-16

34.-Morse J, M; Field, P.A.; Principios de análisis de datos, en Morse, J, M. y Field P.A., Métodos de investigación cualitativa en profesionales de la salud, Thousand Oaks: Sage, 1995.

35.-Miles, M. Huberman, A.M; Análisis de datos cualitativos. A source book of new methods, Beverly Hills, Sage 1994, page.86 86 10.

36.- Coffey, A. Atkinson P.; Encontrar el sentido a los datos cualitativos, estrategias complementarias de investigación. Editorial Universidad de Antioquia Medellín Colombia, 1996. pp. 31-39

37.- Palacio, J; Jiménez, Morago J; Acogimiento familiar en Andalucía, Consejería para la igualdad y el Bienestar Social (Dirección General de Infancia y Familias) Universidad de Sevilla. 2007.

38.- Martínez González C. Adopción y acogimiento familiar, Revista Pediatr Integral, Insalud. Parla Madrid. 2005; IX (9): pag.685-693.

39.- Ortiz Gómez T., Louro Bernal I., Jiménez Cangas L, Silva A. C., La salud familiar. Caracterización en un área de Salud. Rev. Cubana de Med Gen Integr v.15 n3 Ciudad de la habana mayo-junio 1999. Online

http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script0sci_arttex&pid=S0864-212519999000300014.

40.- Jiménez González J. Estudio e investigación de casos de menores en acogimiento con familia extensa, para la prevención y detención de situaciones de riesgo., Arrayan Psicólogos, Granada, España. Mayo 2007. Pagina web: <http://www.anelingenieria.es/aldaima/Estudio.pdf>

41.- Pezo Silva MC, Suiza Praca N de, Costa Stefanelli M. La mujer responsable de la salud de la familia. Constatando la universalidad cultural del cuidado. Index de Enfermería [indez Enferm] edición digital 2004; 46, Disponible en http://www.Index-f.com/Index-enfermeria/46revista/46_articulo_13-17.php consultado el 18demayo del 2009.

42.-Plantone M.L; Condiciones familiares y maltrato infantil, Rev. Pensamiento psicológico, enero-junio, año/vol.3, número 008. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia. pp. 47-58, on line <http://redalyc.uaemex.mx>, consultado 12 enero 2009.

43.- Gómez, J. A., Tezoquipa, H; I., Camacho, R. M A., Cruz, E; S., Ramirez, C; C., Castañeda M, A. Información científica para el cuidado en enfermería. La salud del niño menor de cinco años: Crecimiento y desarrollo, Vol1. núm 1 y 2 diciembre 2002. Page. On line. <http://bvs.insp.mx/articulos/7/5/v1n2dic2002.pdf>